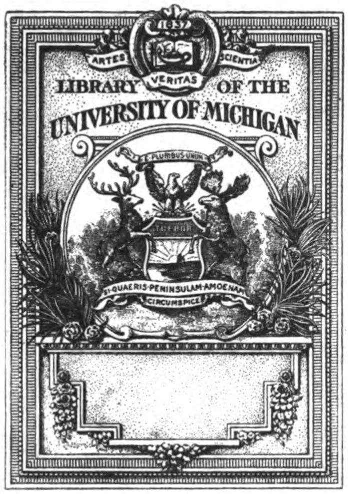
015 00399 414 5
University of Michigan – BUHR

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

618.5
S1523

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig,** St. Petersburg. **Dr. O. Brehm,** Libau. **Dr. X. Dombrowski,** St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne,** Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser,** St. Petersburg.

Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand,** Mitau. **Dr. W. Kernig,** St. Petersburg. **Dr. P. Klemm,** Riga. **Prof. O. v. Petersen,** St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann,** Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling,** St. Petersburg. **Dr. R. Wanach,** St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen,** St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann,** St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen,** Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

XXXIV. JAHRGANG

ST. PETERSBURG.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.

1909.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Типографія А. Э. Винеке, Екатерингофскій пр., № 15.

Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

INHALTS-VERZEICHNIS.

Originalien.

Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus rotundum ventriculi. Von Dr. H. Westphalen 1
Aus dem Deutschen Alexanderhospital in St. Petersburg. Ueber paranephritische Abscesse. Von Dr. W. Fick 9
Otitischer Abscess oder Encephalitis. Von Dr. J. Vierhuff 13
Ueber Heine-Medinsche Krankheit. Von Dr. Eduard Schwarz 21
Zur Behandlung der scrophulösen Ophthalmie und des Trachoms bei gleichzeitig bestehenden Erkrankungen der oberen Luftwege. Von Dr. G. Reinhard 27
Aus dem klinischen Laboratorium des kaiserl. Gynäkologischen Instituts in St. Petersburg. Die osmotischen Vorgänge im lebenden Gewebe als Schutzmittel des Organismus gegen Infection. Von Dr. F. Holzinger 35
Ueber den Wert zweier neuer Eiweissproben. Von Dr. J. M. Wolpe 37
Magenkrebs und Magenresection. Von Priv.-Doc. Dr. med. Dsirne 45
Ueber den postdiphtheritischen Herztod. Von Dr. E. Michlin 50
Zur Statistik der Arthritis gonorrhoica. Von Dr. Arthur Jordan 59
Differentialdiagnose der Abdominaltumoren. Von Dr. A. v. Bergmann 61
Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden. Von Dr. A. Schawlow 71
Zur operativen Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis. Von Dr. med. P. v. Wichert 76
Ueber Coxitis. Von Dr. Saarfels 89
Bemerkungen zur Novozon-Therapie. Von Dr. med. Friedr. Hinz 91
Aus dem K. K. hygienisch-bacteriologischen Institut der Jagellonischen Universität in Krakau. Zur Frage der Nilblau-Fettfärbung. Von Dr. Philipp Eisenberg 105
Zur Syphilisdiagnose. Von Dr. med. J. Lichtmann 107
Ueber acute Pancreatitis. Von Dr. Leo Bornhaupt 115
Aus der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Riga (Chefarzt Dr. A. v. Bergmann). Ueber traumatische Hüftgelenkverrenkungen. Von Dr. J. Jankowski. . . . 118
Ueber die gegenwärtige Lage unseres Militärsanitätswesens. Von Dr. Köcher 118
Die Hydrotherapie der Tabes dorsalis. Von Priv.-Doc. Dr. H. Determann 129
Die Arteriosclerose des Herzens und der Aorta u. die Therapie der Arteriosclerose. Von Dr. A. Haller 133
Ueber seröse Expectoration bei Punction der Pleura. Von Dr. P. Hampeln 145
Ueber Morbus Basedowii und seine operative Behandlung. Von Dr. E. Sokolowski. . . 149
Ueber Oxalurie und Phosphaturie. Von Dr. med. K. Zoepffel 153
Ueber die Gicht. Von Dr. P. Hampeln . . . 161
Die Vererbung in der Schwindsuchtsfrage. Von Dr. S. Unterberger 167
Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe. Von Dr. Th. Dobbert 180
Die Gicht. Von Dr. v. Engelhardt. 184
Die Bekämpfung der Syphilis. Von Dr. med. G. v. Engelmann. 195
Ueber die Bedeutung psychischer Ursachen in der Aetiologie der Geisteskrankheiten. Von Dr. med. Wilh. Stieda 197
Ein Fall von doppelseitiger combinierter Serratuslähmung nach Typhus. Von Dr. T. O. Schabad 207
Zur Frage der Choleraschutzimpfung. Von Dr. V. Pallop 210
Ueber Atoxyl-Polyneuritis und Atoxyl-Amblyopie. Von Dr. Eduard Schwarz 223
Zur Casuistik der frühen Periostitis bei Ileo-Typhus. Von Dr. med. E. Fuhrmann 227
Ueber Indicationen und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine. Von Dr. F. Weber. 237
Zur Casuistik der multiplen Sclerose. Von Dr. med. Th. Schwartz 243

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Frage der sogenannten foetalen Rhachitis. Von Dr. E. Fuhrmann und Dr. A. Ucke . . 251
Medicinische Genealogie. Von Stabsarzt F. Eichfuss 254
Aus dem Evangelischen Hospital zu Moskau. Ein Fall von Coitusverletzung. Von Dr. H. Greife. 259
Ueber Zellparasiten und Zellveränderungen bei Trachom. Von Dr. H. von Krüdener . . 267
Ueber das Hämatom der Vulva. Von Dr. A. Holowko 269
Ueber Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. Von Dr. Blaeher 283
Die Indicationen zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Dr. med. G. v. Engelmann 285
Trauma und Lues cerebri. Von Dr. Eduard Schwarz 295
Zur Frage des Scharlachs. Von Dr. Benjamin Kaplan 298
Ueber den gegenwärtigen Stand der Lepratherapie. Von Dr. med. A. Kupffer 311, 323
Aus der I. chirurgischen Abteilung des Stadt-Krankenhauses zu Riga. (Ord. Dr. med. A. v. Bergmann) Ueber acute Magendilatation und arterio-mesenterialen Darmverschluss. Von Dr. Friedrich Michelson. 331
Die Vererbung der Schwindsucht auf Grund der Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln. Von Dr. S. Unterberger 343
Ueber Zellparasiten bei Trachom. Von Dr. H. v. Krüdener 346
Zur Casuistik des Paratyphus A. Von Dr. B. Kallmeyer 357
Der Kampf mit der Tuberculose und die specifische Behandlung derselben. Von Dr. F. Weber senior 367
Ueber Estoral und seine Verwendung in der Laryngo-Rhinologie. Von Dr. Alfred Feldt. 377
Aus der Akad. Chirurgischen Klinik der Kaiserl. Militär-Medicinischen Akademie in St. Petersburg. Neue Beleuchtungsart von Operationsräumen mit künstlichem Licht. Von Dr. W. Tomaschewski 379
Ueber gynäkologische Koeliotomien. Von Dr. A. v. Schrenk 385
Die Frühdiagnose der Lungentuberculose. Von Dr. A. Haller 399
Die Diffusionstheorie des Blutkreislaufs. Von B. N. Nicolaieff 411
Die Gustav Zimmermannsche Theorie der Mechanik des Hörens. Von Dr. I. F. Neumann . . 423
Die Lepra im Kreise Grobin. Von Dr. S. Prissmann 439
Zur Frage vom Choleraheilserum. Von Dr. L. Berthenson 449
Aus der medicinischen Universitäts-Klinik in Dorpat. Zur Autoserotherapie der exsudativen Pleuritis. Von Dr. W. Zimmermann . . 461
Die Hefepilzerkrankungen der Haut (Blastomycosis). Von Prof. Dr. O. v. Petersen 463
Die Pathologie der Arteriosclerose. Von Dr. E. Weiss 473
Ueber die Anwendung des Mercuriolöls zur Syphilisbehandlung. Von Dr. I. Lichtmann . . 485
Zur Eklampsie der Schwangeren, Kreissenden u. Wöchnerinnen. Von Dr. F. Weber senior . 489
Aus den Medicinischen Kliniken zu Dorpat und Heidelberg. Ueber die Einteilung der Anämien. Von Dr. Ernst Masing. 497
Ueber habituelle Kopfschmerzen. Von Dr. H. Hirsch 500
Aufruf zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. Von Dr. v. z. Mühlen. 503
Die Ernährung der Säuglinge. Von Dr. A. Berkholz 509
Ueber Augen-Verletzungen u. deren Entschädigung. Von Dr. E. Johannson. 515
Die Indicationen und Contraindicationen der Seebäder. Von Dr. V. Zoepffel 519
Ueber Krankheitsursachen und Disposition. Von Dr. Edgar Mey 522
Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea. Von Dr. W. Greiffenhagen.. 527
Aus dem Evangelischen Hospital in St. Petersburg. Ein Fall von beiderseitiger Nierendystopie. Von Stud. med. E. Meuschen 537
Zur internen Röntgendiagnostik. Von Dr. O. v. Dehn 539
Die Wirkung des Jod (Jodglidine) auf das Herz. Von Dr. J. Schirokogorow 547
Zur Myopiefrage und über die Brillencorrection der Kurzsichtigen. Von Dr. Th. Germann . 553
Ueber die operative Behandlung des Ulcus rotundum und seiner Folgezustände. Von Dr. W. Greiffenhagen 565
Ein Fall von Spaltdaumen. Von Dr. Erich Hesse 569
Die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen. Von Prof. Dr. O. v. Petersen 577
Entstehung und Heilung der acuten Gonorrhoe (des acuten Stadiums) von Dr. B. Weinberg . 582
Bericht über die Leprakolonie Krutyje Rutschji im Gouvernement St. Petersburg während der Jahre 1894—1908. Von Prof. Dr. O. v. Petersen 589
Zur Anwendung des Momburgschen Schlauches bei atonischen Blutungen nach der Geburt. Von Dr. W. Beckmann 601
Aus der gynäkologischen Abteilung des städtischen Alten Katharinenhospitals in Moskau. Ueber Serumbehandlung des Puerperalfiebers. Von Dr. E. Arndt 604
Ueber die localen Tuberculinreactionen. Von Dr. H. Krannhals 613
Zur Physiologie und Pathologie der Epithelkörper. Von Dr. E. Fuhrmann 618
Aus dem Kaiserlichen Institut für experimentelle Medicin zu St. Petersburg. Beitrag zur Lehre von der Anaphylaxie. Von Dr. O. Hartoch 633
Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens. Von Dr. Walther Hollmann 637
Die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu anderen Organen. Von Dr. L. v. Lingen 649
Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese des primären Glaukoms. Von Dr. G. Ischreyt 654
Ueber die Therapie des Glaukoms. Von Dr. E. Blessig 660
Das Unfallversicherungsgesetz und seine Folgen. Von Dr. Eduard Schwarz 671
Ein Fall eines multiplen Osteoms der oberen und unteren Extremitäten. Von Dr. L. Krich 680
Aus dem Kaiserlichen Institut für Experimentelle Medicin. Nachtrag zur Arbeit „Beitrag zur Lehre von der Anaphylaxie". Von Dr. O. Hartoch 682
Gastroenteroanastomose und Magenresection. Von Dr. A. v. Bergmann 689
Uber den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Von Dr. med. W. Stieda 693

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sammelreferate.

Ueber die Behandlung der Placenta praevia von Dr. W. Beckmann 93
Ueber extraperitonealen und transperitonealen Kaiserschnitt von Dr. W. Beckmann . . . 110
Die Bedeutung der Cytodiagnostik bei syphilitischen Erkrankungen des Central-Nervensystems von Prof. O. v. Petersen . . . 121
Die Nierendecapsulation bei Eklampsie von L. v. Lingen 190

Verhandlungen medicinischer Gesellschaften und Congressberichte.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga . . . .
17, 31, 42, 273, 289, 433, 444, 459, 571, 587, 596, 609, 699.
Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. .
55, 230, 247, 261, 273, 371, 550, 697.
Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte im Jahre 1908, 56. . . . .
Protocolle des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg . . . .
65, 142, 372, 586, 684.
Protocolle des XX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Dorpat vom 28. bis zum 30. August 1908 . . . .
67, 80, 95.
Protocolle der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau 101
337, 349.
Protocolle der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Reval. 113
124, 175, 383, 404, 419, 431, 625, 646.
Protocolle der Dorpater Medicinischen Gesellschaft 192
203, 364, 373, 525, 663.
Der 30. Balneologen-Congress in Berlin von Dr. M. Hirsch. 213
Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 220
279, 336, 363.
Protocolle des V. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 5, 6 u. 7. Dec. 1908 zu Reval. 290
302, 321.
Der erste allrussische Congress der Fabrik-Aerzte und Vertreter der Fabrik-Industrie in Moskau v. 1—7. April 1909 von Dr. S. Bobrinski. 291
307, 352.
Der XVIII. Deutsche Bädertag von Dr. Max Hirsch. 574
Protocoll der X. Jahresgeneralversammlung der livl. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 25. August 1909 626
I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat 665
684.

Feuilleton.

Wiener Briefe. Von Dr. L. Sofer. 125,
232, 338, 406, 481, 533, 666.
Chirurgische Eindrücke in Wien. Von Dr. W. Schaack 468
Brief aus Breslau. Von Dr. Schless 610
Chirurgische Eindrücke in London. Von Dr. W. Schaack 628
Zum 75-jährigen Bestehen des Nikolai-Kinderhospitals in St. Petersburg 686

Nekrologe.

Dr. med. Carl Koch 436
Dr. med. A. Metzler. 576
Dr. med. Carl Theodor, Herzog in Bayern. . . 631
Professor Dr. med. Peter Lesshaft 669

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sach-Register.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Artikel, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage.

A.

Abdominale Schmerzanfälle 55.
Abdominaltumoren, Differentialdiagnose der 61*.
Aborts, Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indicationen zur Einleitung des 175.
Abscess, otitischer oder Encephalitis 13*.
Abscesse, Ueber paranephritische 9*.
Abscesses, Durchbruch eines — der Gallenblase in d. Nierenbecken (5).
Abwehrreaction, locale — des Organismus gegen Reize (9).
Acanthosis nigric. (3).
Achondroplasie, Ein atypischer Fall von (58).
Acne vulgaris, Vaccinetherapie der — — und opsonischer Index 403.
actinomycosa, Paraproctitis (37).
Actinomykose des Blinddarmes (13).
— der Lunge u. Pleura (59).
Acute Ueberanstrengung des Herzens u. deren Behandlung 123.
Adams-Stokesche Krankheit, Ueber (13).
Adams-Stokeschen Krankheit, Ueber die Bedeutung des oesophagealen Cardiogramms für d. Diagnose der (13).
Adams-Stokescher Krankheit, Ergänzung zum Fall von (24).
Adams-Stokescher Symptomencomplex-Gumma des Vorhofsseptum 347.
Adenome des Nabels (40).
Adenomyoma cysticum uteri (9).
Adipositas dolorosa. (Dercum) (18).
Adnexerkrankungen, Zu operativen Anzeigestellungen bei chronischen entzündlichen 174.
Aerztliche Obergutachten aus der Praxis eines Ohren, Nasen- und Halsarztes 494.
Affect, Ein gerichtlich-medicinischer Fall von pathologischem (17).
Agglutinationsfähigkeit, Ueber die — des Blutserums Cholerakranker, die mit dem Serum I. S. Shurupows behandelt u. solcher, die damit nicht behandelt werden (40).
Akroerythrosis, Ueber schmerzlose (25).
Alaun-Hämatoxylin, Ein schnelles u. zuverlässiges Verfahren der Bereitung von — nach Hansen (13).
Albuminurie, Die lordotische (orthostatische) 382.
Alcoholiker, Ueber die Criminalität und Zurechnungsfähigkeit der (23).
Alexinen, zur Lehre von den (58).
Altern als abwendbare Krankheit 544.
—, Das —, seine Ursachen u. seine Behandlung durch hygienische u. therapeutische Massnahmen 663.
Amblyopie, Ueber Atoxyl-Polyneuritis und Atoxyl — 223*.
Amboceptors, Ueber die Bindung des — mit dem Antigen (57).
ambulatorischen Kranken, Die (46).
Ammoniaklösung, Vergiftungen mit (13).
Amyloid, Experimentelle Nachprüfungen d. Arbeiten üb. künstl. hervorgerufenes (33).
Anämia splenica (48).
Anämie üb. syphilitische (6).
—, Zur Frage über den Einfluss des Trichocephalus dispar auf die Entwickelung der 646, (24).
Adämien, Ueber d. Einteilung der 497*.
Anaphylaxie, Ueber (52).
—, Beitrag zur Lehre von der 633*.
—, Nachtrag zur — — — 682*.
Anästhesie, Ueber die in der Landpraxis bequemsten Methoden der (16).
—, spinale (35).
—, locale (44).
—, Zu den experimentellen Ergebnissen der arteriellen (57).
Anatomie, Gegenbaurs Lehrbuch der 683.
Anatomie, Raubers Lehrbuch der — d. Menschen 544.
Aneurysma, Ein Fall von — d. Art. poplit. (2.
Aneurysmen, Zur Diagnose u. Behandlung d. traumatischen (36).
Angiome, Behandlung der — m. Elektricität (3).
Ankylostomiasis 531.
Anomalien der Art. brachialis. Zwei seltene Fälle von (19).
Antefixatio uteri vaginalis extraperitonealis (37).
Anticholeraimpfungen, Die — in experimenteller Beleuchtung der Opsonintheorie der Unempfänglichkeit (40).
Anticholeraserum, Ueber d. Behandlung mit dem — I. Schurupows (39).

Anticholeraserums, Zur Frage über d. Erlangung eines wirksamen (33).
—, Versuche von Anwendung des — v. Prof. Kraus (34).
—, Intravenöse Eingiessungen des — v. Prof. Kraus als Heilmittel (54).
—, Heilwirkung des — von I. Schurupow (57).
—, Vergleichend klinische Ergebnisse über die Wirkung des — v. I. Schurupow (57).
Anticholeravaccine, Morphologische Blutveränderungen bei Injectionen von Kollescher (40).
Antihämolysine, Zur Frage der Bildung der Opsonine und — aus Leukocyten (11).
Antimosquito-Flüssigkeit von J. Malinin, Ueber den Einfluss der — auf Krankheitserreger. (21).
Antiphagine, Ueber (28), (63).
Antistreptococcenserum (3).
—, Zur Frage über die Wirkung des polyvalenten (40).
Antituberculose-Serums, Klinische Beobachtungen über die Wirkung des — — S. Neporoshnyis (28), (33).
Aorta, A Report upon the pathological condition of the 219.
Aphasie nach Trauma (3).
Aplasie, Ein Fall von — des Uterus u. d. Vagina (10).
Appendicitis, z. Casuistik der (3).
— larvata 101.
— 124.
—, Zur Casuistik der Complicationen bei (36).
— u. Salpingitiden, Die Beziehungen zwischen (44).
— u. rechtsseitige Salpingo-Oophoritis (55).
—, Eine neue Schnittrichtung bei — mit gleichzeitiger Affection der Adnexa bei der Frau (55).
—, Klinische Bemerkungen über 75 operativ behandelte —fälle (50).
—, Aetiologie u. Verlauf der Kotfisteln im Gefolge der (50).
appendiculaire, Les lésions hépatiques d'origine — et leur retentissement gastrique 122.
Appendix, Gleichzeitige Affection von — u. rechtsseitiger Adnexa (55).
Argyrosis conjunctivae, Zur (27).
Armee, Uebersicht der Krankheiten in der mandschurischen (20).
—, Ein Project der Auswahl, Ernennung u. Ausbildung der Feldscher-Schüler u. Sanitäre in der (20).
—? Gibt es viele Imbecille in den Reihen unserer (20).
d'Arsonval, Ueber die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst hochgespannter Ströme nach (16).
Arteria, Ueber eine Anomalie der — mammaria dextra (50).
— renalis accessoria inferior einer Wanderniere (12).
Arteriosclerose, Ueber nervöse Störungen der oberen Extremität bei 53.
—, Die — des Herzens u. der Aorta u. die Therapie der 133*.
—, Die Pathologie der 473*.
Arthritiden, Ueber die Behandlung schwerer 71.
Arthritis gonorrhoica, Zur Statistik der 59*.
— deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus 247.
Arzneibehandlung, Lehrbuch der klinischen 229.
Aerztlichen Praxis im Auslande, Bestimmungen über d. Zulassung zur 54.
associierende Reaction in den Bewegungen, Ueber reproductive und (17).
Ataxie, Ein Fall Friedreichscher (35).
Atemcuren mit 115 Recepten. 288.
Atmungswege, Ueber Fremdkörper der — bei Kindern (12).
—, Radix Selemi bei Erkrankungen der — der Kinder (41).
atonische, Die — und spastische Obstipation 123.
Atoxyl b. Febris recurrens (4).
— bei Syphilis u. Lichen ruber planus (11) (37).
Atoxyl-Polyneuritis und Amblyopie 223*.
Atoxyls, Die Einwirkung des — auf die weissen Blutkörperchen (28).
Atrepsie (5).
Atresia ani vestibularis 100.
Atrophia maculosa cutis (61).
Aufgaben der chirurg. Pathologie u. Therapie (36).
Aufmerksamkeitsactes, resp. des Processes der Concentrierung. Zur Methodik der experimentell-psychologischen Untersuchung des (17).
Auge, Ueber den Einfluss von nephrotoxischem Serum auf das (57).
—, Veränderungen am — bei Leukämie (52).
Augäpfel, Binoculare u. monoculare pendelförmige Bewegungen der — beim willkürlichen Augenschluss (14).
Augen, Ueber den Einfluss der Toxine auf die Bindehaut der (18).
—, Zur Casuistik der Schussverletzungen der (18).
—, Zustand der — von Taubstummen im schulpflichtigen Alter (52).
— der Schüler in den städt. Elementarschulen zu Tomsk. (52).
Augenärzte, Bericht üb. d. Congress der — in Neapel (63).
—, Taschenbuch für 550.
Augenärztliche Arbeit am Landschaftshospital zu Borisoglebsk. Bericht üb. die (63).
Augenärztlichen Vereins, Protocolle des Odessaer (52).
augenbewegenden Centren beim Menschen. Die corticalen (14).
Augenerkrankungen. Resection des Canalis nasolacrimalis in der Therapie der (11).
— u. Schädeldeformität (62).
Augenheilanstalt. Mitteilungen der St. Petersburger 542.
Augenheikunde, Lehrb. d. 80.
Augenheilstation, Bericht über die Tätigkeit der — im Dorfe Bischkow (62).
Augenklinik des Carolinischen medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. Mitteilungen aus der 141, 543.
Augenneuralgien (62).
Augenschluss, Bewegungen der Augäpfel beim (14).
Augenverletzungen u. deren Entschädigung 515*.
Auges, Organologie des 156.
Autochromophotographie, Die — und die verwandten Dreifarbenraster-Verfahren 192.
Autolyse d. lebenden Zelle (5).

B.

Bacteriämie, typhöse (3).
Bacterien, leuchtende (6).
—, Einfluss osmotischer Strömungen auf Entwickelung u. Lebensfähigkeit der 595.
Bacterieninfectionen. Die therapeutische Verwendung von Vaccinen zur Heilung von (12).
Bacterienvermehrung im Wasser (63).
Bacteriologischer Untersuchungen. Einfache Hilfsmittel zur Ausführung 16.
Bacteriurie. Ueber 31.
Bäder. Sibirische 51*.
Bädertag. Der XVIII. Deutsche 574.
Balantidium coli 55.
Balkenblase, als Frühsymptom bei Tabes dorsalis 201.
Balneologen-Congress in Berlin, Der 30. 213.
Bantische Krankheit (57).
Bantischen Krankheit. Zur Casuistik der 16.
Basedowii Ueber Morbus — und seine operative Behandlung, 149* (s. a. Morbus Basedowii).
Basedowschen Krankheit, Blutveränderungen bei der (40).
— —, Behandlung der — — mit Serum (58).
— —, Behandlung der — — mit Röntgenstrahlen (58).
Bauchschuss. Ein Fall von 350.
Bauchspeicheldrüse. Primäres Sarcom der (22).
Bauchwassersucht in einem Fall v. Laennecscher Lebercirrhose. Ausheilungen der (13).
Bauchwunden, penetrierende (2).
—. Zur Casuistik der penetrierenden (51).
Becken, Beiträge zur Lehre vom engen 480.
Beckenappendicitiden bei Frauen (58).
Behandlung schwerer Arthritiden 71*.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis 76*.
— der Kehlkopftuberculose (13).
Beleuchtung von Operationsräumen, Zur Frage der (19).
— der Bauchhöhle des Dickdarms u. d. Harnblase, Die zu diagnostischen Zwecken angewandte unmittelbare (37).
Beleuchtungsart von Operationsräumen mit künstl. Licht, Neue 379*.
Bericht, a. e. Moskauer Kinderhospital (4).
— über d. wissenschaftl. Tätigkeit des Vereins St. Petersb. Aerzte i. J. 1908. 56.
— über d. Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte während des zweiten Vierteljahrhunderts seines Bestehens 1884—1909. 348.
— über die Tätigkeit der neugegründeten spec. klinischen Abteilung an d. Univ. Kiew. (38).
Bestimmungen über d. Zulassung zur ärztl. Praxis im Ausland 54.
„Beugereflex der Zehen" Bechterews, Ueber den (17).
Bierschen Saughyperämie, Ueber die Behandlung der Furunkel mittelst der 191.
Bindehaut, Bacterienbefunde bei Erkrankungen der (52).
Biographisches Album des Vereins St. Petersburger Aerzte 1859—1909. 348.
biologischen Reinigung der Abwässer in Russland, Ueber die Anwendung der (23).
Blase, Zur Casuistik der Fremdkörper der (36). (s. a. Harnblase).
Blasenectopie, 3 Fälle von (51).
Blasengeschwulst, Ueber operativen Eingriff bei — Schwangerer (56).
Blastomycosis, Die Hefepilzerkrankungen der Haut 463*.
Blennorrhoe u. andere Genitalinfectionen, Ueber ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen 201.
Blinddarmes, Ein Fall v. Aktinomycose des (18).
Blindheit, Ueber d. Fehlen der Wahrnehmung der eigenen — bei Hirnkrankheiten 53.
Blut, Die practische Bedeutung der Reaction von Deleart u. Benoit auf (57).
—, Die Methoden des klinischen Nachweises von — im Magen-Darminhalt (13).
—, Tuberkelbacillen im — bei Tuberculose 121.
Blutarmut und Bleichsucht 191.
Blutdruckes, Ueber die gleichzeitige Registration verschiedener Teile des Herzens und des (14).
Blutes, Zur Morphologie einiger farblosen Elemente des (4).
—, Bestimmung der Coagulationsfähigkeit des — nach d. Methode v. Wright (28).
Blutes, Veränderungen des — bei bösartigen Neubildungen (34).
Blutgefässe, 9 Fälle von traumatischer Verletzung grosser (36).
Blutkörperchen, Ueber d. Einfluss verschied. Methoden zur Erlangung nicht gerinnenden Blutes auf d. Zahl d. weissen (34).
Blutplättchen, Zur Frage der (5).
Blutungen, Zur Casuistik der — bei Influenza (12).
—, Serumanwendung bei 126.
Bluntersuchung, Grundriss der klinischen 301.
Bogengang-Apparates beim Menschen Physiologie u. Pathologie des 507.
Bolus alba, Zur Ehrenrettung der 532.
Bradykardie u. Adams-Stokesche Krankheit (18).
Brief aus Breslau 610.
—, Wiener 125, 232, 338, 406, 481, 533, 666.
Bromural als Sedativum u. Hypnoticum bei Kinderkrankheiten 127.
— als nervinum 143.
Bromurals, Die hypnotische u. sedative Wirkung des 561.
Bronchiektasie beider Lungen 276.
Bronchoskopie (47).
—, Die klinische Bedeutung der Oesophagoskopie und (47).
Bronchoskops, Ein Fremdkörper, extrahiert mit Hilfe des — aus einem Bronchus 2. Ordnung 201.
Brunnen- u. Badeorte, Die wichtigsten — nach ihren Heilanzeigen alphabetisch zusammengestellt 506.
Bubonen, Behandlung venerischer (3).
Bursa subcut. coccygea (2).
Busckschen Mineralwässer, Ueber d. therapeut. Bedeutung der (46).

C.

Calomels, Ueber das Schicksal des innerlich eingenommenen (23).
Camphosan 30.
Canalis nasolacrimalis, Resection des — in d. Therapie der Augenerkrankungen (11).
Cancer, Cytolyse alto-fréquente du — (Fulguration) 361.
Carcinoma, Two cases of osteoplastic — of the prostate 662.
Carcinom d. Cervix u. d. Portio 99. (s. a. Krebs).
Cardiogramms, Ueber die Bedeutung des oesophagealen — für d. Diagnose der Adams-Stokeschen Krankheit (13).
Carotis communis, Zur Frage über den Einfluss der Unterbindung der Art. — — auf das Centralnervensystem, (17).
Central-Nervensystems, Die Bedeutung der Cytodiagnostik bei syphilitischen Erkrankungen des 121*.
Centren, die corticalen augenbewegenden — beim Menschen (14).
Cervix- u. Portiocarcinom 99.
Cervix-Scheidenfisteln bei Abort, 2 Fälle von (45).
Cheyne-Stokesche Atmung, Zur Frage üb. d. chronische (34).
Chirurgie, Lehrb. der 41.
—, Grundzüge d. allgemeinen 42.
—, d. — b. Geisteskrankh. (7).
—, bei Nervenkrkh. (8).
—, Lehrb. d. allgem. 54.
Chirurgische Krankheiten u. Verletzungen des Gesichts 54.
— Verbände 16.
— Eindrücke in Wien 468.
— — — London 628.
Chirurgischen Beobachtungen im Regimentslazaret, Aus — (20).
—, Abteilung, Uebersicht der Tätigkeit der — — des Militärhospitals in Kars (46).
Chirurgischer Instrumente, Ueber die Sterilasation (16).
Chloräthylnarcose (1).
Chloroformnarcose m. d. Harconotschen Apparat (2).
Chlorose, larvierte 532.
Cholaemie u. verschiedenen pathologischen Zuständen während der Schwangerschaft, Ueber den Zusammenhang zwischen der (16).
Cholelithiasis, Ein Fall von (5).
—, chirurgische Behandlung der 85.
— und Pankreaserkrankungen 95.
Cholera, Verlauf der — während der Epidemie des Jahres 1908 in Russland (27).
—, Die — in Odessa im Sept. 1908 (40).
—, Die Epidemie der asiatischen — im Herbst 1908 in Rostow a/D. (4).
— u. nervös-geistige Erkrankungen (54).
—, Schutzimpfung gegen die — in Zarizyn während d. Epidemie 1908 (54).
—, 2 Fälle von Rückfalltyphus u. asiatischer (54).
—, Complicationen der — nach d. Material des Obuchow-Männerhospital 1908 (54).
—, Ueber die Reaction der complementbildenden Stoffe bei asiatischer (39).
—, Zur Frage über die mikroskopischen Veränderungen der Nerven bei (39).
—, Ueber die Behandlung der — mit systematischer Anwendung grosser intravenöser Eingiessungen physiologischer Kochsalzlösung (39).
—, Ueber den Opsoninindex bei (39).
—, Zur Frage über den klinischen Verlauf u. die Behandlung der — auf Grund der Beobachtungen im Nishni-Nowgorodschen Stadthospital für Cholerakranke im Herbst 1907 (28).
—, Kali hypermanganicum bei der (46).
—, 2 Fälle von Tetanie bei (57).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Choleraabteilung, Bericht u. klinische Beobachtungen in der — des Marienhospitals während der Epidemie vom 25. Aug. — 20. Dec. 1908. (40).
Choleradiagnose ohne Obduction, Einige Fälle postmortaler (27).
Choleraendotoxin, Das — u. Antiendotoxin (Anticholeraheilserum) (57).
Choleraepidemie in Petersburg im J. 1908, Zur Statistik der (27).
—, Allgemeine Beobachtungen über die — 1908—9 aus dem männl. Obuchow-Hospital in St. Petersburg (57).
— 1907—1908 in Kurland (64).
— in Kiew 1907, Beobachtungen über die (13).
— 1908—9 nach den Ergebnissen des Obuchow-Männerhospitals (54).
— bei Kindern im Jahre 1908, Ueber die (57).
Choleraepidemien Ueber das Gesetz der Entwickelung der (28).
— in Moskau früher u. jetzt (27).
Choleraerkrankungen, Die Curve der — u. d. atmosphär. Niederschläge (64).
Choleraheilserum, Zur Frage vom 449*.
Choleraimpfung während d. Schwangerschaft, Die präventive (44).
Cholerakranken, Die bacteriologische Untersuchung der — während der letzten Epidemie (27).
—, Beobachtungen an (34).
—, Ueber die Infustion von physiologischer (7 °/oo) Kochsalzlösung bei der Behandlung von (57).
Choleraschutzimpfung, Zur Frage der 210*.
Choleraschutzimpfung, in St. Petersburg, Einige Daten über (34).
Choleratoxine, Ueber (56).
Choleravibrionen, Ueber das Verhalten der — zum Mageninhalt des Menschen (13).
—, ? Wie wirkt das Salzen von Fischen auf (21).
—, Zur Frage der Diagnostik der (28).
—, Das Gerinnen der Milch u. der Einfluss dieses Processes auf die (28).
—, Zur Frage über d. Durchgangsfähigkeit der — R. Kochs durch die Darmwand in d. Gewebe u. Organe (34).
—, Einfluss einiger Bedingungen auf die Lebensfähigkeit u. Agglutination der (40).
—, Ueber die Lebensfähigkeit der — bei Culturen auf Früchten (46).
—, Wuchs u. Virulenz der — auf einzelnen Nährböden (57).
—, Vorkommen von — bei von der Cholera Genesenen (57).
Cholesteatoms, Wesen u. Entstehung des (36).
Cholins, Ueber die physiologische Wirkung des 260, (41).
Chorionepitheliom der Vagina 42.
Chorionepithelioms Die Behandlung des (16).
Clitoris, Zur Frage der Verletzung der — während d. Schwangerschaft (10).
Cocainismus (4).
Coitusverletzung, Ein Fall von 259*.
Colitis membranacea, Ein Fall von — — compliciert durch Phosphaturie (35).
Collargol Credé, Zur Frage über die bacterioide Wirkung des (41).
Compendium d. modern. Electromedicin 31.
— der Verbandlehre 79.
Concentration, resp. Aufmerksamkeit u. psychische Arbeitsfähigkeit bei Epilepsie (26).
Concentrierung bei Schwachsinnigen, Versuch einer experimentellen Untersuchung des Processes der (17).
Condylomen, Spirochäta refringens bei spitzen (32).
Congress, d. 1. russ. oto-laryngologische 43.
—, Der erste allrussische — der Fabrik-Aerzte u. Vertreter der Fabrik-Industrie in Moskau 291, 307, 352.
Congresses, Protocolle des I. Baltischen Aerztecongresses 665, 684.
Conjunctivalreaction, Ueber den diagnostischen u. prognost. Wert der 382.
Conjunctivitis Parinaud, klinische Beobachtungen über die sogenannte (26).
Conservierung der Organe des menschl. Körpers (13).
Cowperschen Drüsen, Entzündung der (60).
corticalen, die — augenbewegenden Centren beim Menschen (14).
Coxitis 89*.
Coxitisbehandlung 31.
Creeping disease, Zur Aetiologie der (60).
Crupöser Pneumonie, Recidive bei 65.
Cutis verticis gyrata, Ursprung der (61).
Cyste, Ein Fall von — der Tränendrüse bei gleichzeitiger Verlagerung der Drüse (26).
Cysticercus des Oberkiefers, Entfernung auf intranasalem Wege (16).
Cystoskopie, Die 608.
Cytodiagnostik, Die Bedeutung der — bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems 121*.

D.

Dammrisses, Zur Casuistik eines centralen (45).
Dampfdesinfectionskammer ohe Dampf nach dem System von P. Prochorow (16).
Darierscher Krankheit, Ein Fall von (60).
Darm, Anwendung der Drahtnaht bei Operationen am (9).
Darmblutungen nach Operationen v. eingeklemmten Hernien (2).
Darmerkrankungen bei Kindern, Pathogenese der (48).
Darmfistel nach Operation einer eingeklemmten Hernie, Eine (16).
Darmflora, Die wichtigsten Bacterientypen der — beim Säugling 543.
Darminhalt, Nachweis von Blut im (13).
Darmocclusion u. Schwangerschaft (9).
Darmverschluss infolge von Darmeinklemmung durch einen Mesenterialstrang d. Meckelschen Divertikels (51).
—, Ueber acute Magendilatation und arterio-mesenterialen 331*.
Dauerresultate der Therapie des Ulcus rotundum ventriculi 1*.
Decapsulation der Nieren (Edebohlsche Operation) Ueber den Einfluss der (30).
Degeneration, Fragen der — u. der Kampf mit dieser (25).
—, Morel u. die moderne Lehre über die psychischen Zeichen der (25).
Dementia praecox, Aufmerksamkeit, psychische Arbeitsfähigkeit und spontan auftretende Associationen bei Kranken mit (16).
Dermatitis, Ein Fall von — exfoliativa chron. (31).
Dermatologische Vorträge für Practiker 247.
— Propädeutik 419.
dermoiden Geschwülste, Zur Casuistik der — — des Eierstockes (30).
Desinfection der Hände u. des Operationsfeldes mit Spiritus u. Jod (43).
Desmoidreaction, Ueber die Sahlische 532.
Diabetischer, Notwendigste Angaben f. d. Kostordnung 112.
Diabeticum, Koma — u. seine Behandlung 141.
Diätbehandlung innerer Krankheiten, Vorlesungen über 458.
Diätetik, Specielle des Lungen- u. Kehlkopfschwindsüchtigen 682.
Diätetisch-physikalische Therapie in d. tägl. Praxis 54.
Diätetische Kochkunst 493.
Diätvorschriften für Gesunde und Kranke 683.
Diagnose, Specielle — der inn. Krankheiten 112.
Diagnostik, Medicinische 696.
Diagnostische Bedeutung der Probe auf Pepton (13).
Dickdarms, Ueber die idiopathische Dilatation des (1).
Differentialdiagnose der Abdominaltumoren 61*.
Differentialfärbung, Gleichzeitige — von Bindegewebe, Muskelgewebe u. elast. Fasern 94.

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diffusionstheorie des Blutkreislaufs, Die 411*.
Digalen bei Erkrankungen des Herzens (4).
Digitalone, Ein neues Digitalispräparat 64.
Dimethylamidobenzaldehyd - Reaction, Ueber d. Bedeutung der Ehrlichschen — — in d. Klinik d. psych. Krankheiten (62).
Diphtherie der Neugeborenen u. der Säuglinge (58).
—, Ueber Pyocyanasebehandlung der 141.
— u. Erysipel der Nase (38).
Diphtherierecidiv, Ein Fall von (24).
Diphtherietoxin u. Antitoxin 41.
Diplegia facialis (25).
Diplococcenepidemie, Eine Influenzaähnliche 662.
Diplococcusart, Eine neue —: Tetradiplococcus filiformans Lodzensis (23).
Diplosal, ein neues Salicylpräparat 156.
Dissociatio ventriculorum, Ueber — — cordis neurogenetica u. ihre klinische Bedeutung (28).
Diurese, die heutigen Methoden zur Anregung der 64.
Doppeltkathodenröhren, Die gleichzeitige Aufnahme d. beiden Nieren mittelst 531.
Drahtnaht bei Operationen an d. Scheide u. am Darm (9).
Drillinge, Ausgetragene (56).
Drillingsschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung des Placentarsitzes 560.
Ductus thoracicus, Zur Frage der Verletzungen des — — u. d. Fälle v. Chylothorax u. Ascites chylosus (63).
Duschemassage bei Beschäftigungsneurosen 624.
Dysenterie, Ueber die Anwendung des Metschnikowschen Laktobacillins bei (23).

E.

Echinococcus, Ein Fall v. — d. l. Pleurahöhle (2).
—, Ein Fall v. — d. Herzens (5).
—, Die eosinophile Leukocytose, als diagnostisches Kennzeichen des (23).
— hydatidosus, der Bau der Kapsel des 431.
Eier, Die Entwickelung menschlicher 100.
Eierstockes, Rolle des — im Organismus (56).
Einfache Hilfsmittel zur Ausführung bacteriologischer Untersuchungen 16.
Eisentherapie, Theorie u. Praxis der 683.
Eiters, diagn. Bedeutung des (4).
Eiweissbestimmung, Schnellmethode zur — im Harn 607.
Eiweisses im Urin. Vergleich des Wertes d. Methoden v. Essbach u. Tschuly bei d. Bestimmung des (48).
Eiweissproben, Ueber den Wert zweier neuen 37*.
Eiweisssubstanzen, Ueber (48).
Eklampsie, Die Nierendecapsulation bei der 190.
—, Therapie der (29).
—, Zur — der Schwangeren, Kreissenden u. Wöchnerinnen 489*.
Ekzemformen, Behandlung einiger — durch Cauterisation der Wirbelsäule mit dem Paquelin (31).
Ekzems, Zur Klinik u. Therapie des constitutionellen Säuglings— 141.
—, Diagnose und Therapie des 261.
—, Behandlung des — mit d. Uviollampe 532.
—, Therapie des 584.
Electromedicin, Compendium der 31.
Elektropathologie, Atlas der 505.
Empyem der Kieferhöhle, Resection der Nasenwand der Kieferhöhle bei chronischem (38).
Encephalitis oder otitischer Abcess 13*.
Encyclopädie der pract. Medicin 80.
Endometritiden, Ueber die Behandlung von (30).
Endotheliom der Lymphdrüsen, Ein Fall von primärem (33).
Engem Becken, Behandlung der Geburten bei 561.
Entartungsfrage, Zur 361.
Entero-Gastroentero- u. a. Anastomosen, Eine neue Methode zur Bildung von (43).
Entgiftung, Die percutane 289.
Entwickelungsfehler, Zur Casuistik der — der weibl. Geschlechtsorgane (10).
Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase, Zur Behandlung der acuten u. subacuten (11).
Enuresis (46).
Epididymitiden, Zur Behandlung gonorrhoischer u. traumatischer — mit Stauungshyperämie (37).
Epilepsie nach Schädelverletzung 101.
—, Das Grenzgebiet der 320.
—, Operative Behandlung der idiopathischen (50).
Epiphyse des Radius, Ueber traumatische Lösung der unteren (43).
Epithelkörper, Zur Physiologie u. Pathologie der 618*.
Ergebnisse der inneren Medicin u. Kinderheilkunde 42.
Erisypels, Zur Klinik und Bacteriologie des (41).
Ernährung der Säuglinge, Die 509.
—, Die Wege der foetalen 683.
Ernährungslehre, Zur 123.
Ernährungs-Therapie, Grundzüge der — — auf Grund der Energetik 467.
Erythrocytosis (3).
Estoral u. seine Verwendung in d. Laryngo-Rhinologie 377*.
Eucerin, Die Behandlung der Ichtyhosis mit 201.
Evacuation, Verbandplätze u. (3).
— der Schlachtfelder und der Transport der Verwundeten im russisch-japanischen Kriege, Die (21).
Evacuations-Commission, Der Sortierungspunct der (46).
Excision der Funiculargefässe bei der radicalen Herniotomie 94.
Exophthalmos and other signs in chronic nephritis 607.
Exsudaten, Ueber die Unterscheidung v. Transsudaten u. (12).
Extractum Bolodiae fragrantis (Boldoverne) Einfluss des — auf d. Magenverdauung (5).
Extraperitonealer u. transperitonealer Kaiserschnitt 110*.
Extrauteringravidität, Zur Casuistik der (56).

F.

Familienmord durch Geisteskranke 58.
Farbensinnes, Pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des 321.
Farbensinnstörungen u. ihre Diagnose, Einführung in die Kenntnis der 220.
Febris recurrens (s. a. Typhus recurrens) Atoxyl bei (4).
— —, Ueber Reinfection der (13).
— —, Ein Fall von hämorrhagischer Pleuritis und Erkrankung des N. facialis bei (24).
— —, Complicationen von Seiten d. Ohres, d. Nase u. d. Halses bei (47).
Ferment, Ueber d. Einfluss hoher Temperaturen auf d. diastatische (34).
Festsitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte 247, 261, 273.
Fettfärbung, Nilblau- 105*.
Fibrolysin (6).
Fibrom, Ein vom lig. rot. ausgehendes (44).
Fibromyoma parietis lateralis dextrae vaginae (29).
Fibromyome, Zur Frage der Complication der — durch Gravidität (10).
Fischnahrung, Einfluss von — auf d. Stickstoffumsatz (34).
Fistel, Ein Fall von gallenbronchialer (27).
— u. Drainagegänge, Zur Behandlung der (36).
Fistula gastrocolica, Zur Frage der (35).
Fleischconserven, Ueber bacteriologische Untersuchung auf Sterilität von —, hergestellt nach der Methode von J. Raptschewski u. N. Iwanow (21).
Foetor ex ore (38).
Folie, Travail et 288.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fractures, Treatment of ununited — of the neck of the femur 79.
Frauenkrankheiten, Zur Behandlung von — mit Röntgen-Strahlen (50).
Frauenärzte, Taschenbuch für 646.
Frauenleiden, Günstige Beeinflussung von Periodenbeschwerden u. — durch Röntgenstrahlen 595.
Fremdkörper in der Trachea (11).
— der Atmungswege bei Kindern (12).
Frucht- u. Beerenwässer, Moussierende — — — u. Limonaden (14).
Frühdiagnose u. Behandlung des Kehlkopfkrebses (13).
Frühlingskatarrh, Zur pathologischen Anatomie des (26).
Furunkel, Ueber die Behandlung der — mittelst der Bierschen Saughyperämie 191.
Furunkulose, Zur Aetiologie der (35).
—, Ein Beitrag zur Vaccinetherapie der — nach Wright (41).

G.

Gabritschewskische Vaccine, Ueber die (40).
Gaffky-Eberthscher Bacillus, Ein Fall von primärer eitriger Nephritis, hervorgerufen durch (24).
Gallenblase, Abscess der (5).
Gallenblasenperforation 18.
Gallensteine, Ueber Indicationen u. Technik der operativen Behandlung der 237*.
—, Ueber e. Fall röntgenographisch nachgewiesener 523.
—, Ueber die Structur u. die Pathogenese der 585.
Ganglion Gasseri, Zur Frage über d. Technik d. Exstirpation des (36).
— —, Ueber die physiolog. Exstirpation des (43).
Gangrän d. Füsse in d. Nachgeburtsperiode (37).
—, Ueber angiosklerotische — bei jugendlichen Individuen 645.
Gaoljans und der Tschumisa, Der chemische Bestand des (24).
Gasphlegmone, Ein Fall von (19).
gastric ulcer, Remarks on the treatment of — by immediate feeding 467.
Gastritis, Zur Casuistik der phlegmonösen 201.
Gastroenteroanastomose u. Magenresection 689*.
Gastroenterostomie bei Strictur d. Pylorus (2).
Gebärasyls, Bericht über d. Tätigkeit des (44).
Gebärmutter, Ueber d. chirurgische Behandlung der Senkungen u. des Vorfalls der — u. d. Scheide (45).
Gebärmutterblutungen Behandlung der — mit Serum. 272.
Gebärmutterkrebs, Resultate des Kampfes gegen den (9).
Gebärmutterkrebses Aufruf z. Bekämpfung des 503*.
Geburtshilfe u. Gynäkologie (9).
—, Massnahmen zur Verbesserung der (9).
—, Ueber moderne Bestrebungen in der — 180*.
—, Ergebnisse der — u. Gynäkologie 561.
geburtshilfliche Abteilung des Sophienhospitals, Die (44).
— Seminar, Das 624.
Gefässe Veränderungen der — bei ihrer Entblössung (49).
geheilt, Kann ich — werden? 480.
Gehirnabscesse, Zur Casuistik der — u. eitrigen Meningitiden (63).
Gehirncyste 66.
Gehirns Die Pathogenese der Unregelmässigkeiten des Herzrhythmus bei Krankheiten des (13).
Gehirnvolumen, Einwirkung von thermischen Hautreizen auf das 623.
Gehörganges, Exostosen des äusseren — bei e. Minderjährigen (38).
Gehörorgans, Zur Frage der sogen. arteficiellen Erkrankungen des — bei Soldaten (38).
Geisteskranke, Die Moskauschen Patronagen für (41).
—, Die Hilfsorganisation für — in Kriegszeiten (62).
Geisteskranker, Ein Versuch zur Familienpflege (18).
—, Die Pflege 272.
—, Familienpflege (61).
Geisteskrankheiten im Zusammenhang mit den politischen Ereignissen in Russland (21).
—, polit. Leben u. (6).
—, die Chirurgie bei (7).
—, u. Hautkrankheiten (10).
—, Ueber die Bedeutung psychischer Ursachen in der Aetiologie der 197*.
Gelatine, Verwendung von — zur Befestigung v. Präparaten in Standgefässen (63).
Gelenkrheumatismus, die therapeutische Wirkung des salicylsauren Natrons auf d. acuten (13).
Genealogie, Medicinische 254*.
Genieproblem. Das 305.
Genitalapparat, Die gutartigen Wucherungen des Epithels im weiblichen (55).
Genitalapparates, Ueber den Zusammenhang der Erkrankung des weiblichen — und des Darmes (41).
Genitalorgane, Zur Casuistik der Bildungsfehler der weibl. (44).
Geräusche, Ueber d. diagnost. Bedeutung diastolischer — über Erweiterungen der Aorta 541.
Gerichtliche Medicin der Chinesen 156.
Gerinnungsgeschwindigkeit des Blutes u. dessen Gehalt an Erdalkali-Metallen (48).
Geschichte der Medicin 662.
Geschlechtsorgane, Zur Casuistik d. Entwicklungsfehler der weiblichen (10).
—, Ursachen u. operative Behandlung des Prolapses der weibl. (10).
Geschmackscentrum, Zur Frage über das corticale (26).
Geschwülste, Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger 192.
—, Gleichzeitige Entwickelung 3 verschied. bösartiger — bei einer Person (36).
-- in der Bauchhöhle, Ueber e. Symptom zur Differentialdiagnose der (44).
Gesichts, Verletzungen u. chirurg. Krankheiten des 54.
Gicht, Ueber die 159*.
—, Die 184*.
Glaukom 102.
Glaukoms, Ueber die Therapie des 660*.
— Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese des primären 654*.
Gliom — d. Netzhaut (8).
Gonococcen, Ueber Fehlerquellen bei Untersuchungen auf (10).
Gonorrhoe, Entstehung u. Heilung der acuten (des acuten Stadiums) der 582*.
Gonorrhoica, Arthritis, zur Statistik der 59*.
Gonorrhoische Peritonitis, Ascendierende (61).
Granulom, malignes des lymphatischen Apparates 55.
Gravidität, Zur Frage der Complication der Fibromyome durch (10).
—, beider Faloppischen Tuben. Gleichzeitige (22).
Greisenkrankheiten, Lehrbuch der 371.
Grenzgebiet, Das — zwischen Gynäkologie, Chirurgie u. Urologie (44).
Grenzgebiete der Medicin 532.
Grundriss der allgemeinen Symptomatologie 54.
Grundzüge der allgemeinen Chirurgie u. chirugischen Technik 42.
Gujasanol (5).
Gumma, Ein Fall von — des l. Vorhofes (13).
Gumma der Netzhaut, mit Mergal geheilt 200.
Gummöse Vaginitis 99.
Gynäkologie 65.
— und Geburtshilfe (9).
—, Allgemeine 542.
Gynäkologisches Vademecum (95).
Gyrus cinguli, Zur Frage über den histologischen Bau des — beim Menschen (42).

H.

Hachich, Le. 289.
halbcirkelförmigen Canäle, Die — — als System des Gleichgewichts (38).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hals-, Ohren-, u. Nasenkrankheiten (11).
—, im russich-japanischen Kriege (38).
Hämangiom der Orbita (62).
Hämatom der Scheide u. d. äuss. Geschlechtsteile (9).
—, der Vulva. Ueber das 269*.
Hämatomyelie (7).
Hämoglobinurie — u. Hämolyse 15.
Hämolytische Reaction Bordet-Wassermann in der chirurgischen Klinik (59).
Hämorrhoiden bei Kindern, Physiologisch-klinische Studien über (36).
Hämorrhoiden, Ueber die Behandlung der — mittelst hochgespannter Ströme. (16).
Hämorrhoisid. Ueber 174.
Handbuch der allgem. Pathologie 16.
— — physiolog. Methodik 17.
— — Krankenpflege 65.
— — ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit 495.
Harn, Quecksilberausscheidung durch den (6).
Harnblase, (s. a. Blase) Das einfach perforierende Geschwür der (60).
—, Ein seltener Fall v. Fremdkörper in der (36).
Harnsäuremenge, Zur Methode der klinischen Bestimmung der (23).
Hautkrankheiten, Therapie der 31.
— und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der 30.
—, Zur Röntgenbehandlung der 191.
Hautkrebses, Ueber die Behandlung des (10).
Hautveränderung, Zwei Fälle von simulativer (31).
Hebosteotomie, Zur Casuistik der (45).
—, Ueber spätere Geburten nach (45).
Hefepilzerkrankungen, Die — der Haut (Blastomycosis) 463*.
Heine-Medinsche Krankeit 21*, 34.
Heilschlamm, Der — u. seine Mikroorganismen (54).
Hemiplegiker, Zur Behandlung der Spätcontracturen der 174.
Hemitonie, Zur Frage der (25).
hépatiques, Les lésions — d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique 122.
Hermaphroditismus, Ueber 202.
Hernia intercostalis ventralis. Fall v. (51).
Hernie, Eine Darmfistel nach Operation einer eingeklemmten (16).
Hernien, Zur Frage der — der Linea alba (50).
Hernien, incarcerierte 100.
—, Zur Frage der Reposition incarcerierter (16).
—, Zur Casuistik der vermeintlichen Reposition der eingeklemmten (35).
—, Congenitale — d. Diaphragma 531.
Hernien, Casuistik der seltenen (60).
Herniotomie, Excision der Funiculargefässe bei der radicalen 94.
Herz, Die physiologische Wirkung der Ureide auf das — der Kalt- u. Warmblüter (13).
—, Einfluss des farad. Stromes und der Franklinisation auf das (34).
Herzapparates, Ueder d. Bau u. d. Tätigkeit des (13).
Herzarhythmien 371.
Herzdilatation Die Beeinflussung der — durch kohlensäurehaltige Bäder. 219.
Herzens, Klinische Beurteilung einzelner Methoden d. Untersuchung d. functionellen Tätigkeit des (34).
—, Acute Ueberanstrengung des — u. deren Behandlung 123.
—, Digalen b. Erkr. des (4).
—, Ein Fall v. Missgestaltung des (4).
—, Echinococcus des (5).
—, Zur percutorischen Grössenbestimmung des 637*.
—, Ueber d. gleichzeitige Registration verschied. Teile des — u. d. Blutdruckes (14).
Herzkranke im Gebirge 229.
Herzkrankheiten, die gegenwärtige Diagnostik der (34).
Herzmittel, Anwendung von Chlorcalcium als (54).
Herzrhythmus, Die Pathogenese der Unregelmässigkeiten des — bei Krankheiten des Gehirns (13).
Herzruptur, Ein Fall von 561.
Herzspitze, Zur Symptomatologie des ersten Tones über der (5).
Herztätigkeit, Ueber den normalen Ausgangspunkt der — und seine Aenderung unter pathologischen Umständen 347.
Herztones, Ueber die Entstehung des zweiten (13).
Hilfsbuch zum Anlegen chirurgischer Krankengeschichten 79.
Hirnabscesse, Die otitischen (60).
Hirnbruch, Fall von congenitalem (50).
Hirnkrankheiten, Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei 53.
Hirnrinde, Die Untersuchung der Functionen der (18).
Hirntumor 98.
Histologie, Grundzüge der Allgemeinen Pathologischen 191.
Holzspiritus, Ueber giftige Wirkung des denaturierten (34).
Hörens, Die G. Zimmermannsche Theorie der Mechanik des 423*.
Hornhaut, Ein Fall von Leprom der (51).
—, Ein Fall von doppelseitiger peripherer Ectasie der (52).
Hörprüfung, Die — u. deren Verwertung bei der Untersuchung d. Wehrpflichtigen 524.
Hospital, Bericht a. d. Moskauer Sophien-Kinder— (4).
Hospitalbauten im Kampfe mit Infectionskrankheiten 585.
Hüftgelenksluxation, Die Pathologie und Therapie der congenitalen (50).
Hüftgelenkverrenkungen, Ueber traumatische 118*.
Hühnercholera, Ueber Antiphagine des Mikroben der (40).
Hydrocele testis (2).
— — im Kindesalter 79.
Hydronephrose 67.
—, Ein Fall von — einer Wanderniere (12).
Hydrotherapie der Tabes dorsalis, Die 129*.
Hygiene, Leitfaden d. 17.
— d. Sitzens (4).
—, Wochenschrift für Therapie und — d. Auges 550.
—, Atlas u. Lehrbuch der 609.
Hygienische Grausamkeiten gegen Kinder 543.
Hyperacidität, Alkalitherapie bei 645.
Hyperaciditätszustände des Magens. Untersuchungen zur medicamentösen Therapie der 228.
Hyperemesis gravidarum und Adrenalintherapie 583.
Hypernephrome, Zur Chirurgie der (49).
Hysterie im Kindesalter (8).
—, Klinische Beiträge zur Lehre von der 128.
—, Zur Frage üb. d. Wesen der (62).
Hysterische Hyperthermie oder Fieber? (25).

I.

Ichthalbin 127.
Ichthyosis. Die Behandlung der — mit Eucerin 201.
Immunität, Vorlesungen über Infection u. 467.
Immunitätsforschung, Jahresbericht üb. die Ergebnisse der 65.
—, Die Krise in der 468.
Immunkörpern, Vorläufige Mitteilung über die Behandlung mit 141.
Implantierung, Zur Frage über die — von embryonalem Gewebe (28).
Impotenz, Beitrag zur Pathogenese u. Behandlung der — beim Manne (11).
Incontinentia, Casuistik der — urinae bei Kindern (54).
Induratio lienis fibrosa (63),
inneren Krankheiten, Kurzgefasstes Lehrbuch der 550.
innerer Krankheiten, Das Indicationsgebiet des Alcohols bei der Behandlung 288.
— — Pathogenese 362.

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Infection, Schutzmitttel gegen 35*.
— tuberculöse und tuberculöse Erkrankung 122.
—, Vorlesungen über — und Immunität 467.
Infectionskrankheiten in der Mandschurischen Armee. Acute (21).
—, Die Methode v. Bordet u. Gengon bei einigen (48).
Influenza, Zur Casuistik der Blutungen bei (12).
— conjunctivitis, Eine 219.
—, Die — in epidemiologischer und hygienischer Beziehung (41).
Inguinalhernie, Fall von linksseitiger —, welche das Coecum mit Appendix enthielt (60).
Inguinalhernien, Ueber artificielle u. traumatische (51).
—, 6 Fälle artificieller (51).
Intercostalneuralgie, Ueber (27).
Irrenpflege, L. F. Ragosin u. d. — i. Russl. (8).
—, im St. Petersb. Gouvernem. (8).
—, Ueber die — im Zartum Polen (42).
Irrenpfleger, Leitfaden für 431.
Irrigationsapparat, Ein — zur Behandlung der Sexualneurasthenie, Hämorrhoiden, Prostatitis u. chronischen Metritis mit constantem Wasserstrom (2).
Ischaemie der Netzhaut. Zur operativen Behandlung der (26).
Ischias Ueber die Behandlung der — mit Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung. (25).
—, Die Infiltrationstherapie der subacuten und chronischen 623.

J.

Jahrbuch d. prakt. Medicin 30, 624.
Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 348.
Jahresbericht über d. Ergebnisse der Immunitätsforschung 65.
— — — Fortschritte der Inneren Medicin 682.
Jaffa als Curort (64).
Jodferratose in der Kinderheilkunde 246.
Jodglidine, Die Wirkung der — auf das Herz 547*.
Jodpräparate (4).

K.

Kaiserschnitt (s. a. Sectio caesarea), Ueber extraperitonealen u. transperitonealen 110*.
—, Ein Fall von — bei relat. Indicationen (9).
—, Zwei Fälle von — an Moribunden (16).
—, Wiederholter (29).
—, der Dührssensche — i. e. Fall von vorzeitiger Placentarlösung (44).
Kaiserschnittes, Zur Casuistik des conservativen (45).
Kala-Azar (26).
—, Ein Fall von 542.
Kehlkopfkrebses, Ueber Frühdiagnose u. Behandlung des (13).
Kehlkopfs, Erkrankungen des — bei Syringobulbie (11).
Kehlkopfs, Sensibilitätsstörungen des (47).
—, Zur Frage über d. späten Erstickungsanfälle nach totaler Exstirpation des (35).
—, Zur Casuistik der Fremdkörper des (47).
Kehlkopftuberculose, Die allgemeine und chirurgische Behandlung der (38).
Kehlkopftuberculose, die Behandlung der (13).
—, Pathologie und Therapie der 494.
—, Behandlung der (47).
Kinderausflüge, Vergnügungen, Spiele, Beschäftigungen in den Gärten der Stadt Petersburg (23).
Kinderbalsam, Toxischer Gesichtsverlust nach Gebrauch v. gefälschtem (64).
Kinderekzems, Beitrag zur Therapie des constitutionellen 418.
Kinderepilepsie 17.
Kinderheilkunde, Einführung in die moderne 608.
—, Ergebn. der 42.
Kinderlähmung, Einige Fälle von —, behandelt mit Uebungstherapie 201.
Kinderpraxis, Therapeutisches Taschenbuch für die 261.
Kleinhirns, Abscess des — otitischer Provenienz (30).
Klinischen Untersuchungsmethoden. Lehrbuch der 645.
Klumpfusses, Ueber die Behandlung des (19).
Knochen, Wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde? (79).
Knochenbrüche der unteren Extremitäten. Die ambulatorische Behandlung der einfachen — mit Schienen und dem Apparat nach Prof. N. Wolkowitsch (15).
—, Zur Behandlung complicierter (19).
—, Die modernen Methoden der Behandlung der (46).
Knochenfische, Zur Morphologie einiger Skeletteile der 544.
Knochentransplantation, Wiederherstellung d. unteren Epiphyse des Humerus durch (46).
Knochen- u. Gelenktuberculose, Orthopädische Behandlung der 624.
Knochenveränderungen, gonorrhoische und syphilitische (61).
Koeliotomien, Ueber gynäkologische 385*.
Kohlensäure, Douchen von (4).
Kolpitis, s. Vaginitis.
Koma, Das —diabeticum und seine Behandlung 141.
Kopfschmerzen, Ueber habituelle 500*.
Körpergewicht, Das — des erwachsenen Menschen bei normalem Ernährungszustand u. seine Berechnung 466.
Körperpflege durch Wasser, Luft u. Sport 175.
Kosmetik, Ein Leitfaden f. Aerzte 683.
Kostordnung, Notwendigste Angaben für d. — Diabetischer 112.
Krankenpflege, Handbuch der 65.
Krankenpflege in der Chirurgie, Die 201.
Krankenstände im Felde u. ihre Abschätzung 30.
Krankheit, Das Wesen der 608.
Krankheiten, Rubricierung von (6).
—, — i. d. Mandschur. Armee (6),
—, Specielle Diagnose d. inneren 112.
Krankheitsbegriff in der Psychiatrie, 693*.
Krankheitsursachen und Disposition 522*.
Krebs (s. a. Carcinom), Die Resultate des Kampfes wider den Gebärmutter— (9).
— der Gebärmutter, compliciert mit Schwangerschaft. Ueber (22).
Krebsepidemie (5).
Krebserregers, Die künstl. Züchtung des 17.
Krebses, Statistik des — u. d. Versorgung d. Krebskranken (86).
— der Eierstöcke, Zur Frage über d. Resultate der operat. Behandlung des primären (37).
Krebsforschung (1).
Krebsfrage, Ueber den gegenwärtigen Stand der 155.
Krebsgeschwülste (54).
Krebskachexie, Frage über die (57).
Krebsneubildungen, Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf (19).
Kreissender, Frage d. Desinfection 584.
Kriege, Zur allgemeinen Charakteristik der Verwundungen im russisch-japanischen (20).
Krieges, Skizzen aus der ärztlichen u. chirurgischen Tätigkeit in Port-Arthur während des russisch japanischen (1904—1905) (20).
Krigschirurgische Rück- u. Ausblicke vom asiatischen Kriegsschauplatz 361.
Kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes 192.
Kropfes, Erforschung des endemischen 532.
Kugeln im Körper, Zur Casuistik der Senkung von (19).
Kumyscuren (6).
Künstlich hervorgerufene Krankheiten u. Beschädigungen der Gliedmassen bei Personen, die zum Militärdienst einberufen sind (46).

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

L.

Labyrinthfistel, Klinische und pathologisch-histologische Beiträge zur Frage der 219.
Laennec'scher Lebercirrhose, Ausheilung des Bauchwassersucht in einem Falle von (13).
Lagophthalmus 66.
laryngealen Erscheinungen, Die — — bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks 524.
Laryngologen, Verhandlungen des Vereins Süddeutscher 494.
Laryngologie, Geschichte der — an der Universität Heidelberg seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels 301.
Laryngo-Rhinologen-Congresses, Verhandlungen des I. 524.
Laryngostomie bei Perichondritis laryngis (47).
Larynx, Lymphangiom des (3).
Larynxsyphilis u. Rachensyphilis 155.
Larynxtuberculose u. Gravidität 419.
Leberatrophie u. Hufeisenniere. Ein Fall von acuter gelber (24).
Lebercarcinom, Die morphol. Veränderung des Blutes u. ihre diagnost. Bedeutung bei (35).
Lebercirrhose, Ausheilung der Bauchwassersucht in einem Falle von Laennecscher (13).
—, Ueber Veränderungen der Bauchspeicheldrüse bei (22).
Lebercysten im Kindesalter, Ueber (28).
Leberechinococcus, pathologisch-anatomische Veränderungen der Kapsel (59).
Lebererkrankungen, Zur Frage der functionellen Diagnostik der (63).
Lebergeschwülste, Zur Casuistik der melanotischen (35).
Lehrbuch der Chirurgie 54.
— Pharmakotherapie 41.
— Nachbehandlung nach Operationen 42.
— — Augenheilkunde 80.
Leistenbrüche, Die Art der Entstehung u. d. Diagnostik kindlicher (21).
Leistenhernien, Ueber congenitale (19).
Leitfaden d. Hygiene 17.
Lepra im Kreise Grobin, Die 439*.
—, Wassermannsche Reaction bei 122.
Lepratherapie, Ueber den gegenwärtigen Stand der 311* 327*.
Lepraconferenz, Die II. internationale in Bergen 579*.
Leprakolonie, Bericht über die — Krutyje Rutschji im Gouv. St. Petersburg während der Jahre 1894—1909. 569*.
Leptomeningitis, Eitrige — otogenen Ursprungs (41).
Lésions hépatiques d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique 122.
Leukämie 98.
Leukocyten, Zur Frage der Bildung der Opsonine und Antihämolysine aus (11).
Leukocytose, Die lymphetreibende Wirkung des Spiritus und mechanische (23).
Lichen ruber planus, Ueber die Anwendung v. Atoxyl bei Syphilis u. (11).
Licht, Ueber das in Schulen und Werkstätten notwendige (26).
Liman, Ueber die Behandlung gynäkologischer Affectionen im Odessaer (29).
Linse, Messende Untersuchungen über die Gelbfärbung der menschl. — u. ihren Einfluss auf d. Sehen 381.
Lipom, Ein Fall von subfascialem (2).
Littlesche Krankheit 101.
Lues, Ein Fall von — vom Lande in die Hauptstadt importiert (10).
— cerebri. Trauma und 295*.
luetischer, Versuch einer Prüfung der Psyche hereditär — Kinder (32).
Luftschiffahrt, Unfälle und Rettungsmassnahmen auf dem Gebiet der 645.
Luftwege, die Krankheiten der oberen 336.
—, Ueber d. Verhältnis des Allgemeinzustandes zu d. Erkrankungen der oberen (38).
Lumbalanästhesie (3).
Lunge, Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der (48).
Lungenabscess nach Friedländerscher Pneumonie, Ein Fall von (34).
Lungencollapstherapie, Erfahrungen u. Ueberlegungen zur 381.
Lungentuberculose, Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der 122.
—, Die Frühdiagnose der 399.
Lungen- u. Kehlkopfschwindsüchtigen, Specielle Diätetik des 682.
Lupus, Ein Fall von raschem Verschwinden von — erythematodes des Gesichts nach Entfernung tuberculöser Lymphdrüsen am Halse (32).
—, Ueber die Behandlung des — mittelst Tuberculinsalbe 191.
Lupustherapie, Indicationen der — nach ihrem gegenwärtigen Stande 443.
Lyssa, Zur Casuistik der (48).

M.

Magendilatation, Ueber acute — und arterio-mesenterialen Darmverschluss 331*.
Magengeschwürs, Durchbruch eines runden — in die freie Bauchhöhle mit günstigem Ausgang nach der Operation (57).
—, Zur diätetischen Behandlung des 623.
Mageninhalt, Ueber das Verhalten der Choleravibrionen zum — des Menschen (13).
—, Nachweis von Blut im (13).
Magenkrankheiten, periodische 84.
Magenkrebs u. Magenkrebsresection 45*.
Magenkrebses, Frühdiagnose des (5).
Magenresection, Gastroenteroanastomose und 689*.
Magens, Bedeutung der desmoiden Reaction für d. Bestimmung der functionellen Tätigkeit des — (4).
—, Bestimmung d. unteren Grenze des 94.
—, Zur Frage über primäre phlegmonöse Entzündung des (34).
Magensaftes, Ueber d. Veränderung des — beim Transpirieren (46).
Magensaftsecretion, Einfluss einer 24-tägigen Hungerperiode auf die 229.
Magnetismus, Anwendung des — zur Bestimmung der unteren Grenze des Magens u. v. Speiseröhrerweiterungen 94.
Malaria, Zur Frage des Kampfes gegen die (21).
Malignes Granulom des lymphatischen Apparates 55.
Mammilla, Die Lage der — beim Manne und die Bedeutung der Mammilla sinistra bei der Bestimmung der Herzgrenzen (24).
Mandschurische Flecktyphus, Der sog. — — und sein Erreger (39).
Marmorek, Ueber den therapeutischen Wert des Marmorekschen Antituberculoseserums 347.
—, Ueber die Behandlung tuberculöser Erkrankungsformen mit — Serum 347.
Massage im Moorbade (12).
Massendesinfection nach japanischer Methode, Ueber schnelle (28).
Mastoiditis nach traumatischer Trommelfellperforation, Ein Fall von beiderseitiger eitriger 190.
Maturitas praecox (10).
Mediastino-Perikarditis, Ein Fall von schwieliger (35).
Mediastinitis posterior, Ein Fall von — — nach Steckenbleiben eines Fremdkörpers im Oesophagus (27).
Mediastinum, Atlas der Anatomie des — im Röntgenbilde 494.
Medicin, Jahrb. d. pract. 30, 624.
—, Ergebn. d. inner. 42.
—, Encyclopädie d. pract. 80.
—, Wesen u. Wertschätzung der 524.
—, Geschichte der 662.
Medicinische Terminologie 95.
—, Logik 335.
Mendelejew, Das Gehirn des Chemikers D. J. 696.
Meningocele sacralis (50).
Menschliche Körper, Der — — in Sage, Brauch u. Sprichwort 229.
Menses, vicarierende (9).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mercurielles, Le passiv des injections 140.
Mergal, Syphilisbehandlung mit 382.
Mershejewski, J. P. Gedächtnisrede auf (14).
Mesenterialcyste, Maligne Degeneration einer 18
Methodik, Handbuch der physiologischen 17.
Militärdienst, Ueb. Tauglichk. zum (6).
Militärsanitätswesens, Ueber die gegenwärtige Lage unseres 118*.
Milzchirurgie, Zur (2), (59).
Mineralwässer, Die Radioactivität der käuflichen kaukasischen (14).
—, Ueber den Einfluss der — auf den Verdauungstractus. (24).
Missbildungen der Finger, Ueber anangeborene (45).
—, Zur Casuistik der (45).
Missed labour, Zur Casuistik u. operativen Behandlung des (56).
Missgeburten, Drei (10).
Mitteilungen aus d. Gesellsch. pract. Aerzte zu Riga, s. Protocolle.
—, aus der Augenklinik des Carolinischen Medico-Chirurgischen Instituts zu Stockholm 141, 543.
Mittelohrentzündung, Die Behandlung der acuten exsudativen — mit dem farradischen Strom (47).
Mittelohrerkrankungen (5), (6).
Mittelohrkatarrhe, Behandlung der trockenen — mit Fibrolysin (38).
Molluscum, Zur Pathologie des — contagiosum (32).
Momburg in der Geburtshilfe, Ueber die Anwendung der Blutleere der unteren Körperhälfte nach 272.
Momburgschen Schlauches, Zur Anwendung des — — bei atonischen Blutungen nach der Geburt 601*.
Moorbad, Ueber Massage im (12).
Morbus Addisonii (4).
— Basedowii und seine operative Behandlung. Ueber 149*.
— Basedowii, Hämatomyelie u. (7) (s. a. Basedowsche Krankheit).
— maculosus Werlhofii (13).
Morphium, gastr. Krisen d. Tabetiker hervorgerufen durch (7).
Morphologie der Neurofibrillen (8).
Mortalität d. Rekruten (6).
Moussierende Frucht- u. Beerenwässer u. Limonaden (14).
Mucocele ethmoidalis, Ein Fall von (30).
Muskelatrophie, Zur Frage über die Pathogenese der centralen (42).
—, Beitrag z. neuralen progressiven 504.
Muskelcontracturen, neue Gelenkbild. bei (6).
Muskelplastik bei mangelhafter Bauchpresse (43).
Mutterkornvergiftung, Eine Epidemie von (10).
Myasthenia gravis pseudoparalytica (61).
Mycosis, Ein Fall von — fungoides (32).
Myeloische Metaplasie und foetale Blutbildung 696.
Myelom der Knochen mit Kalkmetastasen in d. Lungen u. anderen Organen, Diffuses (36).
Myom der Haut mit Uebergang desselben zum Sarcom (31).
Myomectomie bei Schwangeren, Ueber d. conservative (45).
Myoms, Stieldrehung des — mit Torsion des Uterus (29).
Myopiefrage, Zur — u. über d. Brillencorrection der Kurzsichtigen 553*, (63).
Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit) (41).
Myxoedem 32.
—, Noch 2 Fälle von — im Kindesalter (40).

N.

Nachbehandlung n. Operationen, Lehrbuch d. 42.
Nachruf, gewidmet Dr. A. W. Natanson (62).
Naevus, Zur Casuistik des — zoniformis (32).
Nahrung des Soldaten, Zur Frage der Zusammensetzung der (24).
Nase, Zur Behandlung der acuten u. subacuten Entzündungen der Nebenhöhlen der (11).
—, Pathologie u. Therapie der entzündl. Erkrankungen der Nebenhöhlen der 505.
Nasenblutungen u. ihre Behandlung (38).
Nasenhöhle, Ein überzähliger Zahn in der (38).
Nasen-, Ohren- u. Halskrankheiten (11).
Nasenrachenraumes, Plastische Operationen bei Verwachsungen des (38).
—, Methode einer plast. Operation bei Verwachsungen des (16).
Nasenseptumtumor (47).
Nasensyphilis, Zur Casuistik der (11).
Natron salicylsauren, Die therapeutische Wirkung des — — auf d. Gelenkrheumatismus (13).
Natrum perboricum bei chronischen Ohreiterungen (11).
Naturheilkunst, Ueber 288.
Nebenhöhlen der Nase, Zur Behandlung der acuten u. subacuten Entzündungen der (11).
Nebenniere, Angeborenes Sarcom der (12).
Nebennieren, Ueber die phagocytäre Function der (12).
Nebennierentumoren, Die — im Lichte der Blastocytentheorie (63).
Nekrolog gewidmet Prof. A. Krjukow (18).
—, — Dr. C. Koch 486.
Nekrolog, — Dr. med. A. Metzler 575.
—, — Dr. Carl Theodor, Herzog in Bayern 631.
—, —Professor Peter Lesshaft 669.
Nervenärzte u. Psychiater, Taschenbuch für 505.
Nervenkrankheiten, Bez. zw. psych. u. Nervenkrankheiten (7).
Nervenplastik, Zur Frage über die — bei Lähmung des Gesichtsnerven (35).
Nervensystem, pathol. anat. Veränder. im (8).
— u. Syphilis 112.
Nervöse Störungen der oberen Extremität bei Arteriosclerose 53.
Netzes, Operationsresultate der Annähung des grossen (36).
Netzhaut, Veränderungen in der — bei infectiösen Processen (57).
—, Gliom der (52).
Neubildungen, Zur Frage über die primären bösartigen — des grossen Netzes (Primäres Sarcom des Netzes) (39).
Neugeborener, Ueber das Baden (22).
Neuralgie, Gesichts — (5).
—, d. N. ischiad. (5).
—, Zur Frage üb. d. Behandlung d. — des N. trigeminus (36).
Neurexairese bei Trigeminusneuralgie 66.
Neuritis des linken Plantarnerven nach Cholera (57).
Neurofibrillen, Entwickelung der (7).
—, Z. Morphologie der (8).
Neurosenlehre, Sammlung kleiner Schriften zur 348.
Niere, Mischgeschwülste d. (49).
—, Fall einer solitären Cyste d. l. (49).
Nieren, Ueber die Vereiterung der (57).
Nierenanomalien, Zur Frage über d. klin. Diagnose der (36).
—, Zur Frage der angeborenen (50).
Nierenbecken Papilläre Neubildungen d. — u. d. Ureters (50).
Nierendecapsulation bei Eklampsie. Die 190.
Nierendystopie, Ein Fall von beiderseitiger 537*.
Nierenfilters, Ueber die Dichtigkeit des 645.
Nierensteine, Frage der Häufigkeit der (51).
Nierentumoren, Differentialdiagnose der 276.
Nielblau-Fettfärbung 105*.
Nikolai-Kinderhospitals, Zum 75 jährigen Bestehen des 686.
Nitrobenzolvergiftung 124.
Novozon-Therapie, Bemerkungen zur 91*.

O.

Oberschenkelfracturen, Verband bei (16).
Obesitas praecox (5).

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Obstipation, Die atonische u. spastische 123.
Oesophagoskopie, Die klinische Bedeutung der — u. Bronchoskopie (47).
oesophagealen Cardiagramms, Ueber die Bedeutung des — — für d. Diagnose der Adams-Stokeschen Krankheit nebst Bemerkungen über Bradykardie (13).
Ohr (6).
—, Einfluss des Alcohols auf d. innere — d. Tiere (38).
Ohreiterungen, Natrum perboricum bei chronischen (11).
Ohrenheilkunde, Lehrbuch der 444.
Ohrenobturator, ein neuer (8).
Ohres, Die Abhängigkeit intracranieller Complicationen von Erkrankungen des — u. Massregeln gegen ihre Entstehung (47).
—, Epidermoidale Ansammlungen in d. Höhlen des äusseren u. mittleren (47).
—, Ueber Schussverletzungen des (11).
Ohrgeräusche, Sublimat gegen (11).
Ohrkatarrhen, Schlammbehandlung bei chronischen — u. Otosclerose (46).
Oligodaktylie, Ein Fall von angeborener symmetrischer — aller 4 Gliedmassen (40).
Operation — der Nasenscheidewandverbiegungen nach O. Freer (38).
Operationen, Dringliche 596.
—, Nachbehandlung nach 42.
Operationslehre, Atlas und Grundriss der chirurgischen 348.
Operativer u. taktischer Sanitätsdienst eines Corps 382.
Ophthalmic Surgery 113.
Ophthalmie, Behandl. d. scrophul. — u. d. Trachoms 27*.
Ophthalmologie, Neue Bahnen in der (18).
Ophthalmologische Beobachtungen in unserer Armee im Jahre 1906 (18).
— Beobachtungen (18).
Ophthalmologischen Gesellschaft, Bericht der Moskauer (52).
Ophthalmologisches Generalregister der Arbeiten im Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 544.
Ophthalmoreaction, — v. Calmette (5).
—, Zur Frage der — des Tuberculins (12).
— v. Calmette, Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der (16).
— v. Calmette, Ueber die Möglichkeit schwerer Complicationen (18).
Opiumvergiftung, Ueber die Behandlung der acuten (46).
Opsonine, Zur Frage der Bildung der — u. Antihämolysine aus Leukocyten (11).
Opticusatrophie, Thiosinamin bei (51).
Organologie des Auges 156.
Orthopädische Apparate (2).
Orthopädischer Corsette, Ueber schädliche Nebenwirkung der Kopfhalter (36).
Osmotischen Vorgänge, Die — — im lebenden Gewebe als Schutzmittel gegen Infection 35*.
Osteomalacie (9).
Osteoms, Ein Fall eines multiplen — der oberen und unteren Extremitäten 680*.
Otitis media u. Entzündung des Kniegelenks 101.
Otitischer Abscess oder Encephalitis 13*.
otogene Pyämie u. Septicopyämie u. ihre Behandlung (47).
Oto-laryngologische Congress, Der erste russische — zu St. Petersburg 43.
Ovarialneubildungen, Seltene (29).
Ovarien, Die innere Secretion der—und die Beziehung derselben zu anderen Organen 649*.
— Atrophie der — Durch X-strahlen auf experimentellem Wege hervorgerufene (16).
Ovariotomie, Zur Casuistik der (9).
Oxalurie und Phosphaturie, Ueber 153*.

P.

Pagetscher Knochenkrankheit, Ein Fall von 230.
Pancreas, Veränd. d. Zellen des (4).
Pancreaserkrankungen 95, 98, 101.
Pancreasfunctionsprüfung 229.
Pancreasnecrose 67.
Pancreassaftes, Die festen Bestandteile des — u. d. Theorie der Absonderung desselben 260.
Pancreatitis, Ueber acute 115.
Paraffinprothesen im Allgemeinen u. Correction v. Sattelnasen im Speciellen (11).
Paraffins, Die Rolle des — bei Selbstverstümmelungen (20).
Paralyse, Beziehung der ascendierenden — zur ac. Poliomyelitis (61).
Paramyoclonus, Ueber — duplex. (8).
Paranephritische Abscesse 9*.
Paranoia (33).
Paratyphus A, Zur Casuistik des 357*.
Parkinsonsche Krankheit (8).
Patellarfracturen 100.
Pathologie, Handbuch d. allgem. 16.
— u. Therapie der Perityphlitis 94.
pathologisch-histologischen, Die — — Untersuchungsmethoden 609.
pathologischem Schlaf, Ein Fall von (58).
Pectus carinatum (38).
Pemphigus vulgaris (32).
— — u. parenchymat. Nephritis (61).
Pepsin im Magensaft, Ueber die titrimetrische Methode von Jacoby-Solms zur Bestimmung von (33).
Pepton, Die diagnostische Bedeutung der Probe auf (13).
Percussion, stumme 122.
Perioesophagitis, Ein Fall von — durch e. Fremdkörper (64).
Periostitis, Zur Casuistik der frühen — bei Ileo-Typhus 227*.
Periplozins, Digalens, Ueber die Wirkung des — — und Strophantus auf das isolierte Herz von Warmblütern (41).
Peritonitiden, Ueber appendiculäre abgesackte (46).
Peritonitis, Ascendierende gonorrhoische (61).
Perityphlitis, Pathologie u. Therapie der 94.
Pest, inficierte Wanzen, Weitere Beobachtungen über mit (23).
—, ihre Bekämpfung in Russland. Die Bedingungen der Verbreitung der (23).
Pfannenstielschen Schnitt, Ueber den (30).
Pflege u. Ernährung der jungen Mutter 543.
Pflüger als Naturforscher 544.
phagocytäre Function, Ueber die — der Nebennieren (12).
Pharmakotherapie, Lehrb. d. (41).
Phimosenoperationen bei schmerzhaften Processen, Zur Technik der (19).
Phlebosclerose, Ueber (27).
Phosphaturie, Ueber Oxalurie und — 153*.
Photographischer Aufnahmen, Die Projection 54.
Phthisiker, Wie sollen — untergebracht werden? (64).
Physikalische Chemie und Medicin 261.
Physikalische Therapie d. Hautkrankheiten 31.
Physiologischen Methodik, Handbuch der 17.
Pirquet, Die Bedeutung der Reaction von (22). (s. auch Tuberculinimpfung).
Placenta praevia, Ueber die Behandlung der 23*.
— —, Zur Behandlung der 175 (55).
Pleura, Ueber seröse Expectoration bei Punction der 146*.
Pleuritis, (5).
—, Zur Autoserotherapie der exsudativen 461.
—, Doppelseitige eitrige (49).
Pneumococcen, Kampher u. 662.
Pneumonie, Ueber Recidive bei cruposer 65.
Pneumonien, Zur Frage über postoperative (15).
Pocken, Trockener Gyps bei der Behandlung von (28).
Pockenimpfung (5).
Pockenvaccination in d. Armee, über d. besten Modus der (46).
Polioencephalitis hämorrhagica acuta (63).
Poliomyelitis nuclei u. facialis sinistri, Ein Fall von 273.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica (15).
Palyarthritis, Ueber erysipelatöse — u. deren Beziehung zur rheumatischen (58).
Polyneuritis, Ueber Atoxyl-— und Atoxyl-Amblyopie 223*.
Polypen als Prothesen (47).
Polyposis intestini 19.
Polyurie, experimentelle (4).
Portio, Carcinom der — u. der Cervix 99.
postoperative Pneumonien, Zur Frage über (15).
Practischen Medicin, Jahrbuch der 30, 624.
Praxis, Bestimmungen üb. d. Zulassung z. ärztl. — im Auslande 54.
progressive Paralyse, Zur Lehre über die jugendliche (42).
progressiver—, Lecithin bei — — und Tabes (42).
Projection photographischer Aufnahmen 54.
Prolaps, Beitrag zur Frage über d. Ursache u. d. operat. Behandlung des — der weibl. Geschlechtsorgane (10).
Prostata, Die Reflexneurosen der 419.
Prostatahypertrophie, Oper. Behandl. der (2).
—, Die Indicationen zur oper. Behandlung der 285*.
Prostatitis, Zur Behandlung der chronischen, abscedierenden 76*.
Prothesen, Paraffin — im Allgemeinen u. bei Correction v. Sattelnasen im Speciellen (11).
Protocoll der X. Jahresgeneralversammlung der livl. Abteilung d. St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe 626.
Protocolle d. I. Baltischen Aerztecongresses in Dorpat 665, 684.
— d. Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg 65, 202, 278, 372, 586, 684.
— der Dorpater Medicinischen Gesell. 192, 203, 364, 373, 525, 663.
— des V. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft zu Reval 290, 302, 321.
— des XX. Aerztetages der Gesellschaft livländ. Aerzte 67, 80, 95.
— d. Gesellsch. pract. Aerzte zu Libau 101, 337, 349.
— d. Gesellsch. pract. Aerzte zu Reval 113, 124, 175, 383, 404, 419, 431, 625, 646.
— d. Gesellsch, pract. Aerzte zu Riga 17, 31, 42, 275, 289, 433, 444, 459, 571, 578, 596, 609, 699.
— des Vereins St. Petersburger Aerzte 55, 56, 142, 230, 247, 261, 273, 550, 697.
— des ersten allrussischen Congresses der Fabrik-Aerzte in Moskau 291, 307, 352.
— der Kiewschen Ophthalmologischen Gesellschaft (26).
Protocolle des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg 220, 279, 336, 363.
Pseudarthrosen, Ueber die Klopfung als eine Methode der Beschleunigung der Verheilung der Brüche und als Hilfsmittel bei der Behandlung der (15).
Pseudoappendicitis (4).
Pseudomastoiditis, Zur Casuistik der (15).
Pseudomyxoms, Fall eines — des Peritoneum (50).
Pseudosclerose, Ueber (17).
Pseudotuberculose des Bauchfelles (60).
Psychiatrie, Mershejewski u. d. russische (8).
—, Einführung in die 272.
—, Forensische 192.
—, Ueber den Krankheitsbegriff in der 693.
psychischer Zustände, Zur Frage über den Einfluss — — auf die Farbenänderung der Haare und der Haut und über die Heilung des „biblischen Aussatzes“ (25).
Psychosen, Zur Casuistik der —, welche zu politischen Ereignissen Beziehung haben (42).
— neurasthenische (7).
—, Einige Daten über die Morbidität der Hebräer und Polen an (21).
—, günstige Wirkung intercurr. Infectionskrankheiten auf d. Verlauf von (61).
— bei Zwillingen (17).
Psychotherapie höherer Ordnung. Die (21).
Psychrophor, Ein neuer (10).
Pubeotomie, Geburten nach — (56).
—, Ein Fall von (10).
—, Zur Frage der (10).
Puerperalfiebers, Ueber Serumbehandlung des 604*.
Pyämie otitischen Ursprungs (88).
— und Septicopyämie, otogene (47).
Pylorusstenose 102.
—, Ueber die sogenannte — der Säuglinge 155.
Pyocyanasebehandlung der Diphtherie 141.
Pyonephrose, Ueber geschlossene tuberculöse (54).
Pyopneumothorax subphrenicus bei Febr. recurrens (13).

Q.

Quecksilberausscheidung durch den Harn (6).

R.

Rabdomyom des Herzens mit gleichzeitiger angeborener Herdsclerose des Hirns. Ein multiples (23).
Rachen- und Larynxsyphilis 155.
— u. auf der Bindehaut. Statistische Beiträge über gleichzeitige folliculäre Erkrankungen im (26).
Radioactivität der käuflichen Kaukasischen Mineralwässer (14).
Radiographie intracranieller Processe in der inneren Medicin 595.
Radium, Ein Besteck zur Behandlung von Höhlen mit (51).
Raphania (10).
Raynaudsche Krankheit (5), (62).
Reaction des Blutes, Ueber die — nach der Methode der Indicatoren bei pathologischen Zuständen (40).
Rechtshändigkeit des Menschen, Ueber die 505.
Rectalnarcose (1), 122.
Recurrens, Atoxyl bei (4).
Recurrensepidemie in Charkow (64).
Recurrenskranken, Beobachtungen üb. Leukocytose im Blute bei (23).
Recurrensmilz (99).
—, Reinfection der (13).
—, Ueber Complicationen bei Typhus (13).
Rede an Prof. Magnan zum Tage seines 50 - jährigen Jubiläums (42).
Reflexe bei Kindern, Ueber bedingte (28).
Regio ileo coecalis, Zur Untersuchung der (54).
Registration, Ueber die gleichzeitige — verschiedener Teile des Herzens u. d. Blutdruckes (14).
Reinfection, Ueber — der Febris recurrens (13).
Reposition incarcerierter Hernien, Zur Frage der (16).
reproductive u. associerende Reaction in den Bewegungen, Ueber (17).
Resection des Canalis nasolacrimalis in d. Therapie der Augenerkrankungen (11).
Respirationsorgane, Erkrankungen d. 288.
Revolververletzungen, operative Behandlung von — des Darmes (59).
Rhachitis, Zur Frage der sogenannten foetalen 251*.
—, Die Häufigkeit der — der Kinder in Irkutsk und die Massnahmen zum Kampf wider dieselbe als Factor der Kindersterblichkeit (28).
—, Behandlung d. — mit Leberthran, Phosphor und Kalk (54).
—, Der Kalk und Phosphorumsatz bei (54).
Rheumatismus, Die therapeutische Wirkung des salicylsauren Natrons auf den Gelenk— (13).
Rhinolithen, Zur Casuistik der (5).
—, Casuistisches über — dentalen Ursprungs (30).
Rindencentren der Pupillenbewegungen. Untersuchungen über die Topographie der 200.
Rodanverbindungen, Reaction auf (6).
Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten 191.

Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Röntgendiagnostik, Atlas und Grundriss der — in der inneren Medicin 494.
— des uropoetischen Systems 523.
—, Zur internen 539*.
Röntgenogramm, Ueber plastisches (13).
Röntgenogramme u. über Schnellaufnahmen. Ueber scharfe 229.
Röntgenphotographie 192.
Röntgenoskopie des Herzens (54).
Röntgenstrahlen, Ueber die Behandlung venerischer Ulcerationen mit 201.
—, — Ueber die Wirkung der auf Krebsbildungen. (19).
—, Zur Frage des Einflusses der — auf d. sexuelle Sphäre (37).
—, Ueber Schädigungen der Haut durch 523.
—, Methode, hohe Dosen — in d. Tiefe d. Gewebe zur therapeutischen Wirksamkeit zu bringen. 531.
—, Die therapeutische Verwendbarkeit der — 531.
Röntgentherapie, Compendium der 229.
Röntgentherapie des praktischen Arztes. 623.
Röntgenuntersuchung, Die Bedeutung der — für d. Diagnase umschrieb. Eiterungen der Lunge. 523.
—. Die — der Brustorgane u. ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. 362.
Röteln, Einige Beobachtungen über (64).
roten Blutkörperchen, Die phagocytäre Tätigkeit d. — — u. d. Blutplättchen. 595.
roter—Zur Frage über die Regeneration — — bei experimentellen Anämien. 361.
Rctzerkrankung, Ein Fall von primärer — des rechten Auges. (26).
Rückfallfiebers, Ein Fall sog. chron. — Ebsteins. (34).
—. Ueber die Verbreitung des (41).
—, Behandlung des — mit Arsacetin. (57).
Ruhr, Die Behandlung der (41).
Russoschen Reaction, Zur Frage des diagnostischen Wertes der (27).

S.

Sachverständigen-Tätigkeit, Handbuch der ärztlichen 608.
Salicylsauren Natrons, Die therapeutische Wirkung des — — auf d. Gelenkrheumatismus (13).
Sanitätswesens, a. d. Geb. d. Militär— 30, (6).
Sarcom, Angeborenes — der Nebenniere bei einem Kinde (12).
Sarcom, Ueber primäres — der Regenbogenhaut (26).
Sarcoms, Zur Histiogenese des idiopatischen, multiplen u. hämorrhagischen (28).
Sattelnasen, Paraffinprothesen zur Correction von (11).
Saturnismus, Zur Frage des allgemeinen chronischen (41).
Sauerstoffs, Ueber d. Einfluss des — auf d. Cultur des Staphylococcus aureus u. über d. Sauerstofftherapie der eitrigen Keratitis bei Kaninchen (35).
Säuglinge, Die Ernährung der 509*.
—, Sterblichkeit d. — in ihrem territorialen Verhalten in Würtemberg, Bayern u. Oesterreich 585.
Säuglingsfürsorge, Ergebnisse der 493.
Säuglings-Sterblichkeit, Die Ursachen u. die Vermutung der hohen 301.
Säure, üb. schweflige — in getr. Früchten (4).
Scabies, Albuminurie bei (32).
Scarlet red, Effect of — upon the epitheliasation 662.
Schädeldefectplastik 101.
Schädels, Ueber d. Behandlung complicierter Schädelbrüche des (37).
Schädelverletzung u. Epilepsie 101.
Schanker, Harter — des oberen Augenlides (31).
—, Ein Fall von hartem — am Praeputium eines einjährigen Kindes (32).
—, — am Bauch (61).
Scharlach, Ueber Schutzimpfung bei (40).
—, Streptococcenvaccine Gabritschewskis zur Immunisierung gegen (23).
—, Schutzimpfung gegen (5).
—, Die Schutzimpfungen gegen (22).
—, Zur Frage des 298*.
—, Zur Frage über die präservativen Injectionen bei (28).
—, Ueber d. Rolle d. Streptococcen in d Aetiologie des — u. d. Wirkung d. Antischarlachserums (34).
Scharlachbehandlung mit bes. Berücksichtigung der Serumtherapie 283.
Scharlach-Epidemie im Rjasanschen Gouvernement. Ueber Versuche mit Streptococcenserum während einer (24).
Scharlachimpfung, Ueber d. Krankheitsbild bei (35).
—, Ueber präventive (40).
Scharlachimpfungen, Ueber einige Bedenken gegen die präventiven (40).
—, Immunisierende — u. ihre factische Bedeutung (22).
Scharlachparasiten, Ein Beitrag zur Frage der (63).
Scharlachvaccine G. Gabritschewskis im Herbst 1907. Schutzimpfungen mit der (23).
—, Beobachtungen über die — von Prof. Gabritschewski u. ihre Bedeutung im Kampf gegen die Scharlachepidemien (40).
—, Ein Beitrag zur Anwendung der — von Gabritschewski in der Landpraxis (40).
Scheide, Hämatom der — u. d. äusseren Geschlechtsteile (9).
—, Anwendung der Drahtnaht bei Operationen an d. Scheide (9).
Schilddrüse, Entzündung der (6), (47).
—, Die Erkrankungen der —, Myxödem u. Kretinismus 524.
Schilddrüsenlosen Hunde, Ueber das Verhalten der — — zur hohen u. niedrigen Temperatur des umgebenden Mediums u. zur Erhöhung der Eigenwärme des Körpers (28).
Schilddrüsentoxines, Wirkung des — auf d. Auge (18).
Schlacht bei Kudjasä, Die (46).
Schlingact Ueber die Localisation des Centrums für den (18).
Schmerzanfälle, Ueber abdominale 55.
Schönheitspflege, Die 431.
Schulterarterie, Ueber die Entwicklung der (58).
Schultergeflechtes, Fünf Fälle von Lähmung des (42).
Schultergelenk, Operative Behandlung der habituellen Luxation im (19).
Schussverletzung, d. Art. u. Ven. crural. (2).
—, ein Fall v. Septicaemie nach (3).
Schussverletzungen — des Ohres (11).
—, der Augen. Zur Casuistik der (18).
—, Zur Casuistik der (20).
—, des Schädels mit zweifacher Localisation (22).
Schutzmittel, Osmot. Vorgänge im leb. Geweb. als — gegen Infection 35*.
Schwachsinns in den ersten Schuljahren. Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des 273.
—, Die Erkennung des — im Kindesalter 543.
Schwangeren Innere Krankheiten der — und die Indicationen zur Einleitung des Aborts 175.
Schwangerschaft, Darmocclusion und (9).
—, Einfluss der — und Geburt auf d. Tuberculose (9).
—, Ueber den Zusammenhang zwischen der Cholämie u. verschiedenen pathologischen Zuständen während der (16).
—, Zur Frage über den Einfluss der —, der Geburt u. des Wochenbetts auf die Unempfänglichkeit d. mütterlichen Organismus für Infection (30).
—, Ueber künstliche Unterbrechung der 560.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwangerschaft, Extra- oder intrauterine (44).
—, Herzfehler u. (55).
— u. Tuberculose u. ihre gegenseitigen Beziehungen (56).
Schwerhörigkeit, Die chronische, progressive 506.
—, Combinierte Vibration u. d. Metallmuschel in d. Therapie der — u. der Ohrgeräusche (46).
—, Fibrolysinbehandlung der (47).
Schwindel (46).
Schwindsucht, Erblichkeit bei der (54).
Schwindsuchtsfrage, Die Vererbung in der 167*.
Sclerodermie, Zur Frage über die verschiedenen Formen der (42).
Sclerom, Einige mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von (47).
Sclerose, Zur Casuistik der multiplen 243*.
—, Diagnose primärer — an den Tonsillen (32).
Sclerosis multiplex, Demonstration eines Falles von 289.
Scopolamin-Morphin-Inhalationsnarcose, Erfahrungen mit der 246.
Scorbuts, Zur Aetiologie des (32).
Scrophulöse Ophthalmie u. Trachom bei gleichzeitiger Erkrankung der ob. Luftwege 27*.
Sectio alta, Entfernbare Nähte bei der (51).
Sectio caesarea (s. a. Kaiserschnitt) cervicalis (29).
See, An die 585.
Seebäder, Die Indicationen u. Contraindicationen der 519*.
Sehnenplastik 32.
Sehproben, nach Snellens Princip 321.
Sehschärfe in die Ferne Beziehungen zwischen der — und der Refraction des Auges (18).
Selbstmordversuch nach Infection mit Syphilis (61).
Selbstverstümmelung, Noch eine Art von (21).
Semiotik, Klinische — mit besonderer Berücksichtigung der gefahrdrohenden Symptome u. deren Behandlung 220.
Seröse Expectoration bei Punction der Pleura 146*.
Serpylli, Herba — bei Erkrankung d. Atmungsorgane d. Kinder (35).
Serratuslähmung nach Typhus, Ein Fall von doppelseitiger combinierter 207*.
Serumanwendung bei Blutungen 126.
Serumfieber, Diazoreaction bei (5).
Serumtherapie, Ueber Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der 283*.
Sibirische Bäder 51*.
Sigmoiditis et Perisigmoiditis 16.
Simulation u. Selbstverstümmelungen (46).
Singultus u. seine Behandlung (13).
Sinus pericranii Stromeyer, Ein Fall von (36).
Sklerom, Ein Fall von allgem. — mit mutilierender Sklerodactylie (61).
Soldatenbrotes, Ueber d. Verbesserung des (46).
Spaltdaumen, Ein Fall von 569*.
Spasmus pylori permanens gravis Zur Frage über den (34).
Spätcontracturen der Hemiplegiker, Zur Behandlung der 174.
Speiseröhre, Beitrag zur Kenntnis von Divertikeln in der 595.
Speiseröhreerweiterungen, Bestimmung von 94.
Spina bifida, Ein Fall von erfolgreicher Osteoplastik bei congenitaler (50).
Spiritus, Herstellung von festem — (3).
Spirochaeta pallida, Zur Morphologie der (61).
Spirochäte, Untersuchung der weissen — im lebenden Zustande (31).
Splitterfractur, Ein Fall v. complicierter (2).
Spondylosis, Fall von rheumatischer (57).
Sporothrichose (3).
Sporotrichosis als eigentümliche Form einer Hautmykose (30).
Sputum Tuberculöser, Einfache Methode der Bestimmung der Zahl der Bacillen im (54).
Staphylom, Seltene Form von subacutem Glaucom mit intracalärem (51).
Star, Begutachtung eines Falles von angeblich künstlich hervorgerufenem (52).
Staroperation, Zur Statistik der — mit u. ohne Iridektomie (63).
Stauungsbehandlung nach Bier bei acut eitrigen Entzündungen (60).
Stauungshyperämie, Die — nach Bier in der Ohrenheilkunde 480.
Sterblichkeit, — im Kiewschen Militärhosp. (6).
Sterilisation chirurgischer Instrumente in der Flamme, Ueber die (16).
Stirnbeins, Fall v. Fractur des (3).
Stirnhirns, Entwickl. d. Windungen des (8).
Stirnhöhle, Beitrag zur Statistik der malignen Neubildungen der (52).
Stirnhöhlen, Zur Casuistik der Entzündung der (35).
Stirnlagen (55).
Stoffwechselstörungen, Ueber die Behandlung einiger wichtiger (Hungerzustand, Mastcuren, Entfettungscuren, Gicht) 467.
Stoffwechselversuche über den Eiweissbedarf des Kindes 335.
Streptococcie, Ein Fall von allgemeiner (20).
Stricturen, Hydraul. Appar. z. Heilung von (3).
— der Harnröhre, Die radicale Behandlung der — durch Exstirpation der verengten Stelle (43).
Styptol, Ueber einige Beobachtungen mit 143.
Styptol, Ueber eine besondere Wirkung des — (auf Pollutionen) 532.
—, Ueber eine besondere Wirkung des 561.
Sublimat gegen Ohrgeräusche bei chronischen nicht eitrigen Processen im Mittelohr (11).
Sublimatlösung, Zwei Fälle von partieller Hautgangrän und Blutung in das Rückenmark u. seine Häute nach Subcutaninjectionen von (21).
Symphyse, Ruptur der — sub partu (29).
Symptomatologie, Grundriss der allgemeinen 54.
Syphilis, Serodiagnostik der (3).
— Atoxyl bei (3), (37).
— u. Nervensystem 112.
—, Ein Fall v. wahrscheinlicher — der dritten Generation (10).
— d'emblée u. d. Berufssyphilis d. Aerzte 403.
—, Ueber d. Infectionsmodus bei d. constitutionellen 419.
—, Ueber die Anwendung von Atoxyl bei — u. Lichen ruber planus (11).
—, Theorie u. Technik der Wassermannschen Reaction u. ihre Bedeutung f. d. Diagnose der (11).
— der Nase, Zur Casuistik der (11).
—, des Rachens und Larynx 155.
—, Die Bekämpfung der 195*.
—, in den Tropen, deren Verlauf und Behandlung. Die 246.
—, Zur Serodiagnostik der 272.
—, bei Eheleuten und in Familien (31).
—, Ueber Serumdiagnose der (31).
—, Vereinfachung der Technik bei der Serogiagnose der (32).
—, hereditäre in frühem Säuglingsalter (37).
—, des Rachens u. Kehlkopfs (38).
—, Serodiagnostik (64).
Syphilisbehandlung, Ueber die Anwendung des Mercuriolöls zur 486*.
— mit Mergal 260, 382.
Syphilis, Zur Behandlung der — mit grossen Quecksilberdosen (37).
—, Ueber frühzeitige Abortivbehandlung bei (37).
Syphilisdiagnose 107*.
— u. Wassermannsche Reaction (32).
Syphilisinfection, Ein Fall v. extragenitaler (32).
Syphilisstellen, Verdeckte 403.
Syphilitica, Ein Fall von Reinfectio (30).
Syphilitiker, Zur Frage über den Einfluss der specifischen Behandlung auf die Anwesenheit sog. Antikörper im Serum des Blutes der (31).
syphilitischen Erkrankungen des Central-Nervensystems. Die Bedeutung der Cytodiagnostik bei 121*.
syphilitischen Sclerose, Auftreten einer (61).
Syringobulbie, Erkrankungen des Kehlkopfs bei (11).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

T.

Tabak, Einfl. d. —rauches a. Tiere (4).
Tabaksrauch, Vergift. mit (8).
Tabaksrauches, Experimentelle Untersuchungen über d. physiol. Wirkung des 53.
Tabes dorsalis postsyphilitica. Ein Fall von Heilung der (14).
— —, Die Hydrotherapie der 129*.
— — im Geschlechtsleben der Frau 174.
— —, Balkenblase, als Frühsymptom bei 201.
Tabetiker, gastr. Krisen d. (7).
Tabletten, Über die Qualität der medicamentösen—, hergestellt von der Apotheke der Fabrik militär-medicinischer Präparate (20).
—, Untersuchung medicamentöser (20).
Talusexstirpation, Veränderungen des Fusses nach einer (60).
Taschenbuch für Ohren-, Nasen- und Halsärzte 480.
— für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankheiten 493.
— für Chirurgen u. Orthopäden 493.
Taschenbuch d. Therapie 31.
Temperement? Was ist (14).
Teratom, Fall von (50).
— der Krezbeingegend beim Kind als Geburtshindernis (55).
Terminologie, Medicinische 95.
Testis, Verwundung des — intra coitum (32).
Tetanie, Ein Fall von 275.
Tetanus traumaticus, Zur Casuistik des (36).
Thalamus, Tumoren des (8).
Therapie, Grundzüge der 645.
—, Handbuch der gesamten — in 7 Bänden 336, 492.
—, Taschenb. d. 31.
—, physikal. — d. Hautkrankh. 31.
—, diätetisch-physikalische — in d. tägl. Praxis 54.
Therapeutisches Jahrbuch 646.
Thoraxdeformitäten pleuralen Ursprungs (60).
Thorakopagus 100.
—, Ein Fall von (45).
Thrombose, Ueber einen Fall von — der Mesenterialvenen und der Vena portae mit folgender Abscessbildung in der Leber nach appendicitis perforativa 219.
Thyreotoxica, Polyarthritis chronica progressiva (15).
Tiere, Die giftigen 683.
Toxine Ueber den Einfluss der — auf die Bindehaut der Augen (18).
Trachea, Ein Fremdkörper in der (11).
—, Entfernung eines Fremdkörpers aus der — mit Hilfe der Tracheoskopie von Kilian (20).
Tracheo-Bronchoskopie (3).
Tracheotomierten, Zur Frage über d. Geburtsverlauf bei (37).
Trachom, Behandl. d. scroph. Ophthalmie u. des 27*.
—, Ueber Zellparasiten und Zellveränderungen bei 267*.
—, Ueber Zellparasiten bei 346*.
Trachoms, Zur Behandlung des — u. seiner Complicationen mit acid. jodicum (46).
—, Ueber d. Behandlung des — nach d. Methode von Schiele (46).
Transperitonealer u. extraperitonealer Kaiserschnitt 110*.
Trans- u. Exsudaten, Ueber die Unterscheidung von (12).
Trichinen-Epidemie in Charkow im Jahre 1907, Beschreibung einer (24).
Trigeminusneuralgie, Neurexairese bei 66.
Tripper, Zweiwöchentliche Incubationszeit bei acutem (32).
—, Ursachen der langen Incubation bei (61).
Trommelfellperforationen, Zur Behandlung der (11).
Tropenhygiene 79.
Tuberculin, z. diagn. Bedeut. d. Reaction mit (5).
— Denis (9).
—, Zur Frage der Ophthalmoreaction des Tuberculins (12).
—, Koch in der Kinderpraxis (34).
— von Beranek (35).
Tuberculine, Réaction diagnostique de la — sur la muqueuse nasale 174.
Tuberculinum purum, Ueber die Wirkung des — — auf den Allgemeinzustand Tuberculöser (12).
— — u. seine Wirkung auf d. Lungenschwindsucht (33).
Tuberculinanwendung behufs activer Immunisierung 65.
Tuberculinimpfung, Ueber die v. Pirquet'sche — u. d. Ophthalmoreaction bei lupösen Erkrankungen 443.
Tuberculinreaction bei Kindern (12).
Tuberculinreactionen, Ueber die localen 613*.
Tuberculinsalbe, Ueber die Behandlung des Lupus mittelst 191.
Tuberculo-immunes Blut, tuberculöse Immunität u. Behandlung mit tuberculo-immunem Blut (35).
Tuberculose, die Augenreaction b. (3).
—, d. — bei Kindern (5).
—, e. diagn. Reactiv a. (6).
—, Einfluss d. Schwangerschaft u. Geburt auf d. (9).
—, Zur Frage der — bei Kindern (12).
—, Die Behandlung der — des Kehlkopfes (13).
—, Tuberkelbacillen im Blut bei — 121.
—, Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung d. — der Lungen 122.
—, Lehrbuch d. specif. Diagnostik u. Therapie der 458.
Tuberculose und Menstruation (39).
—, Zur internationalen Statistik der — u. d. Krebses 544.
—, Verbreitung der — in der Kapcolonie 662.
—, Anwendung der Augen- u. Hautreaction bei der Diagnose der (58).
—, Der Kampf mit der — und die specifische Behandlung derselben 367*.
—, Ueber d. Entstehung u. Verbreitung der — im weibl. Genitaltracte 458.
—, Isolierte primäre — d. Tube mit e. Beitrag z. Lehre d. weibl. Genitaltuberculose im Allgemeinen (45).
—, Die Desinfection be 607.
—, Pathologische Anatomie u. Pathogenese der — der männlichen Genitalorgane (57).
—, Ein Fall von — der Bindehaut (26).
Tuberculosebekämpfung, Wohnungsfrage u. 645.
Tuberculose-Immunität, Frühdiagnose und — — unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen 320.
Tuberculose-Immunblut, — Immunität u. —Immunblut-Behandlung 141.
— bei Kindern. Neue Methoden zur Diagnose der — (24).
Tuberculose häufigkeit im Kindesalter. Die — 272.
Tuberculöse Infection u. tuberculöse Erkrankung 122.
tuberculöser Spondylitis, Operative Behandlung der Paraplegien bei (59).
— Personen, Massnahmen zur Isolierung 549.
Tuberkelbacillen im Blut bei Tuberculose 121.
— in den verschiedenen Organen nach intravenöser Injection 549.
Tumoren des weibl. Genitaltractus, Maligne (44).
Turnvereine, Der Verband der französischen 156.
Typhus abdominalis, Urobilinurie b. (4).
—, Ohrenentzündung b. (6).
—, Ulnarislähm. nach (8).
Typhus, Ein Fall von doppelseitiger combinierter Serratuslähmung nach 207*.
—, Zur Casuistik der frühen Periostitis bei Ileo- — 227*.
—, Zur Behandlung der perforativen Peritonitis bei — abdominalis (50).
Typhusepidemie (6).
Typhusforschung (4).
Typhus recurrens, s. febris rec.
—, Complicationen bei (13).

U.

Ueberanstrengung, Acute — des Herzens u. deren Behandlung 123.
Uebungstherapie, Einige Fälle von Kinderlähmung behandelt mit 201.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ulcus corneae rodens (63).
— durum d. Nasenschleimhaut (61).
— rotundum ventriculi, Ueber die Dauerresultate der Therapie des 1*.
— —, Ueber die operative Behandlung des — — u. seiner Folgezustände 565*.
Ulnarislähmung u. Typhus (8).
Umbilicalhernie, Appendix, Coecum, Ileum u. Netz als Inhalt einer eingeklemmten (60).
Undurchgängigkeit des Darmes. Fall von chronischer (51).
Unfähigkeit, Die zunehmende — d. Frauen ihre Kinder zu stillen 543.
Unfallverletzungen, Wichtigkeit einer raschen Beurteilung von 623.
Unfallversicherungsgesetz, Das- u. seine Folgen 671*.
Unglücksfälle auf Wasserstrassen (13).
Unregelmässigkeiten des Herzrhythmus bei Krankheiten des Gehirns, Die Pathogenese der (13).
Untersuchungen, bacteriologische 16.
Untersuchungsergebnisse d. Verbandmaterials (2).
Ureide, Die physiologische Wirkung der — auf das Herz (13).
Urethra, Divertik. d. männl. (2).
—, traumat. Strictur der (3).
Urethritis, Ueber d. Leistungsfähigkeit der Irrigationstherapie bei chronischer 443.
Urin, Schleimiger (54).
Urine, A note on very high specific gravity of 504.
Urobilinurie, b. Typh. abdom. (4).
Urticaria oedematosa (3).
Uterus, Ein Fall von Aplasie des — u. d. Vagina (10).
—, Fremdkörper im (30).
—. Blutungen u. Ausfluss aus dem 396.
Uterusadnexe, Zur Frage über d. entzündlichen Erkrankungen der — u. ihre Behandlung (37).
Uteruscarcinoms, Epithelmetaplasie, Histogenese u. Frühdiagnose des (56).
Uterusperforation bei Ausschabungen (30), (45).
Uterusruptur, Zwei Fälle von — während der Geburt (56).
—, Spontane — während der Geburt (56).
Uterusrupturen, Pathologie u. Therapie der (29).
Uviollampe bei Ekzem 532.
Uvula bifida, Zur Pathologie der (11).

V.

Vaccinen, Die therapeutische Verwendung von — zur Heilung v. Bacterieninfectionen (12).
Vademecum, Gynäkologisches 95.
Vagabundieren, Zur Lehre vom (42).
Vagina, Ein Fall von Aplasie des Uterus u, d. Vagina (10).
Vaginalirregationen, Ueber kühle (10).
Vaginitis, Gummöse 99.
Vagusreizung Ueber den Einfluss einer — auf die Synergie der Herzventrikel (24).
Vagusresectionen beim Menschen, Zur Casuistik der (63).
Vegetationen, Einfluss der adenoiden — auf Erkrankungen des Ohres (47).
Vena portae, Folgen der Unterbindung der 596,
Venenanästhesie nach Prof. Bier, Bemerkungen über die Methode und Anwendungsform der (20).
venerischen Krankheiten in den Armeeverbänden des Moskauschen Militärbezirkes im Jahre 1897—1907. Die Morbidität an (21).
venerischer Ulcerationen Ueber die Behandlung — mit Röntgenstrahlen 201.
Veränderungen der Gefässe bei ihrer Entblössung (49).
Verbandes Eine Modification des Wolkowitschen — bei Oberschenkelfracturen (16).
Verbandlehre, Compendium der 79.
Verbandplatz des 148. Kaspischen Infanterieregiments während der Schlacht bei Mukden. Der (21).
Verbandplätze, Die sanitäre Taktik der ersten (20).
Verblödung, Ueber 176.
Verbrennungen, Therapie der 560.
Verdauungsdrüsen, Die Arbeit der wichtigsten —, der Magendrüse und Bauchspeicheldrüse bei Fisch- und Fleischnahrung (28).
Vererbung der Schwindsucht auf Grund der Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln. Die 343*.
— in der Schwindsuchtsfrage, Die 167*.
Vergiftungen mit Ammoniaklösung (13).
Vergleichend — anatomische Untersuchungen an Gebärmüttern von Affen, von Menschen u. von Tieren (56).
Verkalkungen, Ueber pathologische — u. ihren Nachweis durch Röntgenstrahlen 595.
Verkehrsmittel, Ueber d. Schattenseiten d. heutigen (35).
Verletzungen, Chirurgische Begutachtung der Folgen traumatischer (51).
— u. chirurg. Krankheiten des Gesichts 54.
— v. Kindern (36).
Verrücktheit, Der Charakter der Associationen bei Kranken mit chronischer primärer (62).
Vibrio aquatilis alcaligenes (57).
Volvulus des Coecum (16).
— der Flexura sigmoidea, Zur Therapie des 527*.
Vorhofes, Gumma des linken (13).
Vulvovaginitis (aphthosa), Einige Fälle einer seltenen Form der — bei Kindern (10).

W.

Wachstumsfieber, Ueber das sog. —, fièvre de croissance der Franzosen (28).
Wanderniere, Ein Fall von Hydronephrose einer (12).
Wärmebehandlung, Zur — eiternder Wunden (35).
Wassermansche Reaction bei Lepra 122.
— — Einwirkung der specifischen Therapie auf die 403.
Wassermannschen Reaction, Theorie u. Technik der — — u. ihre Bedeutung f. d. Diagnose d. Syphilis (11).
—, Die negativen Seiten der (32).
—, Zur Technik der (57).
—, Syphilisreaction, Ueber die practische Bedeutung der 155.
Wassermann-Neisser-Brucksche Reaction bei Syphilis, Untersuchungen üb. d. (31).
— — und ihre Bedeutung bei Geistes- und Nervenkrankheiten (62).
Wassermannschen Reaction, Ueber die klinische Bedeutung der (41).
— — Ueber die Möglichkeit bei der — — das syph. Extract durch künstl. Gemische zu ersetzen (60).
Wasserstrassen, Unglücksfälle auf (13).
Wasseruntersuchungskasten, Ein bakteriologischer 645.
Weber-Fechnersche Gesetz, Das im Gebiete der Gehörempfindungen bei Nerven- und Geisteskranken (62).
Werlhofii, Ein Fall v. Morbus maculosus (13).
Wiener Brief, 125, 232, 338, 406, 481, 533, 666.
Wochenbettfiebers, Behandlung des 549.
Wunden der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle, Penetrierende (46).
Wurmfortsatzes, Zur Untersuchung des (34).
Wutkrankheit, Zur Frage über Immunisation mit normaler Hirnsubstanz gegen (34).

X.

X-strahlen, (s. a. Röntgenstrahlen) — auf experimentellem Wege hervorgerufene Atrophie der Ovarien — Durch — (16).

Z.

Zahnlose Soldaten (6).
Zahnwurzelcysten, Ueber die Pathogenese der 52.
Zähne, Extraction der 646.
Zimmermannsche Theorie der Mechanik des Hörens, Die G. 423*.
Züchtung, künstliche des Krebserregers 17.
Zwangszustände, behandelt nach der psychoanalytischen Methode von Breuer-Freuds (42).
Zwillingen, Ein überaus seltener Fall von Verwachsung von (45).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Autoren-Register.

Abel 16.
Abelmann (4).
Abramow, D. (40).
Abramowitsch, A. † 206.
Abrashanow, A. (50).
Abrikosow, A. (23).
Acholediani, D. (36).
Adamkiewicz, A. 155.
Adler, H. † 632.
Afanassjew, A. (46).
Ahlmann, B. (52).
Aichel, O. 192.
Aisenberg, M. (47).
Akimow, M. † 178.
Albrecht, G. (43).
Albu 623.
Alenew, A. † 612.
Alexandrow, J. (10).
Alexandrowsky, P. † 518.
Alexandrow, Th. (10).
Alexandrow, W. (13).
Alissow, P. † 398.
Aljantschikow, P. † 384.
Aljuchin, S. † 266.
Alksne 101.
Almkvist 122.
Alyschewskij † 518.
Andrejewskij (6).
Andrejewskij, A. † 282.
Andropow, P. (46).
Anfimow, W. (26).
Anitschkow-Platonow (3).
Anschelew, J. (45).
Arapow, A. (59).
Arinkin, M. (11), (28), (41), (48).
Aristowsky, W. (35).
Arkanow (5).
Armstrong, W. † 158.
Arndt, E. 604*.
Arnsperger, H. 362.
Asche, M. † 460.
Astachow, N. 52.
Atkinson, W. B. † 688.
Aufrecht 607.
Awdejew, F. (18).
Awerbach, M. (26), (62).
Axenfeld 80.

Baas, J. † 600.
Babkin (4).
Bachem, M. 531.
Badigin, K. † 194.
Bakaleinik (3).
Balch, L. † 496.
Balk † 144.
Bán 141.
Bandelier 458.
Baradulin, G. (34), (49).
Baranowski, A. † 588.
Barany 507.
Baratynski, P. (51).
Barbera, A. † 114.
Bardy, H. 201.
Barette † 194.
Barikin, W. (39).
Barker, F. 607.
Bartoschewitsch, J. (23).
Baschowski, W. (27).
Basjutinski (62).
Bauer, G. (3), (46).
Bechterew, W. (7), (8), (17), (18), (25), 696.
Bechterew, D. † 484.
Becker 100.
Becker, Th. 272.
Beckers 272.
Beckmann, W. 65, 93*, 94, 95, 110*, 261, 396, 542, 560, 561, 583, 584, 601*, 625.
Behla 17.
Belinow (38).
Belizki, S. (7), (26).
Beljaew, D. (22).
Beljakoff, S. † 222.
Beljawski, A. (48).
Belogolowow (38).
Benderski, J. (12), (13).
Benezé, M. † 44.
Berdejew, A. (16).
Berdjaew, A. (19).
Berdnikow, A. (28), (57).
Bereshnegowski, N. (17).
Bergier, S. † 58.
Bergmann, A. v. 18, 61*, 85, 276, 689*.
Berkholz, A. 275, 276, 509*.
Berliner, M. 624.
Berthenson, A. † 194.
Berthenson, L. 86, 449*.
Besnier, E. † 342.
Besold, D. 494.
Bessonow, W. † 128.
Betagh, G. † 114.
Bieganski, W. 335.
Biehl, K. 524.
Bielefeld, A. 549.
Binstock (5), (23), (27).
Bircher-Benner 467.
Biron, S. (34).
Bjeljakow, S. † 158.
Bjelkin † 356.
Bjelorutschew, E. (56).
Blacher 283*, (34).
Blaschko 191.
Blau, A. 458.
Blessig, E. 66, 660*.
Bleuler, E. 348.
Blisner (44).
Bloch, L. (47).
Blum (2), (12), (35).
Blumenfeld 494, 682.
Blumenthal, F. (27).
Blumer 662.
Bobrikow, S. † 536.
Bobrinski, S. 291, 307.
Bobruk, M. † 58.
Boddaert, R. † 496.
Boerling, Josua † 546.
Bogoljubow (1), (3), (49).
Bogoljubow, A. † 144.
Bogrow, S. (32), (60).
Böhme 201.
Boikow, Wl. † 366.
Boikow, W. (61).
Boldirew, W. (28).
Boljatrjan, G. † 422.
Bollinger, Prof. † 448.
Bondet † 398.
Boudurowskij, W. † 670.
Bonvicini, G. 53.
Borchsenius † 564.
Borissow (3).
Borissow, P. † 546.
Bormann (8).
Bornhaupt, L. 17, 101, 115*.
Bornträger, S. 683.
Borodenko, F. (60).
Borowski (2).
Bortkewitsch, A. (45).
Boshowski, W. (57).
Bourneville † 342.
Boursier, A. † 128.
Boysen 585.
Brauer, L. 381.
Braunstein, E. (26).
Brehm 101, 102, 350.
Breitenstein, H. 156.
Brick, A. (60).
Bridgewater, Th. † 536.
Brissaud † 688.
Britto, Thomé de † 366.
Brjuchanow, W. † 356.
Brodzki, J. 645.
Bronnikow (2).
Brower, Daniel R. † 158.
Brustein, S. (13).
Bubnow, S. F. † 578.
Buchstab † 178.
Bugarewicz, F. J. † 588.
Bugarewitsch † 564.
Bukoemski, F. (56).
Bull, William † 158.
Bum, A. 623.
Bungart, J. 65.
Bunge, G. v. 543.
Burdenko, N. 596.
Burack, S. (11), (13).
Busch (5).
Buschke 201.
Buschujew (6).
Busse, W. 272.
Butenko, A. (62).
Butkewitsch, F. (50).
Butkewitsch, A. (18).
Büttner, H. † 700.
Büttner, W. 84.
Bystritzki, J. (48).
Byzelski, S. † 472.

Cambria, A. † 114.
Calderone, C. † 114.
Caraillon, P. † 326.
Charschak, M. (60).
Chishin, P. † 410.
Chitrowo, A. (28).
Cholmogorow, S. (9), (29), (37), (55), (56).
Cholodkowskij (44).
Cholzow, B. (36), (43), (57).
Choroschilow, W. (34).
Choroschko, W. (25).
Chworostowski, M. (16).
Chworostanski, M. (50).
Clark, H. E. † 128.
Cobb, C. H. † 612.
Costa, J. R. † 356.
Costa, J. † 376.
Cozzolino, O. 127.
Crigern, van 174.
Crisafi, D. † 114.
Cron 30.
Cunningham, D. J. † 376.
Curci, A. † 484.
Czerniecki, W. 15.

Dagajew, L. (19), (50).
Dahmer, 494.
Damperow, N. (30).
Damski, A. (54).
Danilow, N. (22).
Davidow, A. (54).
Davis 662.
Dawidenkow, S. (63).
Dawydow, M. (6), (13), (24).
Dawydow † 104.
Dechanow, S. (63).
Dedin 246.
Dehn, O. v. 539*.
Dembskaja, W. (27).
Dembo, G. (27).
Denissow, A. (21).
Derewenko, W. (50).
Derjushinski, S. (51).
Derville † 266.
Determann, H. 129*.
Dibailow (5).
Dibailow, S. (27).
Dieterichs (1), (2).
Diterichs, M. (28).
Dittrich, P. 495, 608.
Dillon Brown † 222.
Djakonow, P. † 20.
— (16).
Djedow, B. (60).
Dmitrenko, L. (27).
Dmitriew, W. † 58.
Dmitrowski, N. † 34.
Dobbert, Th. 180*.
Dobromyslow, W. D. (35).
Dobrow, J. † 376.
Dobrowolski, N. † 34.
Dodin, N. (38).
Dodina, R. (33).
Dogilaiski, W. (52).
Donitsch † 104.
Dörbeck, F. 53, 55, 112, 122, 174, 190, 191, 219, 220, 229, 230, 336, 458, 467, 493, 504, 506, 524, 585, 595, 607, 608, 663, 682.
Dörbeck, W. 16, 94, 260, 348, 382, 624, 682.
Dorofejew, D. (40).
Doroschenko, S. P. † 294.
Dowjakowski, H. A. † 250.
Draper, Fr. W. † 282.
Drshewetzki (5).
Dsjewizki, W. † 144.
Dsirne, J. 45*, 608.
Dührssen, A. 95.
Dujardin-Beaumetz † 282.
Dumont 122.
Dutoit, A. 544.
Dylewa (8).

Eberlein, A. (45).
Egunow, A. (34), (54).
Ehrlich, P. 646.
Eichfuss, F. 254*.
Eisenberg, Ph. 105*.
Elischer, J. v. † 546.
Ellis, George † 70.
Eminet (5).
Engel, S. 696.
Engelhardt 184*, 305.
Engelmann, G. v. 195*, 285*.
Engelmann, Th. W. † 310.
Erbstein, M. (47).
Erikson, E. (8), (21), (42).
Ernst, K. † 536.
Eschweiler 480.
Ewald, C. 524.
Ewald, K. 79.

Fabrikant, M. (49).
Falkenberg, W. 272.
Fedorow, J. (64).
Fedorow, M. (62).
Fedorow, P. (64).
Fedorow, W. (10).
Fedorow, S. (55).
Fedorowitsch, K. (60).
Fedynski, S. (12).
Feer, E. 141.
Feldt, A. 219, 377*.
Felix 228.
Fenster, M. (21).
Fick, W. 9*, 42, 67.
Ficker 16.
Filatoff, W. P. (26).
Filbry 191.
Filontschikow, N. (19).
Filippow (4), (5).
Finkelstein (2), (12), (16), (59).
Finogejew, P. † 508.
Fiorentini, P. † 114.
Fischer, H. 361, 696.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fleischer, R. † 250.
Flemming 645.
Fluss 201.
Fournier, A. 480.
Fraenkel, E. 595.
Fraenkel, M. 595.
Fränkel, J. (32).
Franz, K. 561.
Fraser, Prof. A. † 160.
Frei 532.
Freiberg, N. (64).
French, H. 504.
Frenkel, L. (37).
Freud, S. 348.
Friedlowsky, A. † 194.
Frost, F. † 366.
Fuhrmann, E. 227*, 251*, 618*.
Fullerton, B. † 484.
Fürbringer, M. 683.

Gabrilowitsch, L. (33), (54).
Gagarin, N. (26).
Galin, M. (21).
Galvagni, E. † 250.
Galpern, J. (32).
Gamalei, N. (40).
Gamaleja, K. (64).
Garngee, A. † 222.
Garsiew † 366.
Gärtner 17.
Gaul (3).
Gaupp, E. 505.
Gawrilow, N. (30).
Gawrilow, T. (47).
Gedroitz, W. (50).
Gegenbaur, K. 683.
Geissler 418.
Geissler, Th. (39).
Genter, G. (45).
Gerbsmann, J. (11).
Gerassimow, W. W. † 158.
Gering, Th. (13).
Germann (18), (27), 553*, (63).
Germs, J. † 222.
Geronimus, A. † 438.
Gerschun (3).
Gerstein, G. (15).
Gidionsen, H. v. 494.
Giese, E. (57).
Gilewitsch, S. (33).
Ginsburg, A. (36).
Gishden (6).
Giwult † 128.
Glaubermann (4).
Glintschikow (3).
Glöckner, H. 480.
Godsjatzki, J. (21).
Goldblum, † 326.
Golomba, C. (22).
Golowin, E. A. † 552.
Golowikow, A. (21).
Gomolitzki, W. (9), (13), (34).
Goralewitsch, K. † 460.
Gorochow, D. (19), (36), (50).
Gorodezkij, W. (38).
Gorski, P. (24).
Gottlieb (5).
Gottschalk 65.
Gottwald, E. A. † 546.
Gowers, W. K. 320.
Gramenitzki, M. (34).
Graefe, M. 560.
Grawe, A. (50).
Grawirowski, N. (19), (45), (46).
Gravirowski, W. (28).
Grauermann (9).
Gregori (2).
Greidenberg, A. (47).
Greife, H. 259*.
Greiffenhagen, W. 124, 527*, 565*.
Grekow, J. (43).
Grigorjew, L. (54).
Grinew, D. (63).
Grinewsky, A. 156.
Groedel, Theo 219.
Groedel, Fr. M. 219, 494, 531.
Grochow (4).
Grödinger (9).
Grósz 141.
Gross, Hans 192.
Grosser, 683.
Grossmann, E. (35).
Gruel, M. † 398.
Grüneisen (2).
Grushewskij, A. † 310.
Gottschalk, Ed. 523.
Gruber, G. 524.
Grusenberg, O. † 294.
Grusinenko † 104.
Gubarew, P. (37).
Gussarow, D. (57).
Gussew, W. (55).
Gussiew, P. (36).
Gubarew (2), (6).
Gurewitsch (8), (13).
Gurfinkel, A. (52).
Gushewski, B. (34).
Guttmann, W. 95.
Gutmann, L. (62).
Guttstadt † 282.

Hadsen, E. † 564.
Haenisch, F. 523.
Haffner, v. 18.
Haffter, E. † 472.
Hagen-Torn, J. (36).
Hajek, M. 505.
Hallam Hardy, Fr. † 222.
Haller 122, 133*, 141, 382, 399*, 549, 550.
Halperin (2).
Halperin, A. (24).
Hamilton, D. J. † 114.
Hampeln 31, 145*, 159*.
Hamburger, F. 272.
Hancken, W. 155.
Hanes, F. M. 607.
Handwerck, C. 347.
Hartoch, O. 634*, 682*.
Hatfield, Marcus, P. † 632.
Handring, Ed. v. † 144.
Haug, E. R. † 236.
Hausmann, M. 645.
Hayer, Th. † 250.
Hecker, 41, 301, 493, 494, 543.
Hecht, A. 220.
Hein, K. (16).
Hellat, P. (38).
Henggeler 531.
Hering, H. 347.
Heryng, F. 155, (38).
Herz, M. 122.
Herzberg, S. 141.
Hess, C. 381.
Hess, N. † 114.
Hesse, E. 221, 229, 348, 361, 362, 364, (36), 494, 523, 531, 533, (51), 560*, 595, 596, (60).
Hilgermann, R. 645.
Hinders, E. (10), (12).
Hinz, F. 91*.
Hippius, A. (45).
Hirsch, M. 213, 574.
Hirsch, H. 500*.
Hochmann 30.
Hoffmann, Fr. A. 494.
Hoehlein, J. (38), 494.
Hoen, v. 382.
Hofer, L. v. † 356.
Hoffa, A. 247.
Hoffer, L. G. † 376.
Hoffmann, H. 687.
Hofmeier, M. 584.
Höhlein, J. (11), 494, 495, 505, 507, (47), 524.
Holler † 546.
Hollmann, W. 637*.
Holzinger, F. 35*, 51*, 54, 55, 64, 65, 123, 155, 174, 192, 288, 289, 320, 335, (35), 467, 468, 595, 645, 662, 663.
Holowko, A. 269*.
Honorowski, J. 94.
Hoppe-Seyler, G. 541.
Horoschko, W. (21).
Hotz, F. K. † 222.
Hughes, H. 288.
Hunt, Prof. Ch. O. † 460.

Iljin, A. (17), (18), (27).
Iljin, M. (14).
Isabolinski, M. (31), (41), (48).
Isatschik, M. (21).
Ischreyt 80, 102, 156, 192, 220, 321, 381, 544, 550, 654*.
Isupow, M. (62).
Issaenko, B. N. † 612.
Iwanow, A. (11), (38), (47).
Iwanow, E. (20).
Iwanow, I. (16), (58).
Iwanow, M. (24).
Iwanow, W. (48).
Iwanow, W. A. † 536.
Iwanow, P. (54).
Iwaschenzow, G. (39).
Iwersen, J. (57).

Jaffé, M. E. † 508.
Jäger, O. 560.
Jakimow, W. (23).
Jakowlew, W. (41).
Jakubowski (44).
Janischewski, A. (42).
Jankau, C. 480, 493, 505, 550, 646.
Jankowski, J. 118*.
Janowski, W. (13), (27).
Jarmarkin, W. † 438.
Jassenetzi-Woino, W. (16).
Jawein, G. (33).
Jazuta (6), (19).
Jehle, L. 382.
Jellinek, S. 505.
Jemeljanow, N. (40).
Jenter, G. (10).
Jeremitsch, A. (44).
Jessipow, Nikolai † 376.
Jessner, S. 261.
Jester, C. 301.
Jewezki, O. A. † 266.
Jewdokimow, W. (61).
Jogschess (3).
Johanson, E. 515*.
Jordan, A. 59*, 141, (31).
Jordan, M. † 632.
Jordanski, W. (23).
Josefowitsch, A. (18).
Judin, K. (26).
Jundell 122.
Jungmann 443.
Jurasz, A. 301.
Jurewitsch, H. (28).
Jürgens, E. (38).
Juszewitsch † 410.

Kakbugin, S. (54).
Kahn, E. (29).
Kalabin, G. (9).
Kalatschnikoff, A. (13).
Kallistratow (6).
Kallmeyer, B. 357*.
Kalmykow, M. (16), (35), (44), (56).
Kalut (5).
Kamanin (3), (46).
Kamanin, W. (20), (32).
Kamssarakan, S. (58).
Kannegiesser, N. † 422.
Kamenski, O. (10).
Kaplan, Benjamin 298*.
Karaffa-Karbut (2), (12).
Karassew, V. A. † 536.
Karl Theodor, Herzog in Bayern † 612, 631.
Karnitzki, A. (36).
Karnizki, K. (51).
Karschin, A. (32).
Kartamyschew, S. † 410.
Kasanzew, W. P. 544.
Kasas, J. (34).
Kasarinow, G. (51).
Kaschkadamow, W. (23), (34).
Kasem-Bek, A. (28).
Kasparjantz † 356.
Kassatkin, N. † 632.
Kassowski, W. (35).
Kaschnew (5).
Kaschtschenko (8).
Katschkowski, P. E. † 294.
Katz, R. (26).
Katz, Prof. † 526.
Katznelson, L. (10).
Keeling, I. † 194.
Keilmann 99.
Keller, A. 493.
Kellner, A. (20).
Kerner, J. (40).
Kester (4).
Kibardin, P. † 448.
Kiber † 158.
Kieseritzky, G. 33, 98.
Kieseritsky, W. 192.
Kijanitzyn, J. (24).
Kirchner, M. 607.
Kirejew, M. (58).
Kladnitzki, N. (27).
Klemm, P. 19, 31, 3[illegible].
Klibawski, S. (57).
Klieneberger, Carl 595.
Kljutscharew, Ss. (13).
Klopotowski, N. (13).
Klodnizki, N. (23).
Klug, F. † 310.
Kljutscharew, Ss. (28).
Knight, Frederick J. † 158.
Knortz, K. 229.
Kobosew, J. † 366.
Kobert 41.
Kobrinez, K. W. † 250.
Koch 261.
Koch, C. † 422, 436.
Koch, E. 112, 122, 141.
Kochanskij, J. † 58.
Köcher 118*, 382, 545, 585.
Kofmann, S. (50).
Köhler, Alban 531.
Köhler, F. 645.
Kolesnikowa, E. (36).
Kolle 532.
Kolotinski, W. (17).
Kolpaktschi, J. M. † 310.
Kölpin, O. † 700.
Koltschin, P. (51).
König 443.
König, Jos. 532.
Kononenko † 104.
Konossewitsch, A. (31).
Konstantinowitsch (4).
König, E. 192.
Kopilow, N. (31) (49), (60).
Kopystynski, E. (42), (61).
Kopp, A. (40).
Korach, G. 175.
Korányi, A. v. 201.
Korb (3).
Kornilowicz, E. J. † 612.
Korolkewitsch, J. † 366.
Korolkow (8), (40).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Korschenewskij, S. N. † 552.
Korschun, S. (63).
Koslowski, N. (21).
Koshuchowsky, A. † 366.
Koslowski, I. (36).
Koslowski, P. (34).
Kraepelin, E. 361.
Krajuschkin, W. (34).
Krannhals, H. 614*.
Kraus 42.
Krassnogorski, I. (28).
Kratschenko, S. (34).
Krawkow (4), (56).
Krehl 16.
Kreindel (6), (20), (21).
Krich, 680*.
Kriwsky, L. (29). (45)
Krotkow, S. (21).
Krüdener, H. von 267*, 316*.
Krylow, B. (13).
Krymow (2), (51).
Kubli, M. (18).
Kubli, Th. (27).
Kuegelgen, 176.
Kufferath, E. † 222.
Kügel (3).
Kügelgen, K. v. 504.
Kuhn, Ph. 662.
Kukowjerow, N. † 422.
Kunzewitsch, I. A. † 294.
Kupffer, A. 311*, 327*.
Kupp (6).
Kurlow, M. (40).
Kuschew (5), (13)
Kusnetzki (2), (4), (37), (54), (56).
Kusnezow, W. P. † 250.
Küster 42.
Kuschtalow, N. (29)
Küster, L. 55.
Kutner, R. 532.
Kwaschnew, W. † 564.
Kwjatkowskaja † 236.

Laan, H. A. 261.
Lafite-Dupont 174.
Lahnstein 443.
Lamonow, W.
Landau (8)
Lande, E. (45).
Lange, Fr. 624.
Langerhans, P. † 376
Langowoi, N. (24).
Lasarew (8).
Laqueur, L. † 250.
Laquer, L. 273.
Lasareff, E. (26).
Lasserre 140.
Lastotschkin J. (45).
Latzko, W. 549.
Lavonius, H. 201.
Lazarus, A. 646.
Ledomski (3), (29).
Lebedew, E. † 206.
Lebedew, W. † 460.
Lebedew, N. (31).
Lebedew, N. P. † 588.
Legge, Fr. † 44.
Lehmann (10), (18).
Leibfreud, L. (63).
Leinenberg † 114.
Leikin, S. (61).
Lejars, F. 596.
Lenger 191.
Leus, A. de (47).
Leontjew, W. (57).
Leschner, N. (13).
Lesshaft, P. † 670, 669.
Leszynski, A. † 472.
Leube, W. v. 112.
Levin, L. (36).
Lewaschow, W. (28), (35).
Lewtschenkow, D. (61).
Lexer, E. 54.
Lezenius 113, 142.
Lichtmann, J. 107*, 191, 201, 403, 404, 419, 443, 444, 485*.
Liebermann, J. (31).
Liepmann, W. 624.
Litschkuss, L. (30).
Ljustritzki, W. (17).
Liebermann, J. (11), (54).
Lifschütz (5).
Lindfors, O. † 588.
Lingen, L. v. 54, (9), (16), 190, 272, (30), (45), 543, 596, (56), 649*, 696.
Lipinskij, Wl. W. † 552.
Litschkuss, L. (39).
Liwschitz, P. (32).
Lissowsky † 356.
Ljaschenko, M. (37), (41).
Ljaschenko, (35), (38).
Ljubimow, I P. † 250.
Ljubomudrow, W. (41).
Loktew, W. (46).
Lombroso, Cesare † 552.
Lopatin, M. N. † 178.
Lorand, A. 663.
Lorentz, H 201.
Lortet † 700.
Losaberidse, E. (12).
Lossen, H. † 484.
Lubenezki (4).
Lucae, A 506.
Lukjanowski † 88.
Lundberg 99.
Lungwitz, H. 335.
Lütkens, A. (64).
Lutschew, A. † 206.
Lutschinsky, St. † 366.
Lysowski, L. (49).
Luzenberger, v. 623.

Maconachie, G. A. † 398.
Magnus-Levy, A. 141.
Magelhaes, P. d. Almeida † 222.
Makaweisky 98.
Maklakow, A. (52).
Makow, K. (40).
Makowetzki † 236.
Malis, I. (51).
Maljarewskaja, C. † 670
Majorow, D. F. † 158.
Malassez, L. 700.
Maljutin, E. (16), (46).
Maller, J. 113.
Mamonoff, W. N. 544.
Mandalari, L. † 114.
Mangoldt, von † 206.
Mangubi, S. (60).
Mankowski, L. (13).
Manteuffel 32.
Manuchin, J. (34).
Marchand 16.
Marcuse, Julian 175.
Margulies, M. (27).
Margulis, M. (18).
Mariantschik, N. (36).
Marie, A. 288.
Markelow, G. (42), (58).
Markewitsch, M. (40).
Markow, D. (20).
Markow, S. I. † 578, (61).
Marques, E. † 44.
Martemjanow, F. † 342.
Martial, K. 288.
Martin, A. 543.
Martin, Karl Bernold 191.
Martius, Fr. 362.
Maschkileisson (3).
Masing, E. 66, 361, 497*.
Maslakowez, P. (11), (31), (57).
Massalitinow, G. A. 431.
Massol, L. † 700.
Matthews, J. (12).
Maximow, W. (40).
Mayet † 588.
Mayer, K. 94.
Marzurkiewicz, W. 260.
Mc. Cosh, A. † 44.
Medowikow (5), (22), (34), (48).
Meissner, P. 543.
Melkich, A. (58).
Melle, † 114.
Melnikow, G. (23).
Meltzer, E. Ingenieur 585.
Mendelson, A (42).
Merkulowitsch (6).
Merlou, P. † 612.
Mershejewski, I. (42).
Meschtscherski, G. (10), (30), (32), (60), (61).
Mesernitzki, P. (14).
Mestorf, Johanna † 422.
Metzger, G. † 144.
Metzler, A. † 518, 575.
Meunier, R. 289.
Meuschen, E. 537*.
Mey, Edgar 522*.
Michailow (1), (54).
Michailowski, J. (13).
Michelsson, Fr. 331*.
Michels, E. 645.
Michelson 53, 54, 101, (14), (18), 192, 272, 273, (26), 348, 361, 431, (42), 495, 504, 505, 506, (62).
Michin, P. (44).
Michnewskij, A. (46).
Mickwitz 41, (10), (13), (16), (18), (19), (21), (22), (23), (24), (30), (31).
Mickwitz (45), (58).
Miklaschewski 13, (18).
Miller, A. I. † 648.
Minin, A. † 194.
Minz, W. (35), (40).
Mironowitsch, (32).
Mitropolskij, S. A. † 578.
Modrakowski, G. 260, (41).
Mokejew, A. (23).
Mokejew, A. † 688.
Mokin, N. (50).
Molunow, N. † 356.
Molodenkow, St. (21).
Molinier, 174.
Monin, L. (9).
Monti, R. 272.
Monti, Alois † 578.
Morgenroth 41.
Morosow, A. (58).
Moritz, O. 55, 122, 123, 124, 229, 302, 371, 532, 645, 696.
Morosow, I. (32).
Morosowa (1).
Moskalew, M. (57), (61).
Mosso, Ugolino † 158.
Motel † 158.
Msarenlow (3).
Mühlen (9), (11), (14), 174, 175, (15), 191, 219, 246, (23), (28), (30), (31), (34), (36), (37), (38), 458, (42), 480, (44), (45), (46), (48), 550, (51), (54), 584, (56), 645, 646, 683.
Mühlen, v. z. (Reval 503*.
Mühlmann, M. (63).
Mühsam, 79.
Müllern, K. v. 301.
Müller, W. † 366.
Muchin, E. (29).
Müller, P. Th. 467
Mursay, R. A. † 194.
Marsaew, B. (57).
Mussatow, N. (9).
Mykertschiantz, A. (10).

Näcke, P. 53.
Nadeshdin, F. M. † 588.
Nadler 532.
Nagel, W. 220.
Natanson, A. (64).
Natanson, W. † 578.
Naumann, A. (46).
Nastinkow, M. (13).
Naunyn, B. 112.
Nedjelski † 88.
Nefedow, W. (13), (24).
Nejelow, N. (55).
Neljubow, E. (35).
Nemenow, M. (56).
Nemenow, N. (36).
Netto, Fr. 143.
Nemerad 143.
Nemser, M. (23).
Nese, E. (63).
Netschaew, A. (57).
Neuburger, M. 662.
Neugebauer, N. v. 202.
Neuman, I. † 448.
Neumann, J. F. 423*.
Neumann 549.
Nielsen, E. (61).
Nikitin, W. (38).
Nicolaieff, B. N. 411*.
Nielsen, E. (25).
Nikitin, M. (8), (16), (25), (42).
Nikolski (6), (13), (46).
Nikonow, S. (40).
Nishbitzki, N. (19).
Nitowski, C. † 34.
Nitzelnadel, E. 646.
Nocht 79.
Nonne, M. 112.
Noorden, C. v. 467.
Nourney 65.
Novakowitsch, D. † 326.
Nowikow (5), (10).
Nowoselsky, S. A. 544.
Nussbaum, M. 544.

Obraszow, N. (37).
Obraszow, W. (58).
Oeder, G. 466.
Oestreich, R. 54.
Okinschiz, L. (9), (41), (56).
Okunew (11), (38).
Olkin, A. W. † 294.
Olschewskij † 700.
Omorokow, L. (17), (61), (62).
Opokin, A. (56), (59).
Oppel, W. (36), (57).
Oppenheim, A. N. † 294.
Orleanskij, L. † 58.
Orlow, K. † 58.
Orlow, W. (29).
Orlowski, W. (34), (54).
Orlowski (Berlin) 431.
Oschmann, A. (36), (43), (51).
Osokin, P. (24).
Ossowski, N. (54).
Ostankow (7), (8).
Osten-Sacken, E. v. (20), (36).
Ostmann, P. 444.
Ostwald, W. 584.
Ostrjanski (2), (46).
Otschapowski, S. (51), (62).
Ott, Dm. (37).
Otten, M. 523.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pallop, V. 210*.
Parenago, P. (10).
Pariski, N. (45).
Paroschin, M. (45).
Parzer-Mühlbacher, A.
Passek, W. (63).
Pasternak, R. (11).
Pasternazki, Th. (52).
Paulun † 158.
Pawlowa, Marie † 194.
Pawlowa, N. (34).
Pawlow, A. (45).
Pawlow, P. (30), (61).
Pels-Leusden 560.
Penzoldt, Fr. 229, 336, 492.
Perchurow (2).
Perott, B. (12).
Petersen, O. v. 30, 113, 121*, 419, 431, 463*, 579*, 589*.
Peterson, Th. (56).
Petrow, A. † 88.
Petrow, N. W. † 578.
Petrow, N. (16), (36).
Peukert, M. 174.
Pewnizki, A. (42).
Pewsner, M. (24).
Pfannenstiel, I. 175.
Pfannenstiel, J. 384.
Pflüger, E. F. W. 544.
Pharmakowski, N. (16).
Pick, A. 220.
Pick, W. 584.
Pilikin, S. 70.
Piltz, I. 260.
Pinker 100.
Pissemski, T. (28).
Piwowarow, G. † 422.
Plastunow, B. (45).
Platonow, W. (29).
Pletnew, D. (13), (24).
Pleschkow, N. (19).
Pletenew, W. (46).
Podjapoljski, P. (25).
Podlewski (4).
Pobodinski, N. (29).
Podresan † 104.
Poggenpohl, S. (22), (57).
Pokorny, W. † 536.
Polenow, A. (50).
Poletajew, A. (35), (41).
Poliwalowski (3).
Polland, R. 260, 382.
Pomper, A. L. † 158.
Ponzio, F. † 114.
Poorten 31, 42.
Poper, P. (20).
Popow, A. (37).
Popow, D. (9), (56).
Popow, N. (20), (46).
Popow, G. I. † 236.
Popoff, A. † 588.
Popowa, M. † 144.
Porosz 419.
Poroschin (3).
Poshariski, I. (63).
Pospelow, A. (32), (61).
Pospelow, P. (16).
Posser 219.
Potemkowski † 104.
Potiralowski (6).
Prausnitz, W. 609.
Prawossud, N. † 88.
Predtetschenski (5).
Preis, M. (38).
Preobrashenski, P. (58).
Preobrashenskij, S. (46).
Prenschen, F. v. † 20.
Pribram, A. 645.
Pribytkow, G. † 326.
Priklonski, J. 61.
Primo, N. (44).
Prissmann S. 439*.
Prochownich, L. 174.
Prokopowitsch, F. M. † 236.
Proshanski, N. (41).
Proskurin, W. (51).
Prosorowski, N. (9).
Prosorow, C. (41).
Protopopow, Th. (15).
Protopow, W. (25).
Prshibytek (4).
Pumjanzew, Th. (23).
Pürckhauer 403.
Pussep (6).
Pütter, A. 156.
Putschkowski (5), (6), (11), (15), (38), (41).

Rabotnow, L. (47).
Radkowski † 70.
Radlinski 94.
Radsiewski, A. (36).
Raimista, J. (63).
Rakitin, W. (46).
Rajewski, P. (60).
Rancken, Dodo 201.
Ranke, H. v. † 294.
Rapoport, L. (37).
Raptschewski, I. (2), (20).
Raschba (4).
Raskina (4).
Rasumowskij (43).
Rauber 544.
Ratner 53.
Reamy, Th. A. † 194.
Rebaudi, Stephan 583.
Redlich, A. (44).
Redlich, Emil 53.
Redmond 531.
Reformatski, N. (18).
Reich, I. (18).
Reichel, P. 42.
Rein, G. (44).
Reinhard 27*.
Rendu, M. H. 122.
Renvers † 178.
Rethi, L. 524.
Reyburn, R. † 250.
Ribbert, H. 608.
Richter, P. F. 261.
Riecke 30.
Rieder, H. 268.
Rietschel 419.
Rigler, 682.
Ripamonti, † 670.
Rivière, I. A. 361.
Robertson, D. † 44.
Rochlin, A. † 356.
Rodari 228.
Roepke 458.
Rodendorf (3).
Rodionow (6).
Romberg 64.
Rona, S. 419.
Roshdeswenskij, A. † 356.
Rosen, A. (62).
Rose, C. 652.
Rosenbach (8), (23).
Rosenberg, A. † 508.
Rosenhauch, E. 260.
Rosenthal, I. 229.
Rosenberger R. C. 121.
Rosenberger, F. (60).
Rosenfeld, G. 288.
Rosthorn, A. v. Prof. † 448.
Rostowzew, G. (24).
Roth, A. 321.
Rshewkin, N. † 422.
Rschanitzin, Th. (52).
Rubaschkin (4).
Rubert, J. (63).
Rubinstein (3).
Rumjanzew, (28).
Runge, M. Prof. † 438.
Russki, E. (16).
Rütimeyer 229.
Rutenberg, M. † 410.
Ruttin, E. 219.
Rybalkin, J. † 44.
Rydygier, A. 190.

Saalfeld, E. 683.
Saarfels 89*.
Saboia, Candido de Figueiredo † 266.
Sachanow, S. (33).
Sacher, A. 43, (11), 301, 419, 444, 458, 480.
Sack, N. (30).
Sack, I. (37).
Saemisch, Th. † 632.
Sahli, H. 645.
Saizew, M. G. † 536.
Saizew, M. † 564.
Saizew, Th. (22).
Sajontschkowski, S. † 194, 205.
Saks, I. † 326.
Salge 13, 261, 608.
Salenski (5).
Salzwedel 65.
Sandmann 122.
Santschenko, P. (30).
Sanssailow, (16).
Sapatsch-Sapotschinski (57).
Sapalsky, J. N. † 546.
Saretzki, S. (16).
Sarzewitsch, G. (51).
Sassaparel, J. (46).
Saturnow, N. (64).
Sauerbeck, E. 468.
Sawicki 16.
Sawin, Th. (60).
Schaack, W. 468, 628.
Schabad, J. (48).
Schabad, T. O. 206*, (54).
Schabert 99.
Schabelski (30).
Schadkowski, F. † 70.
Schaikewitz, M. (54).
Schak, W. (51).
Schamarin, W. (40).
Schapiro (7).
Schapowalenko, U. (13).
Schapschal, I. (40).
Schaschkin, A. † 34.
Schawlow, A. 71*.
Schatilow, P. (31).
Scheff, I. 646.
Scherber 403.
Schewaldyschew, A. (9), (22).
Schewelew, N. † 294.
Schestopalow, M. (29).
Schegalkin, P. (19).
Schiele, W. 30, 31, (10), (11), (12), 155, 156, (16), (18), 212, 247, (20), (21), (22), (24), 261, (28), (30), (31), (35), (41), 480, (45), (48), (52).
Shimow, A. (40), (58).
Schipin, D. (24).
Schirjajew, P. A. † 578.
Schirokauer, H. 683.
Schirokogorow, I. (12), (22).
Schirokogorow, J. 547*.
Schischkin, A. † 20.
Schischkow, A. S. † 266.
Schischkina-Jawein, P. (3).
Schischmann, W. (52).
Schlecht 229.
Schless 611, 624, 683.
Schlöss, H. 431.
Schlüter, R. 550.
Schmidt (7).
Schmidt, Hans 54.
Schmidt, H. E. 229.
Schmidt, Moritz 336.
Schmidt, V. 336, 361, 544, 683, 697.
Schmidt, W. (19).
Schmigelski, N. (26).
Schmorl, G. 609.
Schmurlo, I. (11), (47).
Schneider, A. 100.
Schneider, N. (47).
Schnirer 31, 80.
Scholkow, B. (57).
Schott 123.
Schour, M. (51).
Schredl, L. 219.
Schreiber, 682.
Schrenck, A. von 385*.
Schubenko, G. † 632.
Schukowski, M. (25).
Schultz, C. † 496.
Schürer v. Waldheim, F. 289.
Schurmayer, 682.
Schurupow, J. (57).
Schurupow, S. (33).
Schtschegolew, M. (23).
Schtscherbak, A. (14).
Schwalbe 30, 54, 624.
Schwalbe, J. 371, 624.
Schwarz, Ed. 21*, 224*, 295*, 671*.
Schwartz, Th. 243*, 275, 289.
Schwarzwasser, I. (23).
Schweizer, P. (22).
Scipiades, B. 561.
Sdanowitsch, I. (28).
Scott, A, † 496.
Scott, X. Ch. † 612.
Segal, S. (51).
Seibert, A. 662.
Seiler 532.
Selenew (3).
Selenew, I. (32), (61).
Selenkin, W. (10).
Selenko † 194.
Selenkowski, L. (51).
Selikin, S. (40).
Selkin, S. (34).
Semenow, A. † 58.
Semenow - Blumenfeld, S. (47).
Senowitsch - Kaschtschenko, B. (24).
Sentschenko, L. (11).
Serapin, K. (59).
Serena, Santi † 484.
Sewastjanow, E. (34), 595.
Shdanowitsch, W. (10), (11).
Shattock, S. G. 219.
Shebrowski (4).
Shitkow, A. (39).
Shukow (3).
Shukowski, W. (12), (28).
Sikow, W. (57).
Sigwart, W. 272.
Silberburg, L. (41).
Silberberg, H. G. † 518.
Sile, M. (28).
Simin, A. N. (35).
Singalewski, S. (59).
Singa, G. 123.
Simsen, M. M. † 178.
Sittler, P. 543.
Siwre, A. (20).
Sitnikow, M. (28).
Sjögren, T. 595.
Shlobkowskij, Th. † 648.
Skop, W. (62).
Skrobanski, K. (44).
Skrypt, A. (47).
Skutschenko, N. S. (41).
Sljepjan, † 178.
Statogorow, S. (28).
Slonewski, J. (63).
Slowzow, B. (34), (57).
Sluka, E. 542.
Smirnow, P. † 484.
Smirnoff, A. † 194.
Smirnow, A. (40).
Smirnow, S. (40).
Smith, Dr. Thomas † 552.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sserebrowskij, M. † 578.
Ssnegirew, K. (52).
Snell, S. † 250.
Stortz, L. P. † 588.
Sofer 125—127, 236, 341, 409, 483, 535.
Sokolow, A. (39).
Sokolow, I. (51).
Sokolowski, E. 149*.
Sokolowsky, R. 419.
Solowjew, N. (51).
Solowjew, W. † 688.
Solowzew, N. (38).
Sommer, E. 596.
Sonnenburg 79, 94.
Sonn, N. † 206.
Spakowski † 128.
Spassokukozkaja (4), (34).
Spasski, A. P. † 266.
Spengler, C. 141.
Spengler, K. (35).
Speranski, N. S. † 144.
Spisharnyi, I. (35), (43), (44).
Spitzmacher, † 144.
Spriggs, E. I. 467.
Springenfeldt, J. (64).
Sredin, C. W. † 578.
Ssacharow, G. (52).
Ssawitsch (4).
Ssaweljew, D. T. † 158.
Ssemenow, S. (60).
Sseliwerstowa † 648.
Sseslawinsky, W. † 356.
Ssilujanow, W. A. † 600.
Ssinakewitsch, N. (30).
Ssisemski, W. (20).
Sokolow, N. † 448.
Ssokolow, W. (30).
Sokolow, I. (32).
Ssobolewski, A. (42).
Ssuchanow (4), (21).
Ssulylkowitsch † 460.
Ssusdalski (6), (32).
Ssyrenski, N. (40).
Stamirowskij, S. † 326.
Stackelberg, A. (57).
Starodubzew, N. (63).
Steer, J. † 398.
Stein (4), (13), (16).
Stein, S. v. (46).
Steinberg.
Steinhardt, I. 155.
Steinhaus, I. 191.
Stelker, L. (57).
Stern (5), (13).
Sternberg, W. 493.
Steschinski (4).
Steven, J. L. † 128.
Sticker, G. 288.
Stieda, W. 197*, 693*.
Stille 122.
Stilling, I. 321.
Stintzing, B. 336, 492.
Stojanow † 236.
Straicher (2).
Strashenko, N. (14), (34).
Strasser, Alois 624.
Strauch, W. 156.
Strauss, Prof. H. 458.
Strelkow, A. (40).
Stroganowa-Ulesko, K. (9).
Stubbs, G. E. † 600.
Studsinski (34).
Stühlern, W. (57).
Stukowa, M. (34).
Stülern (3).
Stülern, W. (39).
Stusimski, I. (24).
Subow, I. (42).
Sulakow, A. (41).
Swerew, B. (44).
Swershewski, L. (47).
Swetlow, W. (14).
Swistunow-Switlowskij, W. † 342.
Swoechotow, A. (13), (35).
Sykow, W. (10).
Syliwanowicz, C. † 44.
Sylwestrowicz, F. † 632.
Syssin, P. (16).
Szurek, St. 347.

Taschenberg, O. 683.
Tawildarow, F. (37).
Telfund, E. 79.
Telitschenko, E. (16).
Ter - Nerssessow, G. (51).
Testa, B. † 114.
Tichomirow, S. M. † 588.
Tigerstedt 17.
Tikanodse, J. (37), (55).
Tiesenhausen, M. (28).
Timofejew, P. † 70.
Timofejew, S. (23).
Timofejewski, P. (20).
Thal, R. (20).
Thanhoffer, L. v. † 194.
Theilhaber, A. 396.
Thomson, G. (37).
Thies, I. 175.
Tizner, A. † 410.
Todorow, P. (46).
Tolstow † 236.
Tomoschewski, W. 379*.
Tonkow, W. (58).
Tranjen 544.
Trabsch, O. (30).
Trendelenburg, H. 54.
Trofimow, N. (38), (47).
Troizki, N. (52).
Tschetschott, O. (14).
Tschelnawski, N. (16).
Tschernogubow, N. (32).
Tschirjew, S. (14).
Tschisch (6).
Tschirkowski, W. (18).
Tschistjakof, P. I. (26).
Tschistjakow, M. † 44.
Tschistjakow, M. (10).
Tschistowitsch, F. (36).
Tschistowitsch, N. (28), (34).
Tschistowitsch, M. (40).
Tschumakow, J. (32).
Turner, G. (15), (46).
Tuschinski, M. (39), (52).
Twerdowski (2).

Ucke, A. 16, 17, 155, 175, 192, 251*, 431, 595, 543, 608, 609, 646, (64).
Uglow (6), (21).
Ugrjumow, P. † 34.
Ukrainzew-Jumaschew, N. † 564.
Ulesko-Stroganowa, K. (9), (55).
Ullmann 31.
Ulrich, W. A. † 578.
Ungern-Sternberg, Baron W. v. 42.
Unterberger, S. 167*, 344*, (54), (64).
Untilow, P. (55).
Unna 201.
Urbanski, J. † 70.
Urbschis, P. † 20.
Urso, G. d' † 114.
Uspenskij, S. † 410.
Veit, I. 561.
Vierhuff 13*.
Villaret, A. 506.
Violin, I. (20), (36).
Vogel, Aug., Ritter v. Fernheim † 422.
Vogl 585.
Vollmer 30.
Vörner 403.
Voss, G. 123.

Waelsch 403.
Wahl, A. v. (10).
Wainbaum, N. † 384.
Wakley, Thomas † 158.
Wanach 41, 54, 247, 362.
Wang-in-Hoai 156.
Wandel, O. 53.
Warschawski, I. (12).
Warschawsky, M. L. † 546.
Wassiljewa, M. (57).
Wassiljew, S. (36).
Wassiljew, M. (59).
Wattenberg, H. 79.
Weber, F., sen. 367*, 489*.
Weber, F. 79, 80, 237*, 531, 544, (50), 596, 608, (60).
Weber, H. 122.
Wedenjapinski, P. (56).
Weichardt, Wolfgang 65.
Wein, E. 347.
Weinbaum, U. † 484.
Weinberg, B. 582*.
Weinberg, K. 696.
Weingerow, L. (33).
Weinstein, A. (18), (51).
Weiss, E. 473*.
Weljaminow, N. (15).
Welikanow, A. (26).
Wenderowitsch, E. (61).
Wereschtschagina, A. (34).
Wernke, Th. (18).
Wersheiski, W. † 114.
Wersilowa, M. (32), (61).
Wershbizky, I. † 356.
Westenrich, N. (23).
Westenrick, N. (40).
Westphalen 1*.
Wichert, P. 76*, (32), 662, (61), 683.
Weyert, F. 53, 65, 141, 272, 347, 542, 609, 662.
Weygandt, W. 192.
Wichrew, N. (13).
Widmark, I. 141.
Wigdortschik, A. (34).
Wigura, I. F. † 144.
Wilms 41.
Wilson, H. 79.
Winawer, E. † 648.
Winkler, F. 623.
Winckel, F. v. 542.
Winogradow, W. † 114.
Winogradow, P. † 700.
Wischnewski, A. (60).
Wirschubski (5).
Witlin, W. (63).
Wittgenstein, 549.
Wiss, O. W. † 376.
Wladimiroff, A. 65, 79.
Wladimirow, G. (35).
Wladimirow, W. (30).
Wladytschenskij, A. P. (35), (52).
Wladytschko (8), (16), (62).
Wlajew, G. † 128.
Wlajew, G. (35).
Wloczewski, C. † 384.
Wojatschek (3), (47).
Wolff-Eisner, A. 320.
Wollenberg, A. 247.
Wolodsko, B. † 58.
Woloschin, A. (34).
Wolpe 37*.
Woskresenskaja, M. † 460.
Woskressenskij, N. (46).
Woskressenski, W. F. † 178.
Wosnessenskij † 508.
Wostrikow, P. (60).
Wreden, R. (46).
Wschadshik, E. (56).
Wsewolodow, P. 422.
Wsewolodow, Wl. † 398.
Wsewolodow, W. † 356.
Wullstein 41.

Xenophon, Ch. Scott † 552.

Yco, G. Fr. † 282.

Zadro, E. 246.
Zanietowski 31.
Zaregradski, A. (28).
Zarfl, M. 542.
Zäslein, Th. 64.
Zatzkin, A. (20),
Zazkin (6), (31), (8), (46).
Zebrowski, A. 190.
Zechmeister, H. 246.
Zeidler, 66, 67.
Zeuner, W. 174.
Zezin, W. (35).
Ziegler, O. 382.
Ziehen, Th. 543.
Zimmermann, W. 461*.
Zincone, A. † 114.
Zitowitsch (3), (20), (38), (47).
Zotowski, M. (18), (63).
Zuckerkandl, V. 348.
Zoepffel, 153*, 521*.
Zülzer, G. 54.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Druckfehlerberichtigung.

Seite 355,	linke	Spalte,	7.	Zeile	von	unten	ist	zu	lesen	hochherzigen statt hochwürdigen.
„ 373,	rechte	„	11.	„	„	„	„	„	„	Dorpat statt Libau.
„ 374,	linke	„	1.	„	„	obern	„	„	„	Frankl Hochwart statt Franke Hochwart.
„ 396,	„	„	23.	„	„	„	„	„	„	Ileus statt Ulcus.
„ 397,	rechte	„	41.	„	„	„	„	„	„	Häckel statt Haukel.
„ 414,	linke	„	36. u. 54.	„	„	oben	„	„	„	Isotonie statt Isotomie.
„ 414,	rechte	„	9.	„	„	„	„	„	„	Isotonie statt Isotomie.
„ 419,	„	„	29.	„	„	„	„	„	„	Reval statt Libau.
„ 532,	„	„	25.	„	„	„	„	„	„	Scheurer statt Scheuer.

Seite 16 der Revue der russ. med. Zeitschriften linke Spalte, 6. Zeile von oben ist zu lesen: Dampfdesinfectionskammer statt Dampfinfectionskammer.

„ 20 der Revue der russ. med. Zeitschriften linke Spalte, 3. Zeile von unten ist zu lesen: Raptschewski statt Kaptschewski.

Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat) **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 1 St. Petersburg, den 3. (16.) Januar 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus rotundum ventriculi.

Von

Dr. H. Westphalen.

(Nach einem Vortrage auf dem V. Estländischen Aerztetage in Reval, 5.—7. Dec. 1908).

Mit zu den dankenswertesten Aufgaben des Internisten gehört die Behandlung des einfachen uncomplicierten chronischen Magengeschwürs. Nach richtig gestellter Diagnose kommt der Patient ins Bett, erhält die für die Behandlung dieser Krankheit nunmehr ganz allgemein anerkannte v. Leubesche Kost je nach Umständen Breiumschläge auf das Epigastrium und schon in wenigen Tagen sind alle Schmerzen und das Erbrechen geschwunden und so geht es zur Zufriedenheit des Patienten und seines Arztes fort, bis der Patient nach einigen Wochen das Krankenhaus verlassen, als „geheilt" ausser Behandlung treten kann.

Auf diese Weise verläuft die grosse Mehrzahl der uncomplicierten Ulcusfälle und so erklärt sich auch das procentisch günstige Heilungsresultat, welches bei Berücksichtigung der Statistiken von v. Leube[1]). — Welch[2]). — Debore und Rémond[3]) — Ewald[4]), — Warren[5]), — Schulz[6]) u. A. mit 68 % im Mittel beziffert werden kann. Doch sinkt diese Zahl mit zunehmender Beobachtungszeit, beträgt nach Warren, Schulz und Wirsing[7]) nach $^1/_2$ Jahre blos 55,5 %, um nach Ablauf einer weiteren Zeit von 5 Jahren, wenn wir uns an die Zahlen von Greenough und Sosslin[8]) halten, auf 40 % abzusinken.

Im Mittel dürfte sich mithin bei zu Grundelegung einer Beobachtungsfrist von $^1/_2$—5 Jahren das Dauerresultat der ersten internen Behandlung des Ulcus ventriculi den Angaben aus der Literatur zufolge auf 45,7 % belaufen. Von den restierenden 54,3 % können dann noch durch später wiederholte interne Behandlung 40 % zur Heilung gelangen, — so dass als definitives Resultat der Statistik hingestellt werden kann, dass 50 % aller Ulcuskranken durch eine interne Behandlung nach v. Leubeschen Principien dauernd geheilt werden. Von den verbleibenden 50 %, in die hauptsächlich die Complicationen des Ulcus hineingehören, wie die Stenose, die Perigastritis, die Blutungen etc., gegen die die interne Therapie machtlos ist, können jedoch nach Brenner[9]) und Clairmont[10]) noch weitere 50 % operativ definitiv genesen, so dass das endgültige Resultat aus der Literatur durch folgende Tabelle illustriert wird:

Definitiv genesen nach einer oder mehereren internen Curen	50 %
Definitiv genesen durch Operation	25 %
Ungeheilt bleiben	15 %
Es verstarben an Ulcus	10 %

So weit die kurzen Angaben aus der Literatur. Da ich in der Lage bin verhältnismässig viel Magenulcera zu sehen, so war es mir interessant festzustellen, in wie weit meine eigenen Dauerresultate mit diesen Angaben der Literatur übereinstimmen oder nicht. Ich habe daher mein Ulcuskrankenmaterial in dieser Richtung zusammengestellt und nur diejenigen Fälle verwertet, deren Behandlungsresultat mir mindestens 2 Jahre nach absolvierter interner oder chirurgischer Behandlung bekannt war, und zwar habe ich zur Bewertung des „Dauerresultates" 2 Jahre und nicht weniger gewählt, weil nach der Angabe von Wirsing die meisten Recidive innerhalb des 1. Jahres zu erfolgen pflegen und zwar:

2—4 Wochen nach beendeter Cur	10 mal
2 Monate nach beendeter Cur	9 „
3 „ „ „ „	5 „
4—6 „ „ „ „	13 „
7—12 „ „ „ „	6 „
nach 3 Jahren „ „	1 „

Wenn ich hierbei von Heilung spreche, so stelle ich „Heilung" gleich „Beschwerdefreiheit" — da ich ja bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der bekannten Latenzfähigkeit des Ulcus von einer Heilung nur dann sprechen könnte, wenn diese Heilung durch eine nachträgliche Section einwandfrei festgestellt worden ist. Zum Capitel Latenz des Ulcus möchte ich noch anführen, dass ich [11]) in einer früheren Arbeit über das Ulcus ventriculi angeben konnte, dass in unserem Alexander Hospital unter 28 Sectionsfällen, in denen Ulcus ventr. oder duodeni — ich mache darin keinen Unterschied — gefunden wurde, dieses 8 mal als zufälliger Befund notiert werden musste, sich intra vitam absolut durch gar keine Symptome verraten hatte. Dass es auch garnicht die frischen Fälle sind, welche so latent verlaufen, dürfte am besten durch folgenden Fall illustriert werden, den ich der Curiosität halber citiere.

Vor ein paar Jahren wurde dem Alexander Hospital ein reicher Globetrotter eingeliefert, der auf einer grossen Reise um die Welt begriffen war. Vor paar Tagen in St. Petersburg eingetroffen, schickte er sich an, ins Theater zu fahren, wurde aber daran durch den plötzlichen Ausbruch von Fieber und heftigem Kopfweh verhindert. Bei seinem Eintritt ins Hospital wurde eine Meningitis auf dem Boden eines alten Ohrenleidens festgestellt. Die auf das allergenaueste bei der Schwester des Patienten von hier erhobene Anamnese ergab nicht den geringsten Hinweis auf irgend eine Störung seiner Digestion, ihren Angaben zufolge wäre der Kranke bis auf sein altes Ohrenleiden stets gesund gewesen, hätte alles essen und trinken können und hätte in allen Hotels verkehrt. Nach einigen Tagen verstarb der Patient. Bei der Section fanden wir die eitrige Otitis und die eitrige Convexitätsmeningitis, daneben aber auch Mageninhalt in der linken Pleurahöhle, der durch Perforation eines alten ca. 10 Cc. im Durchmesser haltenden Ulcus ventriculi nach vorangegangener Verlötung und Verklebung mit dem Zwerchfell in die Pleura gelangt war, wobei vermutlich noch die Brechbewegungen infolge der Meningitis ein begünstigendes Moment hierzu abgegeben haben dürften.

Nach diesem Abwege in die Casuistik kehre ich wieder zu meiner Statistik zurück.

Unter allen meinen Ulcuspatienten gelang es mir 150 passende Fälle aufzufinden, die dem oben angeführten Anspruche hinsichtlich der Resultate — mindestens 2 Jahre a dato der Entlassung aus der Behandlung — entsprachen. Was die Diagnose des Ulcus in diesen Fällen anbetrifft, so ist dieselbe in ein par Fällen durch eine spätere Section oder durch Operation, soweit solches möglich ist, festgestellt worden. In der grossen Mehrzahl gründet sie sich auf den klinischen Befund: Schmerzen, Erbrechen, Melaena, Blutbrechen, circumscripte Symptome bei allgemeinen Hyperaciditätsbeschwerden, welche ich zur Abgrenzung des Ulcus gegen die Hyperacidität aus nervöser Ursache verlange. In einzelnen wenigen meiner Fälle habe ich den Erfolg einer Probecur nach v. Leubes Vorschlag zur Diagnose verwandt — doch sind ohne dieses immerhin die wesentlich selteneren Fälle.

Das Material von 150 Fällen habe ich zunächst in 2 Gruppen verteilt, wobei die erste Gruppe diejenigen Fälle umfasst, die durch eine einzige, oder, wo es sich um Recidive handelte, noch durch eine spätere Behandlung definitiv geheilt wurden, d. h. 2 Jahre nach der letzten Behandlung beschwerdefrei geblieben sind, während die II. Gruppe durch diejenigen Fälle vertreten ist, welche durch eine interne Behandlung zwar gebessert, aber nach Ablauf von 2 Jahren nicht frei von Beschwerden geworden sind.

Definitiv geheilt wurden durch interne Massnahmen nach v. Leubeschen Principien — blieben beschwerdefrei minimum 2 aber auch mehrere Jahre — 80 Fälle = 53 % und zwar gleich durch die erste Cur 55 Fälle = 37 %, während bei den übrigen 25 Patienten = 16 % das gleiche Resultat erst durch Wiederholung der Behandlung nach mehr oder minder kurzer Zeit erzielt werden konnte. — Unter den letzteren handelt es sich wohl meist um wahre Recidive, insofern als zwischen den Krankheitsphasen und Behandlungsperioden ein längerer Abschnitt von $\frac{1}{2}$ — 12 Jahren völliger Beschwerdefreiheit lag, was uns wohl berechtigt anzunehmen, dass es sich nicht nur um eine Latenz eines fortbestehenden Ulcus handelte, sondern um das Wiederauftreten eines neuen Ulcus — sei es an neuer Stelle, sei es auf dem Boden eines alten, schon bestanden habenden. Sehr interessant ist es bei diesen Recidiven den Gründen nachzugehen, auf welche voraussichtlich das Recidiv bezogen werden musste, wenngleich hierbei nur zu leicht Täuschungen mit unterlaufen können. In vielen und, wie mir scheint, in den meisten Fällen liess sich ein ersichtlicher Grund für das Recidiv überhaupt nicht ersinnen. Wo die Ursachen deutlich zu Tage treten, erschienen sie als sehr verschiedenartige; in einem Falle waren es Diätfehler, im anderen mechanische Momente. Heben einer schweren Last, Springen etc.; in einer ganzen Reihe von Fällen machte es den Eindruck, als wäre die unmittelbare Ursache für das Recidiv in psychischen Veranlassungen zu suchen.

Es ist daher sicherlich keine unberechtigte Forderung, dass Ulcuskranke nach absolvierter Cur zum mindesten 1 Jahr lang sich einer gewissen Diät zu befleissigen haben, auch scheint mir in dieser Hinsicht ein anderer therapeutischer Vorschlag recht beherzigenswert zu sein, den ich einer persönlichen Mitteilung des Professors v. Noorden verdanke, welcher alle seine Ulcuskranken nach Ablauf eines halben Jahres, gleichviel ob sie sich gesund oder krank fühlen, einer 2 wöchentlichen Ulcus-Liegecur im Bette unterwirft. Er glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass er bei Befolgung dieser Anordnung weniger Recidive gesehen hätte.

Gehe ich nun zu der 2. Gruppe über, so umfasst diselbe 70 = 47 % Krankheitsfälle, die auf internem Wege nicht geheilt worden sind, entweder an Complicationen erkrankten, die den Gegenstand für einen späteren chirurgischen Eingriff abgegeben haben (36 Fälle) oder mehr oder weniger krank sich durchs Leben geschleppt haben, zum Teil auch ihrem Ulcus erlegen sind (34 Fälle).

Betrachten wir diese letzte Krankheitsgruppe bezüglich ihres Verlaufes, so gleichen sie sich alle unter einander, insofern als es sich um Jahre lang bestehende Leiden handelt, welche durch eine jedesmalige Behandlung für eine Zeitlang gebessert, anscheinend latent wurden, um dann bei der geringsten Veranlassung wieder aufzuflackern, manifest zu werden.

Hierbei scheinen die Ursachen für die jedesmalige Verschlimmerung in einzelnen Fällen auf der Hand zu liegen, in anderen absolut dunkel und unklar zu sein — so gaben manche Kranke, die durch ihr langjähriges Leiden sich eine gewisse Erfahrung angelegt hatten, an und versicherten, dass sie bei vorsichtiger Kost völlig beschwerdefrei sind, beim Durchbrechen dieser, sei es selbst empirisch gefundenen oder ihnen ärztlicherseits verordneten Diät sehr bald von einer Aeusserung ihres Leidens an das Bestehen desselben in oft sehr unangenehmer Weise erinnert werden.

Beispiel H. — 62 a. n. Meister der Gummifabrik. Erste Aufnahme im D. Al. Hosp. f. M. den 9. XI. 1902. Arteriosclerose. Splanchnoptose. Seit 1 Monat Ulcusbeschwerden. Schwinden durch eine mehrwöchentliche entsprechende Behandlung. Oct. 1903 erneute Behandlung im Hospital. Ohne Beschwerden entlassen. April 1904 wieder Ausbruch der alten Beschwerden. Am 10. III. 1906 macht Patient die Angabe, dass er seit seiner Entlassung aus dem Hospital immer von Zeit zu Zeit an Schmerzen leide, was aber nur dann eintrete, wenn er sich verleiten lässt, von der ihm vorgeschriebenen Diät abzuweichen. Er unterwirft sich dann, der ihm vom Hospital her bekannten Ruhe und Diätcur, die alles wieder ins Geleise bringt. — Genau dieselbe Angabe wiederholte mir Patient im März 1907 und in diesem Jahre, wo er sich wieder einmal im Hospital befand.

Die Erklärung für ein solches Verhalten dürfte folgende sein. Das Ulcus besteht fort, ist nicht geheilt,

Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

aber latent geworden augenscheinlich so lange, als kein abnormer Reiz der Mucosa annähernd normale oder subnormale Aciditätsverhältnisse gewährleistet. Steigert sich nun die Acidität durch eine Indigestion, so tritt das Ulcus aus seiner Latenz und verrät seine Anwesenheit durch Schmerzen. Für eine solche Annahme möchte ich als Beleg die Beobachtung Wolkowitsch's[12]) an seinem „Fistelhunde" anführen, bei welchem durch einen acuten Mucosareiz eine Aciditätssteigerung eintrat, die unter Umständen, bei vorhandenen hierzu geeigneten mechanischen Momenten zur Entwickelung eines Ulcus bei dem Hunde führte. — Wie in solchen Fällen der Reiz einer Indigestion das latente Ulcus sich äussern lässt, so wirkt bei anderen Fällen eine nervöse Veranlassung, was uns ja insofern garnicht zu verwundern braucht, als wir ja durch die Experimente namentlich der Schule Pawlow's und durch die klinische Beobachtung die hochgradige Bedeutung der cerebralen Innervation für die physiologische Salzsäuresecretion und ihre pathologische Steigerung kennen gelernt haben. Unter zahlreichen ähnlichen Fällen erinnere ich mich zweier in dieser Hinsicht sehr bemerkenswerter Fälle. Der erste derselben betraf einen alten Herrn, der augenscheinlich an chronischem Ulcus leidend, schon Wochen lang sich gut befand und unter dem Einfluss einer ihm plötzlich in der Kirche mitgeteilten schweren Erkrankung eines nahen Verwandten, auf dem Wege nach Hause hypersecretorisch entleerten Magensaft erbrechen musste, welcher Zustand sehr bald von dem Wiederauftreten von Schmerzen gefolgt war. Eine andere Patientin erkrankte nach 4-jährigem Wohlbefinden nach absolvierter Ulcuscur (der Fall verlief mit schwerer Magenblutung) an einem Recidiv in augenscheinlicher Veranlassung eines schweren psychischen Choc's infolge eines miterlebten Erdbebens.

Wieder andere Patienten führen das Aufflackern ihrer Beschwerden auf mechanische Momente zurück, bei einem meiner Kranken war das Auftreten erneuter Beschwerden an schwere körperliche Arbeit — der Mann war Schmied — gebunden, bei dem Anderen an erhöhte körperliche Bewegung bei der Jagd auf moorigem Terrain.

In solchen Fällen scheint es nicht unwahrscheinlich zu sein, dass eine Zerrung an irgend einer Art perigastrischer Adhäsion das vermittelnde Moment abgibt.

Schliesslich kommen auch unter den latenten Ulcusfällen so und so viele vor, bei denen weder der Patient, noch der Arzt die jeweilige Ursache für das Manifest — werden des Ulcus angeben kann.

3 von diesen 70 Fällen dieser Gruppe sind an Perforation des Ulcus nach jahrelangem Bestehen des Leidens verstorben.

Die Hälfte aller dieser Fälle 36 sind operiert worden, darunter 32 von meinem Hospitalcollegen Dr. Fick und 4 von verschiedenen anderen Chirurgen und zwar je nach der massgebenden Indication:

wegen vorwiegender Pylorusstenose 19 Fälle
„ fortgesetzter Blutungen . . 4 „
„ Perigastritischer Beschwerden 4 „
„ Nichtheilbarkeit eines sonst nicht weiter complicierten Ulcus . . . . . . 9 „

Von den 19 wegen Stenose operierten Fällen ist mir das functionelle Resultat der Operation 2 Jahre nach der Operation von 14 Kranken bekannt. Von diesen sind durch die Operation völlig genesen und frei von Beschwerde geworden 12 Fälle = 85,7%, 1 Fall wesentlich gebessert — aber nicht ganz geheilt, insofern als eine Herabsetzung der musculären Function des Magens fortbesteht und den fortdauernden Gebrauch von Magenspülungen erfordert. 1 Fall ist schliesslich an Ulcus pepticum jejuni eingegangen. Unter den 12 definitiv genesenen Fällen befinden sich 2 Kranke, bei denen es in der Folge zur Ausbildung eines peptischen Jejunalgeschwürs gekommen ist mit starker perigastritischer Infiltration, welches aber bei interner Therapie rückgängig wurde; so dass zur Zeit die Patienten als völlig frei von Beschwerden unter die Gruppe der durch Operation Genesenen zu zählen sind.

Ein ebenso günstiges Resultat der chirurgischen Therapie, wie bei der Stenose, geben auch diejenigen Krankheitsfälle, bei denen keine Stenose bestand und die Operation vorwiegend perigastrischer Beschwerden wegen vorgenommen wurde.

Unter 4 aus dieser Veranlassung operierten Kranken verstarb der eine gleich nach der Operation. Die 3 anderen Fälle sind durch die Operation definitiv — bei allen liegen schon viele Jahre seit der Operation zurück — geheilt und absolut beschwerdefrei geworden.

Wesentlich ungünstiger gestaltet sich das Resultat der chirurgischen Intervention in den Fällen, die auf die Indication fortgesetzter Blutungen hin operiert wurden. Von den 4 Patienten dieser Gruppe starben 2 sehr bald nach der Operation, ein dritter einige Tage danach und zwar unter dem Bilde einer rätselhaften plötzlich einsetzenden Hemiplegie, für welche auch bei der Obduction kein ausreichender Grund gefunden wurde (Embolie?). Ueber den 4. Fall, welcher von Dr. Fick operiert und anscheinend genesen entlassen wurde, fehlt mir jede weitere Kenntnis, da sich derselbe der weiteren Controlle durch Verzug ins Ausland entzogen hat.

Als letzte Indication findet sich die Angabe, dass 9 Fälle aus dem Grunde operiert worden sind, weil durch interne Massnahmen trotz vielfach wiederholter Curen das Ulcus nicht zur Verteilung gebracht werden konnte, sich stets nach kurzen Phasen relativer Besserung manifestierte und den Kranken jede Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude entzog. Bei keinem von diesen Kranken bestanden Störungen, die durch grobe mechanische Complication erklärt werden konnten, und wo die Kranken gelegentlich auch einmal bluteten, so war es jedenfalls nicht die Blutung, die das ausschlaggebende Moment zur Vornahme der Operation abgab.

Unter diesen 9 Kranken haben durch die Operation ihre völlige Gesundheit wieder erlangt 4 Kranke. 1 Patient starb 1 Jahr nach der Gastroenterostomie an Perforation eines mittlerweile entstandenen peptischen Gastro-Jejunalgeschwürs, ein anderer Kranker kam bei Fortdauer seiner Beschwerden ca 1 Jahr nach der Operation zur Section, wobei ausgedehnte flächenförmige Adhäsionen des Magens entdeckt wurden und 3 Kranke kranken auch nach der Operation in derselben Weise weiter, wie vor dem chirurgischen Eingriffe.

Als Resultat meiner Erfahrungen mag folgende Tabelle dienen:

Es genasen nach 1 maliger interner Behandlung . . . . 55 Fälle = 37% } 53%
Es genasen nach mehrfach wiederholter Behandlung 25 Fälle = 16% }
Es genasen nicht durch interne Behandlung . . . . 70% = 47%

Von diesen 70 Fällen wurden operiert 36.
19 wegen Stenose des Pylorus.
4 „ Blutungen.
4 „ Perigastritis.
9 „ Nichtheilbarkeit des sonst uncomplicierten Ulcus.

Von 14 wegen Stenose Operierten war das Dauerresultat 2 Jahre post Operation bekannt.

12 waren genesen = 85,7%, 1 gebessert, 1 verstorben.

Von 4 wegen Perigastritis Operierten waren 2 Jahre nach der Operation gesund 3 Fälle, 1 verstorben.

Von 4 wegen Blutung Operierten verstarben bald nach der Operation 3 Fälle, 1 verschollen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von 9 wegen Nichtheilbarkeit des Ulcus Operierten waren nach 2 Jahren gesund 4 Fälle, 3 ungebessert, 2 an den Folgen des Ulcus verstorben.

Auf diese Weise gelang es demnach von den 64 Personen, die intern nicht geheilt werden konnten und deren Gesundheitszustand mir 2 Jahre nach der internen resp. chirurgischen Behandlung bekannt ist, 19 Kranke = 30% zur vollständigen Genesung zu bringen, während 1 Kranker durch die Operation nur gebessert, nicht geheilt wurde und 3 Kranke auch durch die Operation keine Besserung erfuhren.

Wir sehen wieder, dass das günstigste, functionelle Resultat durch Operation dort erzielt wurde, wo mechanische Störungen, Stenose und Perigastritis das Leiden complicierten, ein ungünstigeres wo wegen dauernder Heilungsrenitenz des Ulcus operiert werden musste und anscheinend noch schlechteres, wo fortgesetzte Blutungen die Indication zur Vornahme der Operation abgegeben haben.

Vergleiche ich mein Schlussresultat mit demjenigen aus der Literatur, so decken sich dieselben nahezu mit einander:

	Literatur:	Meine Resultate
intern genesen . . .	50%	53%
durch Op. genesen . .	25%	30%
durch Op. ungebessert	15%	13%

Die Operation, die angewandt wurde, war in allen Fällen die Gastroenterostomie. Nachdem von den Chirurgen die Pyloroplastik verlassen worden ist, dürfte die Gastroenterostomie, soweit ich als Internist hierüber unterrichtet bin, zur Zeit als das Normalverfahren gelten, wenngleich es auch jetzt noch immer Anhänger der Resection des Ulcus gibt. Für letztere Operation, die am eifrigsten, wie mir scheint, von v. Rydygin[13]) verfochten wird, werden folgende Gesichtspuncte ins Feld geführt: Die Resection schaffe normalere Abflussbedingungen für den Magen, ahme die physiologischen Verhältnisse am ehesten nach, sie berücksichtige die Möglichkeit einer carcinomatösen Umwandlung des Ulcus, mit welcher, namentlich bei älteren Leuten, stets gerechnet werden müsse, und schliesse die Gefahr der Ausbildung eines Ulcus pept. jejuni, welches bisher nur nach einer Gastroenterostomie wegen gutartigen Veränderungen beobachtet worden ist, aus. Von den Gegnern der Resection wird angeführt: die schwierigere Technik dieser Operation und die dadurch bedingte grössere Gefährlichkeit derselben, sowie die nicht allzu selten anzutreffende Multiplicität der Magengeschwüre.

Es sei mir gestattet, mich einen Augenblick bei diesen Puncten aufzuhalten. Die Behauptung, dass durch die Resection eines Ulcus normalere Abflussverhältnisse aus dem Magen geschaffen werden, dürfte in seiner allgemeinen Fassung nicht angestritten werden können, gestattet jedoch eine Einschränkung, wenn wir nachweisen können, dass Magenulcera nach einer Gastroenterostomie ausheilen und dass durch diese Operation die Bedingungen geschaffen werden, welche zur Ausheilung des Geschwürs führen. Beides dürfte zutreffen.

Aus der Klinik und den angeführten Zahlen wissen wir es, dass namentlich beim Ulcus, welches mit mechanischen Störungen compliciert ist, aber auch da, wo solche fehlen, ein Magenulcus durch die Operation zur Verheilung gebracht werden kann. Wir können den Nachweis hierfür erbringen durch die klinische Beobachtung, durch die Controlle bei etwaigen (Hofmann[14]), späteren Sectionen und Relaparotomien (Brenner), sowie durch das Experiment (Fiebich[15], Katzenstein[16]). Auch dem 2. Puncte, der zu Gunsten der Resection eines Ulcus erhoben wird, dürfte eine absolute theoretische Berechtigung nicht abgesprochen werden, dass durch die Resection am ehesten der Möglichkeit einer carcinomatösen Umbildung des Ulcus oder seiner Narbe vorgebeugt werde, und dass man sicherer gehe, wenn man ein Ulcus, dem man es ja bekanntlich weder klinisch, noch bei der Operation ansehen könne, ob dasselbe carcinomatös umgewandelt sei oder nicht, entferne.

Leider besitzen wir tatsächlich keine Methode, welche uns in die Lage bringen könnte, die maligne Umwandlung des Ulcus selbst oder seiner Narbe von einem Ulcus simplex zu unterscheiden, denn auch das Vorhandensein eines Tumors ist ja in dieser Richtung nicht ausschlaggebend.

Ich selbst verfüge über die Beobachtung einer ganzen Anzahl von Magenkranken, die den berechtigten Verdacht von malignen, umgewandelten Ulcera erweckten, auch in einigen Fällen, in denen operiert wurde, diesen Verdacht zu bestätigen schienen und hernach, sei es nach Operation, sei es nach interner Behandlung ein völliges Verschwinden der Tumoren gezeigt haben. Ich meine damit nicht etwa die sogen. falschen Tumore des Pylorus, von denen schon paar Mal in der Literatur die Rede gewesen ist, die ich auch schon, wenn auch selten gesehen habe, die an einem Tage gefühlt werden und am anderen Tage verschwinden, augenscheinlich auf spastischen Zuständen beruhen und schon so manches Mal falsche Diagnosen veranlasst haben, sondern die wirklich grossen, soliden, wohl auf plastischer Perigastritis beruhenden Ulcusgeschwülste, die sich erst allmählich und consequent während der Behandlung zu verkleinern pflegen.

Häufiger scheint allerdings das entgegengesetzte der Fall zu sein, dass weder klinisch, noch bei der Operation irgend etwas gefunden wird, was für malignen Tumor sprechen würde — denn auch eine Schwellung der regionären Drüsen kommt ja bei Ulcus vor und braucht nicht als typisch für Carcinom zu gelten — und es sich in der Folge doch erweist, dass schon zur Zeit der Operation eine carcinomatöse Umwandlung des Ulcus bestand. Ich entsinne mich in dieser Richtung eines Falles, der vor Jahren fast in extremis mit schwerer Pylorusstenose nach Ulcus im Hospital eingeliefert und auch bald nach seinem Eintritte gastroenterostomiert wurde. Es bestand eine ganz leichte Pylorus stricturierende Verdickung, die vom Chirurgen für sicherlich nicht carcinomatös angesprochen wurde. Die gleiche Meinung vertrat auch der Prosector bei der Section des Falles, die leider sehr bald nach der Operation vorgenommen wurde, und erst die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein carcinomatösen Gewebes in der Wand und im Boden des Ulcus. Bei einer solchen Lage der Dinge ist es denn auch erklärlich, dass alle Bestrebungen der Klinik, ich denke hierbei an die Methoden von Glucinski, Salomon und der Nachweis der sog. occulten Blutungen, der durch Boas[17]) eine ganz besondere Förderung erhalten hat, das Ulcus simplex von dem Ulcus ventr. carcinomatosum, dem Carcinom ex Ulcere rot. abzugrenzen bisher misslungen sind. Ich persönlich lege noch am ehesten Gewicht und Bedeutung auf den Nachweis sog. occulter Blutungen d. h. solcher Blutungen, die bei Berücksichtigung der hierbei notwendigen Cautelen in den Faeces auf chemischem Wege gefunden wurden (van Deensche Guajac-Aloin-Benzidenprobe) und auch nur dann, wenn die Blutungen nach Beginn einer Ulcuscur nach v. Leubeschen Principien lange fortdauern. Wie schon Schloss[18]) angegeben hat, lassen sich solche occulte Blutungen meist ca 3—10 Tage nach Beginn einer Wismuthbehandlung nach Fleiner in den Faeces nicht mehr nachweisen. Auf Grund einer grossen Reihe von einschlägigen Prüfungen glaube ich solches bestätigen zu können mit der Einschränkung, dass keine grosse makroskopisch grob wahrnehmbare Blutung vorangegangen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sei. (Haematemese oder Melaena), nach welcher die Blutreaction gelegentlich nach Wochen in den Faeces positiv sein kann. Im Augenblick dürfte die Behauptung, — so viel mir scheint, aufrecht erhalten werden können, dass bei dem Ulcus simplex ventriculi mit occulter — ich wiederhole nicht mit grober — makroskopisch erkennbarer Blutung mit Beginn der v. Leubeschen Ruhe und Diätbehandlung das Blut aus den Faeces in spätestens 14 Tagen zu verschwinden pflegt, und dass das Fortbestehen des Blutnachweises im Kot in hohem Masse zu dem Verdachte berechtigt, dass wir es in einem solchen Falle mit einer carcinomatösen Umwandlung des Ulcus zu tun haben. Einen gleichen Standpunct nimmt auch Boas zu der Frage ein.

Doch leider hat auch diese Beobachtung nur eine relative Bedeutung, insofern als es zwar sehr selten ist, dass ein Ulcus simplex länger als 14 Tage nach begonnener Behandlung fortblutet, häufiger das entgegengesetzte Verhalten, dass bei einem Carcinom ex ulcere rot. gelegentlich einmal das Bluten vollständig aufhören kann. Es bedarf daher auch die von mir herangezogene Beobachtung einer Einschränkung. Was nun die Häufigkeit der carcinomatösen Umwandlung des Ulcus ventr. anbetrifft, so wird sie von verschiedenen Autoren sehr verschieden beziffert, schwankt zwischen 2—30% (Stoll in Zürich 2%, Howard 4.8[19]), Schilling[20]) in Wien 5.5, Moynihan[21]) 10%, v. Rydygiier 30%). Nach Maya sollen 68% aller Carcinome aus dem Ulcus hervorgehen, nach Hayers[22]) Untersuchungen waren von 94 Magenkrebsen 21 aus dem Ulcus hervorgegangen.

Wir sehen mithin also diese Ziffern so variieren, dass aus ihnen kaum ein Schluss gezogen werden kann, wie oft diese carcinomatöse Umwandlung stattfindet. Ich selbst bin nicht in der Lage hierzu irgend welche Zahlenangaben zu machen, stehe aber unter dem Eindruck, als wäre die Geschwulsttendenz des Magengeschwürs kein so überaus häufiges, jedenfalls kein so häufiges Vorkommnis, das auf die Möglichkeit einer carcinomatösen Umwandlung des Ulcus allein bei der im Uebrigen allgemein anerkannten Gefährlichkeit der Resection diese Operation zum Normalverfahren bei der chirurgischen Behandlung des Ulcus erhoben werden könnte.

Der dritte Grund, auf welchen, als für die Resection sprechend hingewiesen wird, ist die Entstehung des sog. peptischen Gastrojejunalgeschwürs nach Gastroenterostomie wegen Ulcus. Dasselbe ist bekanntlich zuerst von Braun beschrieben, später von Tiegel[23]) und neuerdings von Gosset[24]) genauer bearbeitet worden. Da das Ulcus pept. jejuni bisher nur nach Operationen beobachtet worden ist, die wegen gutartiger Erkrankung des Magens, niemals wegen primären Carcinoms des Magens unternommen werden, dürfte es auch klar sein, dass es seine Entstehung denselben Bedingungen verdankt wie das primäre Magenulcus selbst. Auch ist es Katzenstein gelungen nach ausgeführter Gastroenterostomie bei Hunden durch Excision eines Stückes der Mucosa an der Vereinigungsstelle zwischen Magen und Darm und Verätzung dieser Stelle zwecks Ausbildung einer Necrose bei reichlicher Fleischfütterung um die HCl-production anzuregen — typische Ulcera pept. jejuni zu erzeugen, die mit den menschlichen Geschwüren nach Gastroenterostomie das gemeinsame haben, dass sie gleich diesen spontan in die Bauchhöhle perforieren könnten.

Ebenso wie dieses peptische Geschwür des Jejuni unter den gleichen Bedingungen entsteht, wie das richtige peptische Geschwür des Magens und des Duodenums, so scheint es aber auch andererseits durch interne Massnahmen ebenso verheilen zu können, wie dieses letztere. Unter den 5 pept. Gastrojejunalgeschwüren nach Gastroenterostomie, die ich bisher gesehen habe, perforierte eines durch die vordere Bauchwand, ein anderes in die freie Bauchhöhle, ein dritter Kranker verstarb an einer intercurenten Krankheit und in 2 Fällen, die mit hochgradiger tumorartiger Infiltration verliefen, gelang es mir vollständig durch eine typische Ulcuscur das Infiltrat zum Verschwinden und das Geschwür selbst anscheinend zur definitiven Verheilung zu bringen.

Diese Tatsache weist darauf hin, in wie hohem Masse die ursprünglich, soviel ich weiss von Mikulicz aufgestellte Forderung berechtigt ist, dass in einem jeden Falle, in welchem bei noch offenem Ulcus ventriculi operiert wurde, eine exact durchgeführte Ulcuscur zwecks Verhütung der Entstehung eines Ulcus pept. jejuni angeschlossen werden muss.

Seitdem wir im Alexander Hospital uns diese Regel zum Gesetz gemacht haben und kein bei noch bestehendem Ulcus ventriculi gastroenterostomierter Kranker das Hospital ohne streng durchgeführte Ulcuscur nach der Operation verlässt, haben wir es auch nur ein einziges Mal erlebt, dass es zur Ausbildung eines Ulcus pept. jejuni gekommen ist. Der Fall betrifft einen Patienten, der wegen Pylorusstenose bei noch offenem Ulcus operiert wurde und bei dem, aus einem von mir unabhängigen Grunde keine nachträgliche postoperative Ulcusbehandlung durchgeführt worden ist.

Es ist dieser einer der 2 Fälle, bei denen es nur dann noch nachträglich gelungen ist, durch interne Massnahmen — Diät, Liege- u. Breicur das neugebildete Ulcus zum Verheilen zu bringen. — Mithin hat es den Anschein, dass wir durch genügende Vorsicht sehr wohl imstande sind die Entstehung der peptischen Jejunalgeschwüre nach Gastroenterostomie bei Ulcus ventriculi zu verhindern, wodurch dann auch der letzte für die Resection des Ulcus sprechende Grund in Wegfall kommt. Gegen die Resection wäre schliesslich auch noch anzuführen ihre im Verhältnis zur Gastroenterostomie allgemein anerkannte grössere Gefährlichkeit und namentlich bei Ulcusfällen schwerere Technik, sowie der Umstand, dass Magengeschwüre nicht gar so selten multipel vorzukommen pflegen, was von Krönlein unter 27 Fällen 14 mal beobachtet worden ist, auch von Schuchardt und Braun als garnicht selten hingestellt wird, desgleichen glaubt auch Linossier[25]) in seiner sehr beachtenswerten Arbeit über das Ulcus, dass ungefähr in 1/5 aller Fälle multiple Ulcera angetroffen werden.

Doch es liesse sich der Vorzug der Resection vor der Gastroenterostomie auch dann noch anerkennen wenn wir beweisen könnten, dass die Resection des Ulcus bessere functionelle Resultate liefert als die Gastroenterostomie bei diesen Leiden. Doch scheint auch solches nicht einmal der Fall zu sein.

Nach 2 Jahren waren nach Brenner von 12 wegen Ulcus resecierten Fällen völlig beschwerdefrei und arbeitsfähig 8 Fälle = 66.6%. Von 22 wegen Ulcus gastroenterostomierten Fällen erfüllten diese Bedingungen 14 Fälle = 63.4%. Dasselbe Resultat ergibt sich auch aus den Angaben von Clairmont. Dauernd geheilt wurden nach Resection des Ulcus von 6 Fällen 2 = 33%, von 25 gastroenterostomierten 9 = 36 %. Also in beiden Fällen das gleiche functionelle Resultat nach Resection wie nach Gastroenterostomie. Im Gegensatz hierzu verhält sich die Mortalität nach Brenner bei Resection zu derjenigen bei Gastroenterostomie wie 28.6% : 13.3%, nach Wernecke[26]) 39 : 18%. Wie mir scheint, dürfte sowohl die oben ausgeführten Auseinandersetzungen, wie auch die zuletzt genannten Zahlen zur Evidenz beweisen, dass in der operativen Behandlung des Ulcus ventriculi der Gastroenterostomie der Vorzug vor der Resection gebührt, das erstere Verfahren als das Normale bezeichnet werden muss, wobei ein Abweichen von demselben nur durch rein individuelle Gründe gerechtfertigt werden kann. Wie ich eingangs erwähnte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheint diese Meinung tatsächlich jetzt auch von der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Chirurgen geteilt zu werden.

Wenn wir von der Praxis wieder zur Theorie zurückkehren, so ist es eine interessante Frage. Wodurch heilt denn das Ulcus nach einer Gastroenterostomie? Was wird durch die Operation im Magen verändert?

Zunächst wird die Mobilität gebessert. Wo sie vor der Operation gestört war, wird sie durch eine gelungene Gastroenterostomie normal oder gar gesteigert. Carle und Fautino [27]) nahmen an, dass sich an der Anastomosen stelle ein Sphincterverschluss heranbildet. Doch ist die Herstellung eines solchen complicierten und muscularen Innuvationsapparates a priori unwahrscheinlich, auch lässt sich derselbe selbst bei Patienten, die mehrere Jahre nach der Operation verstorben sind anatomisch nicht erweisen. Doch muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass wir uns vor der Ansicht zu hüten haben, die Anastomose wirke rein mechanisch, gewissermassen als Trichter, der möglichst an der tiefsten Stelle des Magens angebracht, die Speisen einfach vermittelst ihrer Schwere aus dem Magen in den Darm hinüberleitet. Gegen eine solche Voraussetzung spricht nicht allein das Experiment Hartmanns und Soupaults, [28]) sowie Katzensteins, die bei Gastroenterostomierten in den Magen Luft einbliesen und kein Uebertreten der Luft in den Darm beobachten konnten, sondern auch die klinische Wahrnehmung. Vor Jahren wurde eine meiner Patientinnen eine schwer hysterische enteroptotische Dame wegen schwerer atonischer Insufficienz des Magens mit tetaniformen Zuständen gastroenterostomiert. Durch die Operation wurde eine wesentlich bessere Mobilität des Magens erzielt und functionierte die Fistel gewöhnlich gut. Trat aber unter dem Einfluss psychischer Affecte eine plötzliche Innuvationshemmung des Magens ein, so verbanden sich mit derselben die subjectiven Symptome einer mangelhaften Magenentleerung, welcher objectiv eine vorübergehende hochgradige Stagnation der Ingesta im Magen entsprach. Während die Motilität des Magens durch eine Gastroenterostomie meist eine Besserung erfährt, pflegt nach Anlegung einer Magendarmfistel auch eine Veränderung in der chemischen Zusammensetzung des Mageninhalts zu erfolgen. Fast regelmässig tritt eine Verringerung der vorher bestanden habenden Hyperacidität und Hypersecretion ein. Die Salzsäurewerte werden normal oder gar subnormal. Stets finden sich nach Gastroenterostomie im Magen, gleichviel ob gleichzeitig eine Braunsche Enteroanastomose angelegt wurde oder nicht, im letzteren Falle ist solches ja ganz selbstverständlich, Galle und Pancreassaft, doch soll sich nach Neuhaus [29]) dieses Verhalten oft schon nach Wochen oder Monaten ändern und der Mageninhalt in solchem Falle längere Zeit nach der Operation frei von Galle und Pancreassecreten gefunden werden. Neuhaus greift zur Erklärung dieses eigentümlichen Verhaltens auf die ursprünglich von Power [30]) und Rogers [31]) ausgesprochene Hypothese zurück, dass die Magendarmfistel überhaupt nur eine Zeit lang functioniere und dann, nachdem sich die Musculatur des Magens erholt, die Speisen wieder ihren natürlichen Weg durch den Pylorus passieren.

Diese Ausschaltung der Anastomose aus der Function für Fälle von durchgängigem Pylorus, wird ein solches Verhalten auch von Dawson, [32]) Cameron [33]) und Moynihan angenommen, erfolge, meint Neuhaus, meistenteils infolge directer Narbenschrumpfung der Fistel, andererseits auch deswegen, weil die neuangelegte Oeffnung an der durch die Operation bewirkten allgemeinen Verkleinerung des vorher dilatierten Magens sich mit beteilige. Auch käme eine Verkleinerung der Anastomose schon deswegen zustande, weil sich die an und für sich sehr reichlich bemessene Magendarmschleimhaut in das Lumen der Fistel hineinzwänge, prolabiere. Diese interessante Behauptung eines nur zeitweiligen Functionierens der Magen-Darmfistel klingt bei Fällen ohne wesentliche Verengerung des Pylorus nicht ganz unglaubhaft, müsste aber für diejenigen Fälle, bei denen gerade wegen einer Stenose des Pförtners operiert wird, erst noch bewiesen werden, da sie doch unbedingt eine Verkleinerung des Austreibungshindernisses für den Magen zur Voraussetzung hat. Viel ist über die Frage gestritten worden, ob die Anwesenheit von Galle im Magen schädlich sei, wofür namentlich die Experimente von von Chlumsky [34]) und Steudels zu sprechen scheinen. Doch dürfte das Gegenteil durch die tägliche klinische Erfahrung erwiesen sein. Dieselbe Erfahrung widerlegt auch die Befürchtungen Rosenbergs [35]) und Sonlins, [36]) dass eine durch den reichlichen Uebertritt der Speisen in den Darm bedingte mangelhafte Neutralisation die Resorption der Speisen im Darme störend beeinflussen könne. Nicolaier hat übrigens den Nachweis geliefert, dass die Störung der Resorption nur in der ersten Zeit nach der Operation erfolge, sich aber in späterer Zeit völlig ausgleicht.

Tatsächlich sehen wir ja auch einen vor der Operation oft auf das Höchste abgemagerten Patienten nach der Operation sehr stark an Gewicht zunehmen.

Auf den Nachweis der erwähnten Veränderungen der Mobilität und des Chemismus nach Gastroenterostomie bauen sich nun die verschiedenen Theorien auf, die dahin zielen, den die Ausheilung des Ulcus befördernden Effect der Operation zu erklären. Sie lassen sich kurz in eine mechanische und eine chemische Theorie einteilen.

Auf eine mechanische Erklärung greift König [37]) zurück, wenn er annimmt, dass nach gelungener Operation der Speisebrei durch die neuangelegte Magendarmfistel passiere und hierdurch das alte Ulcus einer Berührung mit dem Magensafte weniger ausgesetzt sei. Körte [38]) und Hildebrandt [39]) sind von dieser Erklärung unbefriedigt, auch lässt sich derselben der Umstand entgegenhalten, dass operierte Patienten namentlich einige Zeit nach der Operation nicht selten die Empfindung haben, dass der Mageninhalt ganz deutlich wenigstens zeitweise den Pylorus passiert.

Mit der Annahme Königs lassen sich auch schwer das Experiment Canon und Blakes in Einklang bringen, dem zufolge bei Katzen auch bei völlig verschlossenem Pylorus eine Wismuthaufschwemmung im Magen immer zuerst an den Pylorus herangebracht wurde und erst von diesem her gegen die Gastroenterostomieöffnung hin abfloss, also ein Verhalten zeigte, welches vollkommen den physiologischen Tatsachen entspricht, welche wir durch die radiologischen Magenuntersuchungen der Neuzeit namentlich durch Holzknecht kennen gelernt haben.

Ebensowenig wie die Erklärung Koenigs befriedigt auch die Modification dieser Anschauung, welche Mering [41]) aufgestellt hat, indem er meinte, dass das Magenulcus nach Operation deswegen heile, weil der flüssige Anteil des Mageninhalts, speciell der hyperacide Magensaft, leichter durch die Magenfistel abfliesse und daher in viel weniger innige Berührung mit dem Geschwür komme.

Diese Ansicht dürfte durch ein Experiment Fibichs widerlegt sein, indem Fibich einem Hunde nach seiner Methode ein Pylorusulcus anlegte, welches durch Gastroenterostomie stets abzuheilen pflegte, gelang es ihm indessen nicht dasselbe zur Verheilung zu bringen, wenn er an Stelle der Gastroenterostomieöffnung eine Magenfistel herstellte, die durch eine eingelegte enge Glasröhre so bemessen war, dass der flüssige Mageninhalt leicht abfliessen konnte, jedoch die festen Bestandteile im Magen zurückgehalten wurden.

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Da nun die rein mechanischen Deutungen zur Erklärung des günstigen Einflusses einer Gastroenterostomie auf den weiteren Ablauf eines Magenulcus nicht auszureichen scheinen, versuchte man die Sache von der chemischen Seite hin anzugreifen und hier erscheint neben vielen anderen Katzenstein als der hauptsächliche Vertreter der chemischen Erklärungsversuche.

Da nachgewiesener Massen nach Gastroenterostomie im Magen stets Galle und Pancreassecret vorhanden sind, so findet hierdurch einesteils eine stärkere Neutralisierung des Mageninhalts, sowie weiter eine Verminderung der HClsecretion statt; da aber das Magenulcus anerkannter Weise durch die gemeinsame Einwirkung der 3 Factoren: Necrose, Pepsin und HCl. entsteht, so müssen beim Aufhören selbst eines dieser Factoren auch die Bedingung zum Fortbestehen des Geschwürs mit in Wegfall kommen, dieses selbst verteilen. Eine weitere Stütze für seine Meinung findet Katzenstein in dem Experimente, dass nach Herstellung eines kleinen Magens beim Hunde nach Pawlowscher Methode und Einführung von Iejuninhalt in den grossen Magen, in dem kleinen sich eine wesentliche reflectorische Hemmung der Magensaftsecretion bemerkbar macht, d. h. mit anderen Worten: Darminhalt im Magen neutralisiert nicht allein den sauren Inhalt des Magens, sondern hemmt auch auf nervösem Wege die Abscheidung des Magensaftes. Durch Anregung des Appetits und Fleischdarreichung kann diese Abscheidung gesteigert, durch Zufuhr von Wasser und namentlich von Fett, infolge hierdurch reflectorisch angeregter stärkerer Tätigkeit des Pancreas, vermindert werden.

Ja es kann sogar die HCl-acidität gleich O werden, wodurch natürlich jede Pepsinverordnung aufhört, während das Trypsin selbst noch in schwer sauren Medien seine verdauende Wirkung entfalten kann. Consequenter Weise empfiehlt daher Katzenstein namentlich bald nach der Operation eine Erhöhung der Pancreasausscheidungen zu bewirken und hierdurch die Heilung des Magengeschwürs zu begünstigen, nach der Gastroenterostomie die Patienten auf ein fett- und wasserreiches Regime zu setzen.

Diese Theorie hat bald nach ihrem Erscheinen vielfach Anhänger gefunden (Schönheim[42]), Bahas[43]). Cameron).

So bestechend diese Theorie nun auch klingt, so erklärt auch sie meines Erachtens nach die Frage nicht erschöpfend. Wäre die Deutung Katzensteins richtig, so blieben immerhin noch unerklärt die Entstehung des Ulcus pept. jejuni nach der Operation und der anerkannte Unterschied in der Heilungstendenz eines Ulcus nach Gastroenterostomie, je nachdem dasselbe in der Nähe des Pylorus oder entfernt von diesem belegen ist. Während ersteres nach einer Operation, so gut wie ausnahmlos heilt, pflegt beim Sitz des Ulcus an der kleinen Curvatur diese Heilung sehr häufig auszubleiben.

Ich sage oft, entschieden sehr oft, aber zum Glück nicht immer. Nach Graf[44]) sowie nach Clairmont[45]) scheint doch in der Hälfte dieser Fälle durch die Operation eine Heilung herbeigeführt zu werden. Es kann dabei Moynihan[46]) auch nur mit Einschränkung beigestimmt werden, wenn er von jeder Operation beim Sitz des Ulcus entfernt vom Pylorus abrät, diese sogar für schädlich erklärt. Wenn ich mein Material darauf ansehe, so scheint dasselbe allerdings für Moynihan zu sprechen, doch ist es viel zu gering um hierbei berücksichtigt zu werden. Von den 19 Fällen, in denen bei uns bei noch offenem nicht verheiltem Geschwür mit und ohne motorische Störungen des Magens operiert wurde, befinden sich 17 Fälle in denen das Ulcus in der Nähe des Pylorus notiert ist, in 2 Fällen befand sich das Geschwür an der kleinen Curvatur, entfernt vom Pylorus. Die ersten Fälle sind alle genesen, die beiden letzten auch nach der Operation krank geblieben. Diese Frage kann unter Umständen schwerwiegend und von entscheidender Bedeutung werden, wenn es sich darum handelt, ob Pat. wegen absolut fehlender Heilungstendenz ihres Ulcus und fehlenden Stenoseerscheinungen operiert werden sollen oder nicht.

Da wir ja niemals imstande sind bei solchen Kranken den Sitz des Ulcus zu diagnosticieren, so glaube ich doch, dass wir auch nicht das Recht haben, solche Kranke von der Operation auszuschliessen, selbst auf die Gefahr hin, das Ulcus entfernt vom Pylorus anzutreffen und ihnen infolgedessen kein mehr oder weniger sicheres Resultat durch die Operation versprechen zu können.

Die Annahme Katzensteins, dass es die verminderte Magensecretion ist, welche das Ulcus nach einer Gastroenterostomie zur Verheilung bringt, könnte aber doch noch vielleicht richtig sein, doch dann müsste es sich erweisen, dass aus irgend einem, allerdings schwer ersichtlichen Grunde die Acidität des Magensaftes nach der Operation bei dem Pylorus stärker absinkt, als bei einer Lage des Geschwürs entfernt vom Pförtner, näher zur Cardia. So weit mir solches möglich ist, habe ich unter den erwähnten 19 Fällen derjenigen Krankenbögen, wo solche Untersuchungen nach Wochen post Operation vorgenommen worden waren, darauf angesehen und folgende Zahlenwerte gefunden.

Durchschnittliche Acidität in Fällen von Ulcus nahe dem Pylorus — vor der Operation F. A. 72 HCl 58 nach der Operation F. A. 55, HCl 33.

In Fällen, wo das Ulcus näher zur Cardia belegen war F. A. 75, HCl 54 nach der Operation F. A. 64, HCl 42.

Also in beiden Gruppen Säurewerte, die dem Normalen nahekommen und unter einander nicht wesentlich differieren.

Da nun weder die rein mechanische Erklärung Koenigs, noch die chemische Auffassung Katzensteins unsere Auffassung nach den Gründen des Verhaltens des Ulcus, namentlich des Pylorusulcus völlig befriedigen kann, möchte ich mir erlauben, meine eigene Stellungnahme zur Discussion zu präcisieren.

Ich möchte annehmen, dass durch eine Gastroenterostomie doch eine Aenderung der mechanischen Verhältnisse eintritt, durch welche das Pylorusulcus unter bessere Heilungsbedingungen gesetzt ist als das Ulcus an einer entfernter vom Pylorus belegenen Stelle. Schon unter normalen Verhältnissen ist der Arbeitseffect der Musculatur am Pylorusmagen und am Pylorus selbst, welchem die periodisch eintretende Entleerung des Speisebreis in den Darm obliegt, ein wesentlich grösserer als derjenige der übrigen Magenmusculatur, die die Aufgabe hat den Mageninhalt durchzumischen.

Dass unter solchen Umständen ein am schon normalerweise mehr fixierten Pylorus belegenes Ulcus stets durch die Peristaltik gezerrt werden muss und daher schwerer heilen kann, dürfte a priori sicher sein. Ich möchte nunmehr annehmen, dass nach Etablierung einer Magendarmfistel insofern eine Aenderung der mechanischen Bedingungen im Magen eintritt, als nunmehr die Hauptrichtung des austreibenden Mageninhaltes gegen den Ort des geringen Widerstandes geleitet wird, der schon unter normalen Verhältnissen, ganz besonders aber bei Stenose des Pylorus nicht dieser selbst, sondern die neuangelegte Anastomose sein wird. Indem also die Magenperistaltik in dieser Richtung mischt findet eine Ablenkung vom Pylorus statt und es findet nicht, wie es König ausgesprochen hat, eine weniger innige Berührung des Ulcus mit dem Magensafte statt, sondern nur eine Immobilisierung des Ulcus falls es in der Nähe des Pylorus gelegen ist, und werden hierdurch die Bedingungen zu seiner Heilung geschaffen. — Das an der kleinen Curvatur belegene Geschwür wird, weil es an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Stelle belegen ist, die anderen physiologischen Bedürfnissen — speciell der besseren Vermischung des Mageninhalts zu dienen hat — von der durch die Gastroenterostomie bewirkten Richtungsveränderung der Peristaltik weniger betroffen, und kommen ihm daher auch nicht die Bedingungen zu statten, welche für das Pylorusulcus die Heilung herbeiführen. — Für meine Hypothese erlaube ich mir auch die Entstehung des Ulcus pept. jejuni nach Gastroenterostomie anzuführen. Augenscheinlich wird die Gastroenterostomiestelle nach der Operation gerade zu dem Orte am Magen, an welchem die stärkste mechanische Insultierung stattfindet und wird sich daher unter den Umständen, die überhaupt die Entstehung eines Ulcus veranlassen, an dieser Stelle am ehesten ein Ulcus pept. etablieren, während das ursprüngliche alte Ulcus nach der Operation sehr gut verheilen kann, was ja auch tatsächlich beobachtet wird. Ich erinnere daran, dass wir bei Befolgung der Forderung Mikulicz's jeder Gastroenterostomie bei mutmasslich offenem Ulcus eine interne Ulcusbehandlung anzuschliessen, wir auch keine Ulcera pept. jejuni mehr gesehen haben und nur in einem Falle gerade für die Unterlassung dieser Vorschrift durch die Entwicklung eines Ulcus pept. jejuni haben büssen müssen.

Augenscheinlich verhindern wir durch eine postoperative interne Cur entweder die Entstehung etwaiger Necrosen an der Gastroenterostomiestelle oder wo durch die Operation solche entstanden waren und das ist das wahrscheinlichere — da bringen wir diese durch eine consequente Ulcusbehandlung zur Benarbung.

Meine Hypothese wiederholt und verallgemeinert nur die Gedanken, die Dr. Fick und ich [47]) schon einmal in einer gemeinsamen Arbeit über die Perigastritis adhaesiva ausgesprochen haben, in der wir bei solchen Zuständen nicht die Lösung etwaiger Adhaesionen, es sei denn, dass es sich um strangförmige Bildungen handelt, empfehlen, sondern die Ausserfunctionsetzung des von den Adhaesionen betroffenen Magenbezirkes durch Anlegung einer Magendarmfistel.

Zum Schlusse noch eine Frage: Warum verhalten sich die verschiedenen Fälle von Ulcus so verschieden? — Dass natürlich ein Ulcus, welches sich mit mechanischen Störungen compliciert, durch therapeutische Massnahmen nicht ausheilt, ist klar, aber warum sehen wir, dass andere nicht mit palpablen mechanischen Störungen einhergehende Magengeschwüre sich klinisch so verschieden verhalten und auch unseren Heilungsbestrebungen gegenüber sich so überaus verschieden gestalten. — Das eine Ulcus heilt gleich nach der 1. Kur aus und bleibt Patient zeitlebens gesund. Ein anderes verheilt definitiv, recidiviert aber nach Jahren. Ein drittes Geschwür verheilt überhaupt nicht, wird höchstens latent, und alles dieses unter den gleichen therapeutischen Bedingungen. Wieder andere Ulcera zeichnen sich dadurch aus, dass sie bei den geringsten Veranlassungen bluten; andere bluten niemals, bekunden aber ihre Anwesenheit durch Schmerzen.

In dem einen Falle erfolgt das Recidiv stets nach digestieren Verstössen, welche von einem anderen gut vertragen werden, welches aber wiederum unter dem Einflusse psychischer Momente in die Erscheinung tritt, während wieder ein drittes sich hauptsächlich dann äussert, wenn irgend welche mechanischen Insultierungen der Magengegend erfolgen.

Welches sind die Gründe für ein solches Verhalten? Ist es etwa die mehr oder weniger lange Dauer des Leidens, bevor die Kranken in ärztliche Behandlung treten? das Alter der Patienten? ihre Lebensweise? Ich glaube, wir finden hierfür keine Antwort. Denn sehe ich meine 150 Ulcuskranken auf diese Fragen specieller an, so finde ich, dass Patienten V. 5, P. 8, B. 10, v. W. 13 Jahre fortdauernd an Ulcus gelitten haben bevor sie in Behandlung kamen und doch sind sie nach einmaliger Leubescher Kur definitiv genesen, während sich unter den ungeheilten Kranken solche finden, deren Angaben zufolge die erste Aeusserung der Krankheit bis auf 1 Monat, meist auf 1—2 Jahr zurückgeht. Es finden sich unter den Ungeheilten junge Leute und unter den völlig Geheilten Kranke von über 50 Jahren. Manche der Kranken leben auf das vorsichtigste und pedantisch, und bleiben doch krank, andere, z. B. Pat. B. führt auch nach seiner 1-maligen Kur ein Leben, das hinsichtlich des Consums an conc. Alkohol schon nicht mehr als schön bezeichnet werden kann und ist trotzdem bisher — es sind schon an die 8 Jahre darüber hingegangen — vollkommen gesund.

Das bringt auf den Gedanken — und je länger ich mich mit dem Ulcus beschäftige, um so mehr möchte ich daran festhalten, — dass auch beim Ulcus, wie bei so vielen anderen Krankheiten ein Gewisses unmittelbares Etwas — hier die bekannte S. Trias. — Necrose — HCl. — Pepsin — sehr gut das direct auslösende Moment abgeben kann, dass aber der Urgrund für das Leiden doch in einer individuellen, vielleicht sogar ererbten Disposition zu suchen ist.

Unter den 150 Fällen sind 9 Fälle, welche Geschwister unter einander und Geschwister und Eltern betreffen. Solches schien meines Wissens bisher nur Bernhard und Huber [48]) betont zu haben, [49]).

Doch familiäre und individuelle Dispositionen sind ja auch nur Worte und keine Erklärung. Worin die Disposition begründet ist, wissen wir noch nicht.

Ganz neuerdings haben Bolten und Katzenstein die Frage auf das cytologische Gebiet hinüber gespielt und versprechen sich von dieser Seite her eine Klärung der Frage. Katzenstein erwartet noch weitere Hinweise für die Behandlung des Leidens speciell durch Einführung von Antipepsin in den Magen oder das Blut Ulcuskranker.

Erhoffen wir es, dass den Worten Katzensteins bald die Tat folge.

Literatur.

1) v. Leube. Mitt. a. d. Grenzgebieten. 1897. Bd. II. 2) Welch. Poppers System of med. Bd. 4, cit. nach Boas, Diagnosen- und Theraphie der Magenkrankh. 5. Auf. 1907 p. 115. 3) Debove und Rémond. Maladies de l'estomac 1894. 4) Ewald. Die deutsche Klinik im Eingange des XX. Jahrhunderts Bd. 5. 5) Warren. Bostons med. and surgical Journal. Bd. 89, Nr. 13 cit. nach Krönlein Langenbecks Archiv 79. 6) Schulz. Mitt. a. d. Grenzgebieten, 1903 Band II. 7) Wirsing. Arch. f. Verdkrh. Bd. XI. 8) Greenough und Josslin. Brit. med. and surgical Journal 1899. cit. nach Wirsing Arch. f. Verdkrank. XI. 9) Bremer, Langenbeck's Archv. 78. 10) Clairmont, Langenbeck's Arch. 76. 11) Westphalen. St. Petersb. med. Wochenschr. 1902, Nr. 22 u. 23. 12) Wolkowitsch cts. bei Wassiljeff. Die Behandlung des runden Magengeschwüres Fayew. 1901. 13) v. Rydygin. Berl. kl. Wochenschr. 1906, Nr. 37. 14) Hofmann. Beiträge z. Chir. Bd. 50. 15) Fibeck, Langenbecks Arch. Bd. 79. 16) Katzenstein. D. med. Wochenschrift. 1907, Nr. 3 u. 4. 17) Boas. D. med. Wochenschrift 1903, Nr. 47. 18) Schloss, Arch. f. Verdkrh. Bd. X. 19) Howard. American. Journ. of med. sciences Dec. 1904. 20) Schilling. Das peptische Magengeschwür, Berliner Klinik Heft. 206, Aug. 1905. 21) Moynihan. Practitioner, Sept. 1904, ref. Arch. f. Verdkr. XI. p. 102. 22) Hanern. Acad. de méd. 1908. 23) Tiegel. Mitt. a. d. Grenzgebiete, XIII. 24) Gosset. Revue de chir. 1905. 25) Linossier. Rapport sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac. Congrés français de médécine 1907. 26) Warnecke. Ueber die Indication zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Preisschrft. Göttingen, 1904. 27) Carle und Fautino, Langenbecks Arch. 56. 28) Hartmann und Sapault. Presse méd. 1899. 29) Neuhaus. Samml. kl. Vorträge Nr. 486, 1908. 30) Porser. St. Barthol. Hosp. rep. 1905, Vol. 41, cit. bei Neuhaus. 31) Rojers. Annales of surgery, 1904. Nr. 4 cit. bei Neuhaus. 32) Duson. Brit. med. Journal,

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

1908, 9. Mai. 33) Cameron. Brit. med. Journal, 1908, 18. Jan. 34) Chlumong. Beiträge z. klin. Chir. 1898 u. 1900. 35) Rosenberg. Arch. f. Physiol. Bd. 73. 36) Josslin. Berl. kl. Wochenschrif 1897, Nr. 48. 37) Koenig. D. med. Wochenschr. 1906 Nr. 33. Vereinsbeiträge p. 1358. 38) Körts. D. med. Wochenschr. 1906, Nr. 4. 39) Hildebrandt. Berl. kl. Wochenschrift 1907, Nr. 25. 40) Cannon and Blake. Gastroenterostomy and pyloroplastic an experiment stydy by mans of the Röntgenrays. Divesin of surgery of the med. school of Howard University Boston. 41) Mering. Lehrbuch d. wissensch. Medicin. 42) Schönham. Arch. f. Vrdkrh. XIV. 43) Balas. D. med. Wochenschrift 1908, Nr. 1. 44) Graf. D. Zeitschrift f. Chir. Bd. 90. 45) Mairmont. 80. Naturforscherversammlung in Cöln 1908 ref. D. med. Wochenschrift. 1908, Nr. 41. Vereinsb. 46) Moyiteau. Brst. med. Journal 1908, 9. Mai. 47) Westphalen und. Fick. D. med. Wochenschrift 1899, Nr. 52. 48) Huber. Münch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 5. 49) Boltors. Laucet, 9. Mai 1908. 50) Katzenstein. Berliner klinische Wochenschrift 1908, Nr. 39.

Aus dem Deutschen Alexanderhospital in St. Petersburg.

Ueber paranephritische Abscesse [1].

Von

Dr. med. Wold. Fick.

Obgleich in pathologisch-anatomischer Beziehung kaum von eitrigen Zellgewebsentzündungen in anderen Körperregionen verschieden, sind die eitrigen Entzündungen der Nierenfettkapsel schon seit längerer Zeit als eine Krankheit sui generis aufgefasst und beschrieben worden. Diese Sonderstellung ist bedingt sowohl durch die interessante Aetiologie dieser Abscesse, als auch durch die unter Umständen schwierige Diagnose, die durch die versteckte Lage des Entzündungsherdes bedingt ist. Schon im Jahre 1841 hatte Rayer [2]) die paranephritischen Abscesse als gesondertes Krankheitsbild dargestellt. Was die Nomenclatur anbetrifft, so bezeichnet man jetzt allgemein als „Paranephritis" die Entzündung des die Niere umgebenden Fettgewebes, während die Benennung „Perinephritis" der Entzündung der Bindegewebskapsel der Niere zukommt. Zum leichteren Verständnis des Folgenden seien hier einige anatomische Bemerkungen vorausgeschickt, die ich der Arbeit von Maass [3]) entnehme. Nach einer älteren Anschauung stellt die Fettkapsel der Niere nichts anderes dar als eine stärkere Ansammlung des retroperitonealen Fettgewebes, das an der hinteren Bauchwand überall die Zwischenräume zwischen den einzelnen Organen ausfüllt. Neuere Untersuchungen haben die Irrigkeit dieser Anschauung nachgewiesen und festgestellt, dass die Fettkapsel der Niere durch ein deutlich ausgesprochenes Fascienblatt vom retroperitonealen Fettgewebe abgegrenzt ist. Nur nach unten längs dem Ureter findet ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Nierenfettgewebe und dem retroperitonealen Fettgewebe statt, während nach hinten die Abgrenzung am deutlichsten ausgesprochen ist. Weitere Untersuchungen haben dann ergeben, dass das Blut- und Lymphgefässsystem der Nierenfettkapsel mit dem der Niere selbst in äusserst inniger Verbindung steht. Diese anatomischen Tatsachen sind von grösster Wichtigkeit für die Aetiologie der paranephritischen Abscesse, in welcher erst in letzter Zeit völlige Klarheit hergestellt ist.

Aetiologie. Schon lange war es bekannt, dass in der Umgebung der Niere eitrige Entzündungen vorkommen, die ein scheinbar primäres Leiden darstellen. Man stellte sie in Gegensatz zu den secundären Entzündungen, die sich im Anschluss an benachbarte Abscesse auf das Nierenfettgewebe fortsetzen. Die primären Paranephritiden suchte man durch Erkältung und namentlich durch Traumen zu erklären. Je mehr aber unsere Kenntnisse über die bacteriellen Ursachen aller Eiterungen zunahmen, um so weniger befriedigte diese Erklärung. Noch bevor der ätiologische Zusammenhang in allen Einzelheiten klargestellt war, hatte man die Tatsache constatiert, dass die paranephritischen Abscesse sich häufig im Anschluss an weit entfernte, oft unbedeutende Eiterungen entwickeln. Heute, wo wir über die Ursache der paranephritischen Abscesse im Klaren sind, müssen wir nicht mehr primäre und secundäre, sondern metastatische und fortgeleitete paranephritische Abscesse unterscheiden. Die Träger als idiopatisch oder primär bezeichneten Abscesse sind als metastatisch erkannt worden und über den Weg, den die Infection genommen, besteht kein Zweifel mehr.

Wir betrachten zunächst die fortgeleiteten Abscesse. Dieselben schliessen sich an Eiterungen in der Umgebung an, die direct auf das Nierenfettgewebe übergreifen. In diesen Fällen ist der Sitz des ursprünglichen Entzündungsherdes meist leicht festzustellen. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Niere selbst der Ausgangspunct der Entzündung. Steinbildung in der Niere Pyonephrose, Pyelitis u. s. w. können dank dem innigen Zusammenhange des betreffenden Blut- und Lymphgefässsystems auf die Capsula adiposa übergreifen und zur Vereiterung des Fettgewebes führen. In ähnlicher Weise sieht man auch tuberculöse Processe von Niere und Nierenbecken in das Fettgewebe übergehen. An zweiter Stelle kommen dann die Eiterungen im Beckenbindegewebe in betracht, die sich ascendierend auf das Nierenfettgewebe fortpflanzen. Beim Mann spielen die gonorrhoischen Processe die Hauptrolle, während beim Weibe die puerperalen Entzündungen der Parametrien in erster Linie in betracht kommen. Auch Eiterungen, die von den unteren Extremitäten ausgehen und längs den grossen Gefässen aufsteigen, können durch Vermittlung des Beckenzellgewebes die Capsula adiposa renis befallen. Auch im Anschluss an Operationen an den Beckenorganen und im Anschluss an eitrige Appendicitis hat man das Auftreten von paranephritischen Abscessen beobachtet. Endlich können eitrige Processe in der Brusthöhle sich nach Durchbrechung des Zwerchfells auf die Nierenfettkapsel fortsetzen (Lungengangrän). Interessanter ist die Aetiologie der metastatischen Abscesse in den Paranephrien. Die Tatsache, dass paranephritische Abscesse sich nicht selten an Furunkel und Panaritien anschliessen, war, wie ich schon erwähnte, bekannt, bevor man sich über den engeren Zusammenhang dieser Erkrankungen im Klaren war. Mit der wachsenden Erkenntnis der Eiterungsprocesse wurde der metastatische Character der paranephritischen Abscesse bald ausser Frage gestellt, und nur die Frage, warum gerade das pararenale Fettgewebe der bevorzugte Ort dieser Metastasen ist, blieb zunächst unbeantwortet. Auch darüber sind wir jetzt sowohl durch klinische wie durch experimentelle Erfahrungen genau unterrichtet durch die Arbeiten von Küster [1]), Israel (Maass) [2]), Jordan [3]) und Schnitzler [4]). Klinisch wurde bei Operationen nachgewiesen, dass die Eiterung der Nierenfettkapsel ihren Ausgang nimmt von metastatischen Abscessen in der Nierenrinde,

[1]) Nach einem Vortrage.
[2]) Cit. nach «Handbuch der practischen Chirurgie» v. Bergmann, Bruns und Mikulicz.
[3]) Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge Nr. 170. (Daselbst Literaturverzeichnis).

[1]) Deutsche Chirurgie. Lieferung 52.
[2]) l. c.
[3]) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1905.
[4]) ibidem.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die, wohl meist durch Perforation, direct das Fettgewebe inficieren. Durch das Experiment wurde ferner nachgewiesen, dass bei Injectionen von nicht tödlichen Mengen von Staphylococcen in die Blutbahn von Kaninchen multiple Abscesse in der Nierenrinde entstehen, die traumatisiert zu pararenalen Eiterungen führen. Durch dieses Experiment war auch die Bedeutung des Traumas in der Aetiologie der paranephritischen Abscesse beim Menschen dem Verständnis näher gebracht (Schnitzler).

Die Abscesse in der Nierenrinde entstehen auf embolischem Wege ganz analog den Eiterungen im Knochenmark, in Strumen u. s. w. nur ist die Localisation in der Niere leichter erklärlich als dieses Organ der Ausscheidungsort der im Blute kreisenden Mikroorganismen ist. Tatsächlich kommen Eiterungen in der Nierenrinde wohl viel häufiger vor, als man sie klinisch mit Sicherheit nachweisen kann. Vorübergehende Albuminurien, nur mikroskopisch nachweisbare Hämaturien, ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens, die man nach Eiterungen und nach Infectionskrankheiten beobachten kann, mögen durch solche kleine Nierenrindenabscesse bedingt sein, die durch Perforation in die Harnkanälchen zur Ausheilung kommen.

Die Eingangspforten für die Mikroorganismen werden wir in den verschiedensten Eiterungs- und Entzündungsprocessen zu suchen haben, doch lehrt die Erfahrung, dass einige Localisationen ganz besonders häufig Nierenmetastasen geben. So wurde schon auf die Panaritien und die Fingerfurunkel hingewiesen. Es ist wohl anzunehmen, dass die ungenügende Schonung bei diesen Affectionen, Bewegung u. s. w. eine Verschleppung der Mikroorganismen in die Blutbahn begünstigt. Ferner hat man nach verschiedenen Infectionskrankheiten, die mit Eiterung und Geschwürsbildung einhergehen, das Auftreten von paranephritischen Abscessen beobachtet, so nach Scharlach, Diphtherie, Typhus. Auch die Möglichkeit des Eintritts der Infectionsträger durch die lymphatischen Apparate des Schlundes und des Darmes ist nicht von der Hand zu weisen. Wir müssen also in den Nierenrindenabscessen nichts anderes sehen als den Ausdruck einer Allgemeininfection des Organismus mit pyogenem Material, allerdings in einer milden Form, da es sich fast stets um eine einzige Metastase handelt. Es ist als ob die vom Organismus schon fast vollkommen überwundenen und zur Ausscheidung bestimmten Krankheitserreger sich noch im letzten Moment im Ausscheidungsorgan zu einem letzten Angriff aufrafften.

Pathologische Anatomie. Die paranephritischen Abscesse entwickeln sich in der grössten Mehrzahl der Fälle an der hinteren Fläche der Niere, wo das Fettgewebe seine grösste Dicke erreicht. Das Vorkommen an der Vorderfläche der Niere wird von manchen Autoren ganz geleugnet. Der Umstand, dass sich die Abscesse in der Tiefe, umgeben vom straffen Bindegewebe und grossen Muskellagern entwickeln, bringt es mit sich, dass in pathologisch-anatomischer Hinsicht gewisse Eigentümlichkeiten zum Ausdruck kommen. Eine Folge dieser Localisation ist das lange Beschränktbleiben auf den primären Entzündungsherd und die relativ geringe Tendenz zum Uebergreifen auf die Nachbarschaft. Daher kommen auch die Abwehrvorrichtungen des Organismus ganz besonders deutlich zum Ausdruck: wir sehen, dass die Abscesse in nicht allzu langer Zeit durch mächtige Schwarten von neugebildetem Bindegewebe gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt werden. In diese Schwarten wühlt sich der Eiter in buchtigen Gängen hinein, um aber in immer wieder sich neubildendem Bindegewebe ein Hindernis zu finden. So können solche Abscesse sogar Jahre lang in fester Kapsel eingeschlossen liegen, wobei der Eiter allmählich eingedickt wird und in krümlichen Detritus verwandelt werden kann. So kommt es zu einer Art von spontaner Heilung oder vielmehr zu einem Latentstadium, wie wir es in ähnlicher Weise auch in alten osteomyelitischen Herden beobachten können. Eine Gelegenheitsursache, wie etwa ein Trauma, kann hier wie dort den Process wieder zum Aufflammen bringen. Ein Latentwerden ist immerhin ein sehr seltenes Vorkommnis. Meist greift der Abscess, wenn keine chirurgische Hilfe eintritt, nach Ueberwindung der Bindegewebsschwarten auf die Nachbarschaft über und kommt schliesslich nach aussen oder in eine der Körperhöhlen zum Durchbruch. Je nachdem, welcher Teil der Niere der Ausgangspunct des Abscesses war, pflegt der Eiter in der Weiterverbreitung verschiedene Wege einzuschlagen. Bei der grossen Häufigkeit der paranephritischen Abscesse an der Hinterfläche der Niere kommt es auch am häufigsten zum Durchbruch der fascia retrorenalis (Zuckerkandl), worauf sich der Eiter in den Muskelinterstitien der Lendengegend ausbreitet. Es kommt dann schliesslich zur Fluctuation und zum Durchbruch nach aussen.

Bei Entwicklung der Abscesse am oberen Pol der Niere zeigt der Eiter das Bestreben, gegen das Zwerchfell vorzudringen. Es bildet sich ein subphrenischer Abscess, der, wie wohl ohne Weiteres klar, extroperitoneal gelegen ist. Weiter wird dann das Zwerchfell selbst ergriffen und nicht selten kommt es zum Durchbruch in die Pleura. Andererseits kann aber auch die Pleura diaphragmatica mit der Lungenpleura verwachsen und der Eiterungsprocess auf die Lunge übergreifen, wodurch ein Durchbruch in den Bronchialbaum ermöglicht wird. Auf diese Weise sind Heilungen beobachtet worden. Mein 4-ter Fall ist ein gutes Beispiel für diese Verbreitungsweise des Eiters. Nach längerer Krankheit, deren Diagnose nicht feststand, entleerte Patient plötzlich unter heftigen Hustenstössen grosse Mengen von Eiter durch die linke Lunge. Nach Spaltung des Abscesses in der nur mässig vorgewölbten linken Lendengegend hörte die Eiterexpectoration auf, trotzdem entwickelte sich erst jetzt eine anfangs seröse, allmählich eitrig werdende Pleuritis, die eine Thoracotomie erforderte.

Entsteht die Eiterung am unteren Pol der Niere, so hat der Eiter die Tendenz längs dem Ureter ins Beckenzellgewebe nach unten vorzudringen. Die Senkung erfolgt um so rascher, als, wie wir gesehen haben, das Nierenfett nach unten durch keine Bindegewebsplatte abgegrenzt ist. Solche Abscesse können analog den spondylitischen unter dem Poupartschen Bande zum Vorschein kommen. Spielt der Process auf der rechten Seite des Körpers, so können Verwechslungen mit perityphlitischen Abscessen vorkommen. Ich habe meinen 2-ten Fall unter dieser Diagnose operiert und mich erst bei der Operation von dem Intactsein des Appendix und von der retroperitonealen Lage des Abscesses überzeugt.

Wir sehen, dass die Wege, die der paranephritische Eiter bei seiner Wanderung nach oben und nach unten nimmt, dieselben sind, wie die, auf denen die Eiterungsprocesse aus den Nachbarorganen in umgekehrter Richtung auf das Paranephrium übergreifen. Es kann daher unter Umständen schwer sein, den primären Herd der Erkrankung festzustellen.

Als seltenere Ausgänge der paranephritischen Abscesse seien erwähnt der Durchbruch des Eiters in die freie Bauchhöhle, in das Duodenum, den Dickdarm und die Blase.

Symptome. Der Beginn der acuten, eitrigen Paranephritis gleicht dem einer acuten Infectionskrankheit. Entweder plötzlich mit Schüttelfrost, oder allmählich steigt die Körpertemperatur unter allgemeinen Krankheitserscheinungen wie Mattigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen oft zu beträchtlicher Höhe an. Der Character des Fiebers ist im Anfang meist ein continuierlicher mit geringen Differenzen zwischen Morgen- und Abendtempe-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ratur. Erst im späteren Verlaufe der Krankheit entwickelt sich allmählich der pyämische Typus des Fiebers mit tiefen Remissionen und gelegentlichen Schüttelfrösten beim Anstieg der Temperatur. Die spontanen Schmerzen in der Lendengegend der erkrankten Körperseite pflegen im Anfang gering zu sein und werden meist als die bekannten, durch das Fieber bedingten Rückenschmerzen gedeutet. Erst bei grösserer Eiteransammlung werden die Schmerzen heftiger und präciser von den Kranken localisiert. Durch Druck unterhalb der zwölften Rippe und durch Bewegungen des Körpers werden die Schmerzen gesteigert. Wenn sich der Abscess von der hinteren Fläche der Niere entwickelt, so tritt ziemlich früh eine Bewegungsbeschränkung der Wirbelsäule in typischer Weise ein. Während die seitlichen Bewegungen der Wirbelsäule nach der kranken Seite hin nahezu vollständig frei bleiben, werden Beugungen der Wirbelsäule nach der gesunden Seite von den Kranken ängstlich vermieden, offenbar, weil der Eiter durch Spannung der Weichteile unter stärkeren Druck gesetzt wird, wodurch Schmerzen entstehen. Ausser den Schmerzen in der Nierengegend werden von den Kranken nicht selten Schmerzen angegeben, die in andere Körperregionen ausstrahlen, so namentlich in die Schultern, in die Beine, in die Oberschenkel und in die Genitalien.

Das characteristischste Symptom der sich nach hinten entwickelnden paranephritischen Abscesse ist die Vorwölbung der Lendengegend der erkrankten Seite. Noch bevor dieselbe dem Auge wahrnehmbar ist, kann sie bei zarter Palpation in Rückenlage des Patienten gefühlt werden. Je näher der Eiter der Körperoberfläche kommt, um so stärker wird die Vorwölbung, und es stellt sich teigige Schwellung der Weichteile und Oedem der Haut ein. Nicht selten gelingt es, in diesem Stadium tiefe Fluctuationen nachzuweisen. Bei grösseren Abscessen ist bei bimanueller Palpation deutliches Ballotement nachweisbar. Aber auch bei ganz kleinen Abscessen wird man auch schon in frühen Stadien eine stärkere Füllung und grössere Resistenz auf der kranken Seite im Vergleiche zur gesunden nachweisen können.

Bei Ausbreitung der paranephritischen Abscesse nach oben oder nach unten tritt die Schwellung in der Lendengegend natürlich mehr in den Hintergrund, und es machen sich Erscheinungen bemerkbar, die auf die Beteiligung der Nachbarorgane hinweisen. Man wird bei Ausbreitung nach oben Erscheinungen von seiten des Zwerchfells und der Pleura erwarten dürfen, während bei Fortschreiten des Processes nach unten Beugecontractur der Beine und ausstrahlende Schmerzen in die Beckenorgane und die Beine beobachtet werden. Doch greifen die Symptome so vielfach in einander, dass es schwer ist, nach dem Sitze der Schmerzen sichere Schlüsse auf den Sitz des Eiters und seinen Verbreitungsweg zu ziehen. Erst objectiv nachweisbare Veränderungen an Nachbarorganen beweisen deren Befallensein.

Von einigen weniger constanten Symptomen der eitrigen Paranephritis sei die oft sehr hartnäckige Obstipation erwähnt, für deren Deutung man sowohl die directe Compression des Colons durch den Abscess als auch die peritoneale Reizung herangezogen hat. Letzterer wird auch das im Anfang der Erkrankung nicht seltene Erbrechen zugeschoben.

Diagnose. Die Diagnose der eitrigen Paranephritis ist nicht schwer, wenn die characteristischen Veränderungen in der Lendengegend deutlich ausgesprochen sind. Bis es aber dazu kommt, hat der Patient meist schon ein wochenlanges Krankenlager hinter sich und ist durch das protrahierte Fieber und die Eiterresorption schwer geschädigt. Es ist daher ein ganz besonderes Gewicht auf die frühzeitige Diagnose der Krankheit zu legen. Durchmustert man aber die Krankengeschichten in der Literatur, so erfährt man, dass namentlich in der älteren Zeit kaum je Frühdiagnosen gestellt worden sind. Das liegt weniger an der Schwierigkeit der Diagnose als solcher, als vielmehr daran, dass die eitrige Paranephritis eine relativ seltene Krankheit ist, die nicht jeder Arzt gesehn hat, und die daher nicht eo ipso in den Kreis diagnostischer Erwägungen gezogen wird. Der fieberhafte Beginn, die unbestimmten Krankheitserscheinungen und leichte Darmstörungen lassen im Anfang an eine acute Infectionskrankheit denken und zwar ist es namentlich der Typhus abdominalis, für den die eitrige Paranephritis gehalten wird. Treten die localen Erscheinungen, namentlich die Schmerzen, mehr in den Hintergrund, so muss allerdings zugegeben werden, dass das Krankheitsbild ausserordentlich ähnlich sein kann. Spielt die Paranephritis links, so werden die Schmerzen leicht auf den Milztumor bezogen, der meist vorhanden ist. Wenn man bedenkt, dass die eitrige Paranephritis, wie schon erwähnt wurde, sich tatsächlich an einen Typhus anschliessen kann, so wird es nicht Wunder nehmen, dass es oft schwer hält, rasch zur richtigen Diagnose zu kommen. Doch werden die neueren bacteriologischen Hilfsmittel, die Widalsche Reaction u. s. w. in solchen Fällen Klarheit schaffen können. Auch die Leucocytenzählung kann wichtige Aufschlüsse ergeben.

Von anderen Infectionskrankheiten, die mit Paranephritis verwechselt worden sind, ist die Malaria zu erwähnen. Der gelegentlich stark intermittierende Charakter des Fiebers bei Paranephritis dürfte diese Verwechslung zur Genüge erklären. Die Diagnose einer eitrigen Pleuritis oder einer Pneumonie ist ebenfalls verständlich, wenn man bedenkt, dass die am oberen Nierenpol localisierten Paranephritiden früher auf das Zwerchfell übergreifen können, bevor in der Lendengegend characteristische Zeichen auftreten. Gerade dieses Uebergreifen der Paranephritis auf benachbarte lebenswichtige Organe erheischt eine frühzeitige Diagnose. Nach dieser Richtung hin sind wir in den letzten Jahren rasch vorwärts gekommen, und es ist ein Verdienst Jordans, auf die characteristischen Frühsymptome aufmerksam gemacht zu haben. Nach Jordan muss die Diagnose basiert sein auf dem Nachweis einer Eingangspforte für die Eiterung, auf dem überaus characteristischen Druckschmerz unterhalb der zwölften Rippe und auf dem Nachweis der Vergrösserung der Niere auf der kranken Seite. Jordan meint, dass auf dieser Basis schon der Nierenabscess diagnosticiert werden könne, bevor er durch Perforation zur eitrigen Paranephritis führt. Israel bestätigt diese Angaben und fügt hinzu, dass durch den Ureterenkatheterismus weitere Anhaltspuncte für die Diagnose im frühen Stadium beigebracht werden können, insofern als im Urin der kranken Niere rote Blutkörperchen gefunden werden, die auf einen Congestionszustand des Organs hinweisen. Tatsächlich sind denn auch auf Grund so frühzeitiger Diagnose chirurgische Eingriffe ausgeführt worden, die die Krankheit rasch zu günstigem Ausgang geführt haben.

Die Diagnose der fortgeleiteten Paranephritiden braucht nicht näher erörtert zu werden, da die Krankheit in diesen Fällen in engster Abhängigkeit vom Primärleiden steht, dessen Erkennung keine Schwierigkeiten machen dürfte.

Prognose und Verlauf. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die eitrige Paranephritis durch spontanen Durchbruch des Eiters zur Ausheilung kommen kann, wenn der Durchbruch nach aussen oder in den Darm oder allenfalls noch in die Lunge erfolgt. Immerhin sind solche Ausgänge als Glücksfälle anzusehn und die Prognose ist durchaus ungünstig zu stellen, wenn keine chirurgische Hilfe erfolgt. Bei zweckentsprechender Behandlung ist die Prognose der Paranephritis sehr verschieden, je nachdem, ob es sich um die fortgeleitete oder metastatische

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Form der Erkrankung handelt. Eiterungsprocesse der Nachbarorgane, die von solcher Intensität oder Dauer gewesen sind, dass sie auf das Paranephrium übergreifen, sind meist so bösartiger Natur (Appendicitis, Lungengangrän, Pyonephrose etc.), dass sie an sich schon die böseste Prognose geben und das Hinzutreten der Paranephritis an der Sachlage kaum etwas ändert. Für die fortgeleiteten Paranephritiden berechnet Küster nach den Angaben der Literatur eine Mortalität von 49%. Die Prognose dieser Paranephritiden ist ausschliesslich bestimmt durch den Character des primären Leidens.

Ganz anders steht es mit der Prognose der metastatischen Form der eitrigen Paranephritis. Obgleich wir diese Form als den Ausdruck einer Allgemeininfection des Organismus mit pyogenem Material ansehen müssen, müssen wir andererseits sagen, dass es sich um die leichteste Form der Pyämie handelt, sofern die Paranephritis, wie das in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle geschieht, die einzige Metastasenbildung darstellt. Infolge dieses günstigen Umstandes ist es verständlich, dass bei sachgemässer Behandlung die Prognose der metastatischen Paranephritis keine schlechte ist. Küster berechnet hier nur 17% Mortalität. Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass die Prognose in der letzten Zeit noch erheblich besser geworden ist, dank frühzeitiger Diagnosenstellung und energischer, chirurgischer Behandlung. In den selteneren Fällen, wo die eitrige Paranephritis nicht die einzige Localisation der Pyämie, sondern nur eine von vielen darstellt, ist die Prognose natürlich absolut ungünstig, wenn die anderen Metastasen lebenswichtige Organe betreffen. Ein Beispiel dafür bietet mein 2. Fall, bei dem ausser der Paranephritis eitrige Mediastinitis, Pericarditis und zahlreiche Nieren- und Lungenabscesse bestanden.

Therapie. Dass die Therapie eine chirurgische sein muss und in breiter Eröffnung des Eiterherdes zu bestehen hat, unterliegt keinem Zweifel. Unser ganzes Bemühen ist darauf zu richten, diese Therapie so früh als möglich einzuleiten. Ob es möglich sein wird, wie Jordan es verlangt, das Eintreten der eitrigen Paranephritis durch rechtzeitige Freilegung der Niere und Spaltung des renalen Abscesses zu verhindern, erscheint mir für die Mehrzahl der Fälle sehr fraglich. Wohl aber dürfte die Forderung berechtigt sein, dass der chirurgische Eingriff zu einer Zeit geschieht, wo noch nicht dicke Schwarten eine Orientierung unmöglich machen, denn es ist jedenfalls wünschenswert, dass der primäre Nierenherd noch als solcher zu erkennen und eventuell chirurgischer Behandlung zugänglich zu machen ist. Nur damit ist absolute Garantie für gründliche Entleerung des Eiters gegeben.

Man wird die Paranephritis meist von der Lumbalgegend angehen, und nur selten dürfte sich ein anderer Weg gangbarer erweisen. So habe ich meinen Fall, allerdings unter der Diagnose Appendicitis, von der vorderen Bauchwand her eröffnet. Es war aber der Ort, wo man am bequemsten an den Abscess herankam.

Nach Eröffnung des Abscesses sieht man meist rasche Heilung eintreten, die Eiterabsonderung versiecht bald und die Wunde verkleinert sich durch lebhafte Granulationsbildung. Die Temperatur fällt meist in wenigen Tagen zur Norm. Doch macht Jordan darauf aufmerksam, dass unter Umständen erneute Fieberbewegungen eintreten können, die durch eitrige Nephritis bedingt, aber der Ausheilung fähig sind.

Krankengeschichten. I. D. F., 44 Jahre alt, Maschinist, eingetreten am 19. October 1900, entlassen am 5. Januar 1901. Patient erkrankte im August an einem Nackenkarbunkel. Einen Monat später Schmerzen in der linken Lendengegend und in der Blasengegend. Seit einigen Tagen Schwellung in der linken Lendengegend. Fieber. Husten. Schmerzen beim tiefen Atmen. Gelegentlich Schmerzen beim Urinieren.

St. pr.: Mittlere Grösse. Guter Ernährungszustand. Zunge belegt, trocken. Temp. 39. Puls 108. Respiration 32—34. Bei tiefem Atmen Hustenreiz.

Herzgrenzen normal. Töne rein.

Rechte Lunge normal. Ueber der linken Lunge hinten unten zwei Finger breite Dämpfung. Atemgeräusch daselbst abgeschwächt, bronchial. Stimmfremitus aufgehoben. Knisterrasseln.

Leber normal. Linke Lendengegend leicht vorgewölbt, schmerzhaft, keine Fluctuation. Blasengegend druckempfindlich. Urin: spec. Gew. 1015. Keine pathologischen Bestandteile. Keine abnormen Formelemente. Probepunction negativ.

22./X. Schmerzen in der linken Nierengegend, längs dem Ureter in die Blase ausstrahlend. Probepunction wieder negativ.

25./X. Kritischer Abfall der Temperatur unter bedeutender Besserung des Allgemeinbefindens. Im Urin Leucocyten und verfettete Epithelien. Lungenbefund unverändert.

3./XI. Temperatur steigt wieder an. Stärkere Resistenz und Druckempfindlichkeit in der linken Nierengegend. Compressionserscheinungen über den unteren Partien der linken Lunge unverändert. Im Urin Eiterkörperchen und Bacterien in mässiger Menge.

4./XI. Deutlichere Vorwölbung der linken Flankengegend.

10./XI. Zunehmende Schmerzhaftigkeit und Infiltration in der linken Lendengegend.

16./XI. Starke Schmerzen beim Urinieren. Fieber steigt.

18./XI. Operation. Schnitt parallel der Wirbelsäule über die stärkste Vorwölbung. Eröffnung eines grossen Abscesses hinter und über der linken Niere, der sich weit unter das Zwergfell erstreckt. Drainage.

19./XI. Temperatur abgefallen. Allgemeinbefinden gut.

Fieberloser Verlauf. Langsame Verkleinerung der grossen Wunde.

5./I. 1901. Entlassen.

Epikrise: Der Fall lag am Anfang nicht ganz klar, da Patient ungenaue anamnestische Angaben machte und von abgegangenen Steinen sprach, Angaben, die er später wieder zurücknahm. Der wiederholte negative Ausfall der Probepunctionen und eine länger dauernde, fieberfreie Periode veranlasste einen Aufschub der Operation. Da der Abscess sich hauptsächlich unter dem Zwerchfell ausbreitete, waren die Erscheinungen von seiten der linken Lunge deutlich ausgesprochen. Der Leucocytenbefund im Urin spricht für Mitbeteiligung der Niere.

II. G. R., 41 Jahre alt, Kaufmann. Eingetreten am 19. I. 1905. Gestorben am 16. III. 1905. Patient hat seit mehreren Monaten bis vor drei Wochen nach Gebrauch eines Enthaarungsmittels mehrfache Abscesse in beiden Achselhöhlen gehabt. Vor zehn Tagen erkrankte er an Schmerzen in der Blinddarmgegend und Fieber. Kein Erbrechen, keine Uebelkeit. Stuhl nach Einlauf.

Status präsens: Kräftig gebauter Mann von blasser Gesichtsfarbe. Starkes Fettpolster. Lungen und Herz normal. Leber und Milz ohne Veränderung. In der rechten Seite des Leibes fühlt man in Nabelhöhe in der Tiefe ein kleines Infiltrat, das wenig druckempfindlich ist. Temperatur schwankt zwischen 37,5 und 39. Puls 70—80. Widalsche Reaction negativ.

20.—28./I. Das Infiltrat wird etwas grösser, und die Schmerzhaftigkeit nimmt zu.

Es wird ein abgekapselter perityphlitischer Abscess angenommen und am 28. I. operiert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich der Appendix ohne Veränderungen am Colon ascendens hinaufgeschlagen. Die Bauchhöhle ist frei. Hinter dem Colon fühlt man eine derbe Resistenz. Der Appendix wird amputiert, und da der Stumpf in der Tiefe nicht übernäht werden kann, wird ein Tampon auf den Stumpf geleitet und die Bauchhöhle durch Tampons geschützt. Darauf Eröffnung des retroperitoneal gelegenen, bis in die Nierengegend hinaufreichenden Abscesses. Temperatur fällt nur vorübergehend ab. Allgemeinbefinden schlecht. Zunge trocken. Mehrfache Durchfälle.

Anfang Februar zeigt sich an mehreren Körperstellen eine eigentümliche Rötung und ödematöse Schwellung der Haut.

Am 16. II. plötzlich Hämaturie.

Am 17. II. Stiche in der Herzgegend.

Im weiteren Verlauf häufige Nierenblutungen, später auch Eiter im Urin. Zunehmender Kräfteverfall. Metastatische Abscesse am rechten Unterarm und in der linken Wade. Schwerhörigkeit. Eitriger Ausfluss aus beiden Ohren.

Exitus am 16. III. Section: embolische Infarcte beider Lungen mit Abscedierung. Abscessus Mediastini antici, Pericar-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ditis purulenta, Abscesse in beiden Nieren. Septischer Milztumor.

Epikrise: Es handelte sich um eine allgemeine Pyämie, und die Paranephritis stellte nur eine Teilerscheinung derselben dar. Der paranephritische Abscess entwickelte sich hauptsächlich nach vorne unten, wodurch eine Appendicitis vorgetäuscht wurde. Auffallend war jedoch der Mangel peritonealer Erscheinungen.

III. J. T., 28 Jahre alt, Tischler. Patient erkrankte vor zehn Tagen mit Fieber, Kopfschmerzen, allgemeiner Mattigkeit. Appetitlosigkeit, Schmerzen im Leibe und in der rechten Lumbalgegend.

St. pr. Kräftig gebauter Mann. Zunge trocken. Temperatur 38.6. Puls 83. Auf der Haut einige etwas erhabene hellrote Flecken. Herz und Lungen normal. Milz percutorisch vergrössert, nicht deutlich palpabel. Leib weich. In der Ileocöcalgegend Schmerzhaftigkeit und Gurren. Widalsche Reaction positiv. Diazoreaction stark positiv. Urin normal.

Continuierliches Fieber, mit geringen Morgenremissionen. Gelegentliche Durchfälle.

Anfang August steigern sich die Schmerzen in der rechten Lumbalgegend.

Mitte August Dämpfung über den unteren Partien der rechten Lunge und Verminderung der Verschieblichkeit der Grenzen. Jetzt stellt sich auch eine Vorwölbung in der Lumbalgegend ein, worauf die Diagnose auf paranephritischen Abscess gestellt wird.

Am 26. VIII. Spaltung des Abscesses durch Längsschnitt neben der Wirbelsäule. Glatter Verlauf. Am 15. IX. entlassen.

Epikrise: Es wurde im Anfang ein Typhus angenommen, da der klinische Verlauf vollständig dem Bilde desselben entsprach und Widalsche und Diazoreaction positiv waren. Immerhin bleibt auffallend, dass der Patient von Anfang an Schmerzen in der rechten Lendengegend hatte. Da keine anamnestischen Daten über etwaige andere Eingangspforten für die Eitererreger vorlagen, so kann man den Fall wohl so deuten, dass sich die Paranephritis hier im Anschluss an den Typhus eingestellt hat. Jedenfalls kann man den Typhus nicht ableugnen.

IV. R. F., Beamter, 48 Jahre alt. Eingetreten am 14. X. 1907, entlassen am 21. XII. Patient erkrankte am 1. IX. mit Kopfschmerzen, allgemeiner Mattigkeit, Obstipation und Fieber. Der behandelnde Arzt constatierte anfangs ausser einer Milzvergrösserung keine objectiven Veränderungen. Herz- und Lungenbefund normal. Zunge stark belegt und trocken. Leib etwas aufgetrieben. Keine Roseolen.

Mitte September begann Patient über Schmerzen in der Milzgegend zu klagen, die ihn keine bequeme Lage finden liessen. Ueber den hinteren, unteren Partien der linken Lunge etablierte sich eine Dämpfung, über welcher das Atmungsgeräusch und der Stimmfremitus stark abgeschwächt war. Milzgegend sehr druckempfindlich. Febris continua zwischen 38 und 39°. Anfang October stellte sich eine Schwellung in der linken Lumbalgegend ein. Am 12. X. expectorierte Patient plötzlich unter starkem Husten grössere Mengen von Eiter. Vom behandelnden Arzte wurde ein Milzinfarct mit consecutivem Abscess und Durchbruch in die Lunge diagnosticiert und als Ursache eine Infectionskrankheit typhösen Characters angenommen.

Bei der Aufnahme ins Hospital am 14. X. wurde folgender Befund erhoben: Kräftig gebauter Mann in reduciertem Ernährungszustande. Herz von normaler Grösse. Milz percutorisch vergrössert. Ueber den unteren Partien der linken Lunge dichte Dämpfung. Abgeschwächtes Atmen. Temperatur 38,5°. Puls 110. Widal negativ. In der linken Lumbalgegend eine druckempfindliche Vorwölbung, über welcher Fluctuation zu fühlen ist.

Patient gibt an, dass er längere Zeit vor der jetzigen Erkrankung an einer Entzündung einer Schwiele an der Fusssohle gelitten habe, die zur Eiterung führte und operiert werden musste. Patient war trotzdem immer umhergegangen.

Auf Grund dieser Anamnese und des objectiven Befundes konnte jetzt die Diagnose paranephritischer Abscess mit Durchbruch in die linke Lunge gestellt werden.

Am 15. X. Eröffnung des Abscesses, worauf der Husten und die eitrige Expectoration sofort nachlassen. Es folgte jetzt eine Woche relativen Wohlbefindens bei subfebrilen Temperaturen. Dann aber entwickelte sich unter Temperatursteigerungen bis 40 mit starker Dyspnoe und Seitenstechen eine linksseitige exsudative Pleuritis. Am 31. X. werden 1300 Cbcm. eines leicht getrübten Serums durch Punction entleert, worauf eine leichte Besserung zu constatieren ist. Am 5. XI. bereits muss die Punction wiederholt werden, wobei 1800 Cbcm. eines stärker getrübten Exsudats entleert werden. Das Allgemeinbefinden ist sehr schlecht. Schwere Dyspnoe. Herzaction stark beschleunigt, 120—130, Herztöne leise und dumpf. Da das Exsudat sich wieder ansammelte, wurde am 8. XI. unter leichtem Aetherrausch in der linken Axillargegend die Thoracotomie ausgeführt, wobei dünnflüssiger Eiter entleert wurde. Von jetzt ab erfolgte eine sehr langsame, aber stetige Reconvalescenz, und am 21. XII. konnte Patient nach Hause entlassen werden.

Epikrise: Der paranephritische Abscess hatte sich in diesem Falle nach oben unter das Zwerchfell ausgedehnt. Daher traten die Veränderungen in der Lumbalgegend erst sehr spät zu Tage. Derartige Fälle bieten natürlich im Anfang grössere diagnostische Schwierigkeiten dar.

V. N. S., 31 Jahre alt, Rechtsanwalt. Eingetreten am 26. XI. 1907. Entlassen am 1. II. 1908. Patient hat vor drei Wochen einen Furunkel in der rechten Lumbalgegend gehabt. Derselbe wurde operiert; es besteht noch eine kleine granulierende Wunde. Seit einer Woche hat Patient Kopfschmerzen, Fieber und Obstipation.

St. pr.: Patient von mittlerer Grösse, mässiger Ernährung Temperatur subfebril. Puls mässig beschleunigt. Innere Organe normal. Diazo und Widal negativ. Bei Bettruhe fällt die Temperatur vollständig zur Norm ab. Nach einer Woche beginnt wieder Fieber. Es stellt sich eine Schmerzhaftigkeit in der linken Nierengegend ein. Daselbst undeutlich eine etwas vermehrte Resistenz palpabel. Ferner lässt sich eine Bewegungsbeschränkung der Wirbelsäule nach rechts constatieren. Es wurde ein paranephritischer Abscess angenommen und dem Patienten eine Operation vorgeschlagen, zu der er sich aber erst am 2. I. 1908 entschloss. Mittlerweile war in der linken Lendengegend deutliche Infiltration und Schwellung der Weichteile aufgetreten. Bei der Operation fand sich ein nicht sehr grosser Abscess an der hinteren Fläche der Niere. Glatte Heilung und rasche Reconvalescenz im Verlauf eines Monats.

Epikrise. In diesem Falle wurde gleich bei Beginn der Erkrankung an Paranephritis gedacht, obgleich die objectiven Erscheinungen nur wenig ausgesprochen waren. Der noch nicht verheilte Furunkel und die unbestimmten Schmerzempfindungen in der linken Nierengegend liessen schon früh die Diagnose stellen. Dank der anfänglichen Weigerung des Patienten sich operieren zu lassen, konnte die allmähliche Entwicklung des paranephritischen Abscesses genau beobachtet werden, wobei constatiert wurde, dass erst nach wochenlanger Dauer die ersten Veränderungen an den äusseren Weichteilen auftraten. Ausschlaggebend für die Diagnose waren der Nachweis der Eingangspforte und die engbegrenzte Druckempfindlichkeit unter der zwölften Rippe.

Otitischer Abscess oder Encephalitis?

(Vortrag gehalten am 10. October 1908 im Verein der Aerzte des Illuxtschen Kreises und Umgebung).

Von

Dr. med. J. Vierhuff-Dünaburg.

Der 28-jährige Eisenbahnbeamte Wl. P. wurde am 6. März a. c. mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose «Gehirnabscess» ins Dünaburger Evangel. Krankenhaus eingeliefert. Die Anamnese ergab, dass er seit mehr als 6 Jahren an linksseitiger Ohreiterung litt und seit einem halben Jahre (zu welcher Zeit er Unannehmlichkeiten im Dienst gehabt haben soll) häufig über Schwindel und Rauschen im Kopfe klagte. Am Morgen des vorhergehenden Tages wurde ihm bei der Arbeit im Comptoir schlecht, er konnte nicht stehen ohne zu wanken; in der Nacht verlor er das Bewusstsein. Erbrechen soll er nicht gehabt haben. Vor 3 oder 4 Tagen soll er erkältet gewesen sein (wohl Beginn der Krankheit mit Frösteln?). Mässiger Schnapstrinker (einige Gläschen täglich, in Gesellschaft auch mehr), verheiratet, 3 Kinder.

Status praesens: Mittelgrosser Mann von mittlerem Ernährungszustand, liegt unruhig im Bett, meist mit geschlossenen Augen, dazwischen lächelt er. Pupillen mittelweit, reagieren träge, die rechte ist etwas weiter als die linke.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Augenspiegelbefund: Keine Stauungspapille, aber die Grenzen der linken Pupille sind im Vergleich zur rechten Pupille scheinbar ein wenig getrübt, die Gefässe normal.

Linkes Ohr: Uebelriechende, eitrige Secretion, Trommelfell zerstört.

Nervensystem: Reflexe sind nicht vorhanden, weder Patellar noch andere Reflexe; Sensibilität erhalten. Keine deutliche Nackensteifigkeit.

Die Harnblase ist gefüllt, der durch den Katheter entleerte Urin enthält kein Alb., keinen Zucker.

Der Puls 64 zeigt geringe Spannung, Temp. 36,0.

Verlauf: Bis zum nächsten Tage (7/III.) hat Patient nichts geschluckt, die Unruhe hat zugenommen, der linke Arm und das linke Bein sind fast beständig in Bewegung, wogegen das rechte Bein gerade ausgestreckt ruhig daliegt und der rechte Arm nur wenig bewegt wird (Parese). M. Temp. 37,9 Puls 92. Um 1/210 Uhr wird zu diagnostischen Zwecken in rechter Seitenlage (die dem Patienten sehr unangenehm zu sein scheint, Cyanose des Gesichts und des rechten Armes) eine Lumbalpunction gemacht, wobei unter mässigem Drucke 10 ccm. wasserheller klarer Flüssigkeit von normaler Beschaffenheit entleert werden. Reaction — alcalisch, Spec. Gew. 1,001, keine Leucocyten, kein Zucker, Eiw. 0,07%)

Nach einer Stunde ist die Cyanose vergangen, die Pupillen sind mittelweit und reagieren gut, der Puls hat an Spannung zugenommen. Nach 3 Stunden ist eine rechtsseitige Hemiplegie deutlich entwickelt. Patient lässt den Harn unter sich. Abendtemp. 38,0, P. 120.

Worum handelte es sich nun und was war zu tun? Während man am ersten Tage bei der niedrigen Temp. (36,0) und dem eher verlangsamten als beschleunigten Pulse (64) wohl an Hirnabscess denken konnte, war ein solcher am zweiten Tage mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, denn wenn im Verlaufe des Hirnabscesses geringe und vorübergehend auftauchende Temperaturerhöhungen auch häufig vorkommen (Oppenheim[1]), so sprachen der beschleunigte Puls (92 vor der Lumbalpunction) und die Abwesenheit der Stauungspapille sehr dagegen, das Fehlen Meningitischer Symptome und das manifest gewordene Herdsymptom (Parese des rechten Beines und Armes) liessen mehr an eine Encephalitis oder an einen epiduralen Abscess denken, der vom Mittelohr seinen Ausgang genommen hatte.

In Anbetracht der letzteren Möglichkeit wurde daher am nächsten Tage die Zaufalsche Radicaloperation vorgenommen (in Narcose): In den cellul. mastoid. und im Antrum fand sich kein Eiter; oberhalb des Antrums wurde die Dura mater blosgelegt, auch hier kein Eiter; es wurde nun mit einer ziemlich starken Pravazschen Nadel eine Hirnpunction vorgenommen, negativ, endlich eine Probeincision mit einem spitzen Scalpell gemacht, ebenfalls resultatlos. Am nächsten Tage (d. 9.) sagte Patient einigemal «Mein Gott!», sonst Status idem, schluckt nichts, kein Erbrechen.

Temp. 37,6 (96) — 37,7 (104). Nährclysmen.

10./III. Unruhe nimmt zu, wirft sich hin und her, bewegt wieder die Gliedmassen der rechten Seite. Temp. 36,9 (80) — 36,8 (90).

11./III. Verbandwechsel, Wunde rein, kein Eiter. Temperatur 37,0 (88) — 36,5 (80).

Von den 5 vorletzten Tagen ist zu sagen, dass die Temperatur (am 14.) auf 38,4 stieg, der Puls immer beschleunigt war und allmählich an Qualität verlor, dass der Patient seit dem 14. wieder ziemlich gut schlucken konnte. Am 17. war die M. Temp. 37,1, Puls 112, schwach, es fanden einige Mal Zuckungen des rechten Mundwinkels statt; gegen Abend konnte Patient nicht mehr schlucken, atmete schwer (aber nicht nach Cheyne-Stockesschem Typus), lag ziemlich ruhig da. Um 11 Uhr 20 Min. erfolgte der Tod. Auf den Krankenbogen hatte ich an einem der letzten Tage «Encephalitis haemorrhagica ?» geschrieben.

Die am 18./III. vorgenommene Eröffnung der Schädelhöhle ergab Folgendes: Dura mater und Pia mater spiegelnd, an der Oberfläche nirgends Trübung, Blutgefässe auf der Convexität von ziemlich starker Füllung; nach Herausnahme des Gehirns sieht man links entsprechend der Aufmeisselung des os temporale 2 Löcher in der Dura, ein grösseres ovales (Incision) und ein kleineres rundes (Punction), in deren Umgebung etwas geronnenes Blut an der Innenfläche der Dura klebt, keine Spur von Eiter. Bei der Zerlegung des Grosshirns findet man vorwiegend in der grauen Substanz der linken Hemisphäre eine Menge dunkler punctförmiger Hämorrhagien, die namentlich in den mittleren und hinteren Partien zahlreich sind, auch im linken Seitenventrikel, der infolge dessen dunkler gefärbt ist als der rechte, und an einer Stelle ein wenig getrübt erscheint. Die Pia mater ist in den Buchten der Windungen leicht getrübt und fühlt sich rauh an, die feinen Gefässe der Pia sind etwas erweitert, die Pia ist an diesen Stellen zerreisslich und mit der Gehirnsubstanz verwachsen. Die rechte Hemisphäre ist fast ganz normal, enthält nur ganz vereinzelte punctförmige Hämorrhagien. Auffallend war noch, dass die Schädelcapsel links etwa drei Finger breit über dem meatus auditorius bedeutend dünner war als rechts. Das Kleinhirn war etwas weich, zeigte aber keine Veränderungen.

Anatomische Diagnose: **Encephalo-meningitis hämorrhagica lobi sinistri.**

In klinischer Beziehung ist unser Fall ebenso wie die Fälle von Eisenlobs, Goldscheidts, Freyhahn u. a. m. ein Mittelding zwischen der Encephalitis haemorrhagica Typus Wernicke und Typus Strümpell-Leichtenstern, welche Typen ebenso wie der dritte Typus (Leyden u. a.) mit vorwiegenden Erscheinungen der Bullbärparalyse keine scharf abgegrenzte Krankheitsbilder darstellen, sondern vielfach Uebergänge zeigen (Oppenheim und Cassirer[2]). — Die Symptomatologie des Typus Wernicke ist folgende: Plötzliches Erkranken, Kopfschmerz, Schwindel, mässige Nackensteifigkeit, Erbrechen, rasch sich entwickelnde fortschreitende associirte Augenmuskellähmungen, welche schliesslich zu einer fast totalen Ophthalmoplegie führen; es kann ein dem Delirium tremens gleichender Zustand vorausgehen, aber auch gleich die übergrosse Schlafsucht sich einfinden, welche besonders kennzeichnend ist. Der Gang ist unsicher, taumelnd, die Sprache zitternd, schwerfällig und undeutlich. Puls und Atmung sind meist beschleunigt, die Temp. ist normal oder sinkt unter die Norm., indess kann es auch zu Fieberbewegungen kommen. Verlauf acut oder selbst stürmisch und führt in 10—14 Tagen zum Tode. Meist werden gewohnheitsmässige Schnapstrinker in den mittleren Jahren betroffen, freilich nicht ausschliesslich.

Entsprechend der Localisation im Mittelhirn, dem Höhlengran des III. Ventrikels und dem Vierhügelgebiet, stehen hier die ophthalmoplegischen Symptome im Vordergrunde.

Die andere Form der Encephalitis haemorrhagica acuta Typus Strümpell-Leichtenstern schliesst sich an Infection, ganz besonders an Influenza an. Der Hauptunterschied in der Sypmtomatologie besteht darin, dass die Körperwärme meist erhöht ist, sogar über 43°, Herderscheinungen kommen bei beiden Typen vor (Th. v. Jürgensen[3]) und bestehen bei der E. h. Typus Strümpell-Leichtenstern entsprechend der Localisation im Grosshirn vorwiegend in Hemiplegien und Aphorien, wie auch in unserm Falle, dem nur die hohen Temperaturen fehlten, um in diesen Typus eingereiht zu werden.

Von Interesse ist nun die Frage: war die Gehirnaffection eine Folge der chronischen Ohreiterung oder nicht? — Oppenheim (a. a. O.) sagt: „Die Frage nach den Beziehungen des Hirnabscesses zur acuten haemorrhag. Encephalitis ist eine brennende geworden, seit wir in der Influenza eine Krankheit kennen gelernt haben, die sowohl den Hirnabscess wie die nichteitrige Encephalitis zu erzeugen vermag, und als ferner die haemorrhag. Encephalitis auch bei ohrkranken Individuen mehrfach beobachtet worden ist". Später hat Voss auf diesen Zusammenhang besonders aufmerksam gemacht. Dazu sagen Oppenheim und Cassirer in ihrer Monographie der Encephalitis: „In den Fällen mit acuter Otitis ist gewiss die naheliegendste Annahme die, dass beide Processe demselben Infectionserreger ihre Enstehung verdanken, der im Gehirn nicht als Eitererreger, sondern nur als Entzündungserreger wirkt. Da es sich aber mehrmals z. B. bei Jaksch, Voss und einer eigenen Beobachtung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um eine alte Otitis handelte, möchten wir auch anderweitige Beziehungen nicht ohne weiteres ausschliessen, wenn sie sich auch vielleicht darauf beschränken, dass die mit diesem Leiden behafteten eine besondere Empfänglichkeit für andere Infectionsstoffe besitzen. „Seit dem Erscheinen der ersten Auflage hat der eine von uns (Oppenheim) acht bis zehn derartige Fälle (z. Teil gemeinschaftl. mit Jansen) gesehen, in denen sich auf dem Boden einer Otitis diese meist in vollkommene oder unvollkommene Heilung ausgehende Encephalitis entwickelte“.

Wenn nun auch in unserem Falle, wie die Section erwies, die Encephalitis fast ganz ausschliesslich in der dem kranken Ohre entsprechenden linken Hemisphäre localisiert war, so ist das noch kein Beweis, und muss die Frage nach dem Zusammenhange der Gehirnaffection mit der Ohreiterung offen gelassen werden.

Wir wollen noch einen Augenblick bei den Herdsymptomen verweilen: Es liegt uns allen so zu sagen im Blute, beim Auftreten von Herdsymptomen an einen localen Process zu denken, gegen den man nun auch sofort activ vorzugehen verpflichtet ist. Aber die Erfahrung hat auch gelehrt, dass nicht immer dem Auftreten von Herdsymptomen eine localisierte organische Veränderung entspricht. So ist es z. B. erwiesen, dass bei gemeiner Epilepsie Halbseitenerscheinungen vorkommen (Redlich, 1906, Saenger 1908). Ferner macht die Meningitis, speciell die tuberculose Form, seltener die eitrige, locale Herdsymptome (Alfred Saenger[4]). Mit am häufigsten wird bei chronischem Hydrocephalus infolge der auftretenden Herdsymptome (Schwindel, Ohrensausen, Nystagmus) irrtümlich Hirntumor diagnosticiert. Ferner ist die erst neuerdings genauer studierte Arteriosclerose der Hirngefässe eine diffuse Hirnerkrankung, die gelegentlich sich in Herdsymptomen documentiert (Hemiparesen, aphatische Störungen vorübergehender Natur). Auch bei seniler Hirnatrophie kommt es gelegentlich zu Herdsymptomen (z. B. Apraxie nach Piek). Und wenn bei der Encephalitis die Herdsymptome meist der Ausdruck einer localisierten Erkankung sind, so kommt (nach Saenger a. a. O.) die Encephalitis auch als ganz diffuse Hirnerkrankung vor, und hierbei können circumscript auftretende Herdsymptome sehr leicht irreführen, wie in meinem Falle und in einem Falle von Saenger, der dem heute referierten Falle sehr ähnlich ist. Es wird Sie m. H. vielleicht interessieren denselben kennen zu lernen. Saenger schreibt: „Ein junger Mensch kam in halbbenommenem, leicht fieberhaftem Zustand ins Krankenhaus. Es konnte eine ganz deutliche Hemiparese d. r. Körperhälfte konstatiert werden; ferner hier und da auftretende klonische Zuckungen im r. Arm und d. r. Hand. Da früher Pat. an einer linksseitigen Otitis gelitten hatte, so lag die Annahme eines linksseitigen Hirnabscesses nahe. Als ich zugezogen wurde konnte ich jedoch eine linksseitige Ptosis und Parese des r. Oculomotorius in verschiedenen Aesten feststellen, deren Deutung im vorliegenden Falle mit einigen Schwierigkeiten verknüpft war. Ich riet daher von einem chirurg. Eingriff ab. Die Autopsie ergab, dass es sich hier um eine das ganze Hirn diffus durchsetzende hämorrhagische Encephalitis gehandelt hat“.

Fehldiagnosen werden sich bei dieser in ihrer Aetiologie und ihren Symptomen so dunklen Krankheit in absehbarer Zeit nicht vermeiden lassen, und es ist gar keine Frage, dass der Chirurg in solchen und ähnlichen Fällen das Recht und oft auch die Pflicht hat es mit einem operativen Eingriff zu versuchen.

Oppenheim und Cassirer in ihrer interessanten im vorigen Jahre erschienenen Arbeit über die Encephalitis (a. a. O. pag. 94) fangen das Capitel „Diagnose“ folgendermassen an:

„Wir können an die Spitze dieses Abschnittes den Satz stellen, dass die Diagnose „Encephalitis acuta“ nur selten mit Sicherheit gestellt werden kann, dass wir nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens diesem Leiden gegenüber uns meistens mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen müssen“.

Nachtrag.

Die vom H. Collegen E. Rippe freundlichst angefertigten Schnittpräparate ergaben folgendes Bild: Die Capillargefässe sind gefüllt mit roten Blutkörperchen, die Wände deutlich verdickt, das Lumen erweitert. Neben den Capillargefässen Blutextravasate, In der Hirnsubstanz einzelne kleinere Haemorrhagien, entstanden durch Blutinfiltration der Intracellularräume.

Also nichts was auf einen acut entzündlichen Process hinweist! — In Anbetracht dieses Befundes (Verdickung der Capillarwände) erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass wir die Krankheitsursache unseres Falles in der Lues zu suchen haben, vielleicht in der bekannten ominösen Combination mit dem Alcohol.

Literatur.

1) Oppenheim, Berl. Klin. W.-Schrift 1896, Nr. 45 u. 46 2) Oppenheim und Cassirer, «Die Encephalitis», II. Auflage, Wien 1907. 3) Th. v. Jürgensen, Lehrbuch d. spec Path. und Ther. 1902, pag. 107. 4) Alfred Saenger Hamburg, Münch. Med. W.-Schrift 1906, Nr. 19.

Referate.

Dr. Wincenty Czerniecki: Hämoglobinurie und Hämolyse. (Gazeta lekarska, 1908. Nr. 46, 47).

Donath und Landsteiner kamen bei ihren Untersuchungen, die sie am Blute von an Haemoglobinuria paroxysmalis Leidenden anstellten, zu dem Schluss, dass das Blutserum solcher Kranker hämolytische Eigenschaften besitze. Wird solches Blutserum mit Hinzusetzung von roten Blutkörperchen in Eiswasser abgekühlt und dann im Thermostat bei 37° C. wieder erwärmt, so komme die Hämolyse erst während des Wiedererwärmens zum Ausdruck. Blutserum von gesunden oder an anderen Krankheiten (ausser Haemoglobinuria paroxismalis) leidenden Personen zeige unter denselben Umständen keine Spur von Hämolyse. Im Anschluss an diese Untersuchungen der genannten Autoren hat Cz. mit dem Blutserum dreier von ihm beobachteter Patienten mit paroxysmaler Hämoglobinurie neue Versuche angestellt. Sein Ziel war 1) die Wechselbeziehungen von Blutserum solcher Kranken einerseits und roten Blutkörperchen derselben und anderer Personen, gesunder sowohl wie auch kranker, andererseits zu ergründen; 2) das Verhalten der Erythrocyten seiner 3 Kranken gegenüber dem Blutserum anderer Individuen zu prüfen.

Die Ergebnisse von Cz.'s Untersuchungen stehen in vollem Widerspruch zu denen von Donath und Landsteiner veröffentlichten. Cz. fand die hämolytische Wirkung des Blutserums seiner 3 Patienten mit paroxysmaler Hämoglobinurie durchaus nicht beständig, und zwar in den Versuchen mit positivem Ergebnis ebenso oft bei wechselndem Abkühlen und Wiedererwärmen, wie auch bei Einwirkung constanter Temperatur. Bei Parallelversuchen mit Blutserum von anderen Kranken trat die Hämolyse bald mehr oder weniger deutlich auf, bald fehlte sie. Auch hier war ein Zusammenhang des positiven Ergebnisses mit der Temperatur, der das Erythrocyten enthaltende Serum ausgesetzt wurde, nicht zu constatieren. Was die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen gegenüber dem hämolytisch wirkenden Serum verschiedener, darunter auch an Haemoglobinuria paroxysmalis leidender Kranken betrifft, so erwies sich dieselbe als sehr verschieden, ohne dass sich irgendwelche specifische Wirkung des Serums von Kranken mit paroxysmaler Hämoglobinurie feststellen liesse. Endlich fand Cz. im Gegensatz zu Donath, dass das Blutserum der Patienten mit paroxysmaler Hämoglobinurie auch während der von Hämoglobinurie freien Perioden öfters deutlich hämolytisch wirke.

W. Dörbeck.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bronisław Wilhelm Sawiski: Sigmoiditis et Perisigmoiditis. (Gazeta lekarska, 1908. Nr. 40, 41, 42, 43).

S. gibt in seiner Arbeit eine Zusammenfassung der Lehre von der Sigmo-perisigmoiditis, die zuerst von Mayor im Jahre 1893 als besondere Krankheitsform beschrieben worden ist. — Die häufigste Ursache einer entzündlichen Affection des S. Romanum ist Coprostasis die gerade in diesem Abschnitt des Darmkanals besonders leicht entsteht; bisweilen sind Fremdkörper und Parasiten (Oxyuris vermicularis) das ätiologische Moment. Bei geschwächten Personen bilden sich infolge von Muskelschwäche oft kleine Divertikel im Darm; gelangen in diese Kotpartikelchen, kleine Fremdkörper und dergl., so geben sie Veranlassung zu kleinen Ulcerationen der Darmschleimhaut, womit die Möglichkeit einer eitrigen Infection gegeben ist. Aus Gründen, die in der anatomischen Verteilung der Blutgefässe ihre Erklärung finden, werden Ulcerationen am häufigsten in der Gegend der Insertion des Mesosigmoideum gefunden. Führt eine solche Geschwürsbildung nicht immer sofort zu einer acuten Sigmoiditis oder Perisigmoiditis, so hat sie gewöhnlich eine entzündliche Neubildung von Bindegewebe und daraus hervorgehende Verdickung der Darmwandungen zur Folge. Solche Verdickungen können, wie aus mehreren Literaturangaben ersichtlich ist, Veranlassung zu Verwechslungen mit malignen Tumoren geben. Characteristisch ist, dass in Fällen solcher Bindegewebsneubildung die Schleimhaut im ganzen mehr oder weniger normale Structur bewahrt, soweit sie von Geschwüren verschont ist, welch letztere gewöhnlich nur klein sind und auf dem Boden von Schleimhautfalten ihren Sitz haben. Durch die Bindegewebsneubildung wird das Lumen des Darmes verengert und somit die Entstehung von Coprostasis oberhalb der Verengerung begünstigt.

Die acute Sigmoiditis äussert sich durch plötzlich auftretende heftige Schmerzen im linken Hypogastrium, Stuhlverstopfung, Temperatursteigerung bis 39—40° C.; seltener werden Erbrechen und Diarrhoe beobachtet. Beim Palpieren findet man erhöhte Resistenz der Bauchwandungen in der Gegend des linken Hypogastrium; lassen die Schmerzen einigermassen nach (gewöhnlich am 2.—3. Tage), so ist über dem linken Ligamentum Poupartii ein wurstförmiger, harter, druckempfindlicher Tumor durchzufühlen. Bei der Rectoscopie (Romanoscopie) erscheint die Schleimhaut des S. Romanum hyperämisch, stark gerötet, leicht blutend. Der Verlauf der Sigmoiditis ac. ist meist ein rascher (durchschnittlich eine Woche) und günstiger; nicht selten jedoch nimmt die Krankheit einen chronischen Character an.

Die chronische Sigmoiditis kann sich auch ohne vorausgehende acute Symptome allmählich entwickeln und zwar ist sie in solchen Fällen gewöhnlich die im S. Romanum schärfer hervortretende Teilerscheinung einer Erkrankung des gesamten Dickdarms. Die Symptome sind: hartnäckige Obstipation, die hin und wieder mit vorübergehender Diarrhoe wechselt, Anfälle von krampfähnlichen Bauchschmerzen ohne Stuhldrang und verschiedene Beschwerden nervösen Characters. Nach Boas sollen des Morgens auftretende dünne Stuhlentleerungen für die chronische Sigmoiditis characteristisch sein. Die Excremente enthalten in Menge schleimige Fetzen, bisweilen Blut.

Was die acute Perisigmoiditis betrifft, so unterscheidet Verf. nach Saillant eine Perisigmoiditis ac. adhaesiva und eine P. ac. suppurativa. Erstere tritt unter den Erscheinungen einer acuten circumscripten Peritonitis auf, neigt zu Recidiven und geht bisweilen in die eitrige Form über. Die Symptome und der Verlauf der Perisigmoiditis ac. suppurativa sind denen einer eitrigen Appendicitis oder Perityphlitis ähnlich. Je nach der Localisation des Eiterherdes unterscheidet Patel (Rev. de Chir. 1907. Nr. 10, 12) 5 Typen, und zwar 1) abcès antéro-inférieurs: der Abscess befindet sich unmittelbar über dem Poupart'schen Bande und liegt extraperitoneal; 2) abcès antéro-suppérieurs: diese liegen entsprechend dem äusseren Rande des linken Muscul. rectus abdominis und sind intraperitoneal; 3) abcès intra-méso coliques: die Eiteransammlung befindet sich zwischen den Blättern des Mesosigmoideum und wird als retroperitoneal bezeichnet; 4) abcès rétro-iliaques und 5) abcès lombaires: bei diesen beiden letzteren Typen findet sich der Eiter im Bindegewebe derjenigen Partie des Mesosigmoideum, die den unbeweglichen Abschnitt der Flexura sigmoidea an der hinteren Bauchwand befestigt. S. glaubt beide Typen als einen auffassen zu dürfen, da der Unterschied nur darin bestehe, dass der Abscess infolge zufälliger anatomischer Detailverhältnisse sich im ersten Falle mehr nach der Lendengegend hin, im zweiten — in der Richtung zum Petit'schen Dreieck ausbreitet. Der Eiter kann bei der Perisigmoiditis suppurativa entweder sich den Weg nach aussen durch die Bauchdecken bahnen, wie dies zuweilen beim 1. Patel'schen Typus geschieht; oder es findet ein Durchbruch des Abscesses, nach vorausgehender adhäsiver Entzündung, in den Darm oder die Harnblase statt; oder endlich — es tritt Entleerung des Eiters in die Peritonealhöhle ein mit nachfolgender allgemeiner eitriger Peritonitis.

Es sei nicht immer leicht, einen perisigmoiditischen Abscess zu diagnosticieren; bei weiblichen Patienten solle man die Eventualität einer von den Genitalien ausgehenden Eiteransammlung stets in Betracht ziehen; auch eine Appendicitis könne eine Perisigmoiditis suppurativa vortäuschen, indem der abnorm lange Wurmfortsatz bisweilen bis zur Flexura sigmoidea reicht.

Zum Schluss beschreibt S. 3 von ihm beobachtete Fälle obiger Krankheit. Er selbst hält übrigens die Fälle für nicht einwandsfrei, was die Diagnose betrifft.

W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Krehl, L. und Marchand, F. Handbuch der allgemeinen Pathologie. Erster Band: Allgemeine Aetiologie. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. 1908.

Unter Mitwirkung einer Anzahl deutscher Gelehrter soll hier ein Werk entstehen, das eine zusammenfassende Darstellung der Lehre von den pathologischen Vorgängen mit Einschluss ihrer Ursachen zu geben imstande ist.

Die allgemeine Pathologie soll als biologische Wissenschaft und Grundlage der Klinik, nicht vom einseitig anatomischen Standpunct behandelt werden. Die sachkundige Darstellung wird durch die Mitwirkung zahlreicher Autoren nach ihren Specialgebieten gewährleistet.

Der Umfang des Werkes ist auf 4 Bände berechnet, von denen uns hier der erste vorliegt, die allgemeine Aetiologie enthaltend. Der zweite soll die Lehre von den krankhaften Störungen der Organfunctionen, der dritte die allgemeinen Störungen des Stoffwechsels und die degenerativen Processe, der vierte die Lehre von der Entzündung und Heilung, ferner die Grundzüge der Lehre von den Neubildungen und den Bildungsfehlern, sowie die Fieberlehre umfassen.

Schauen wir uns den ersten Band genauer an, so finden wir nach einer interessant geschriebenen Einleitung von Marchand den Stoff der allgemeinen Aetiologie in zwei Hauptteile geteilt, je nach den äusseren und inneren Krankheitsursachen.

Es kann hier nicht auf den Inhalt im Detail eingegangen werden, doch sei es gestattet die einzelnen Kapitel mit ihren Verfassern zu nennen. Wir finden in der ersten Abteilung von F. Henke die mechanischen, von F. Marchand — die thermischen Krankheitsursachen behandelt, die strahlende Energie und den Luftdruck von L. Aschoff.

Ein umfangreiches Kapitel bilden die chemischen Krankheitsursachen als allgemeine Toxicologie von R. Boehm und endlich die belebten Krankheitsursachen in die sich C. Fraenkel und F. Marchand geteilt haben, indem der erste die Lehre von der Infection mit Einschluss der Protozoen und pflanzlichen Parasiten und der letztere die tierischen Parasiten des Menschen übernommen hat.

In die zweite Abteilung, die inneren Krankheitsursachen, haben sich P. v. Baumgarten und G. Sobernheim in der Art geteilt, dass der eine die Lehre von den Krankheitsanlagen (angeborene und erworbene Disposition, Erblichkeit) der zweite — die Lehre von der Immunität und von den natürlichen Schutzvorrichtungen des Organismus bearbeitet hat.

Ein dankenswertes Unternehmen, ein so wichtiges Gebiet der Medicin auf breiter Grundlage in einem solchem Werke dem Arzte zugänglich zu machen, der sich darin Auskunft holen kann über Fragen, die in den Specialfächern keine Behandlung erfahren und doch alle Disciplinen tangieren.

Ucke.

Abel, R. und Ficker, M. Einfache Hilfsmittel zur Ausführung bacteriologischer Untersuchungen. 2 Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 1909.

Das kleine Buch will einem Bedürfnis entsprechen, dem bacteriologischen Arbeiter in bescheidenen Verhältnissen eine Anleitung zu geben sich mit kleinen Mitteln durchzuhelfen. Mancher wird sich wohl mit eigenen Ideen zu helfen wissen, doch entspricht das Buch offenbar einem Bedürfnis, da eine zweite Auflage nötig geworden ist. In Russland dürften die Collegen häufiger in der Lage sein, derartige Ratschläge zu benötigen.

Ucke.

Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gärtner, A. Leitfaden der Hygiene. Für Studierende, Aerzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamte. Mit 190 Abbildungen. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. 1909. Verlag von S. Karger. Karlstrasse 15. Preis 7 Mk. 60 Pf.

Wie alles Organische ist auch dieser Leitfaden im Laufe der 5 Jahre, seit dem Erscheinen seiner letzten 4-ten Auflage gewachsen und zwar in den Abschnitten, die die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft in diesem halben Decennium bringen.

Die meisten Neuerungen in unseren Anschauungen sind auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten, deren Diagnosenstellung, Prophylaxe und Behandlung vor sich gegangen. Hier auch finden wir die grössten Aenderungen im vorliegenden Werk. In knapper Fassung und klarer Darstellung ist der heutige Stand der Immunitätslehre mit Einschluss der Opsonine wiedergegeben, die in den Vordergrund gerückte Bedeutung der Bacillenträger für die Verbreitung der Infectionen wird besonders hervorgehoben. Unter den Erregern der Infectionskrankheiten wird der inzwischen neu entdeckten Spirochaete pallida die passende Stellung angewiesen, die Erfahrungen aus der letzten Genickstarrepidemie werden verwertet.

Das Buch sei jedem Arzt zur Orientierung in hygienischen Fragen warm empfohlen. Ucke.

Behla, R. Die künstliche Züchtung des Krebserregers, seine Feststellung in der Aussenwelt und der rationelle Krebsschutz. Mit einer schwarzen und einer farbigen Tafel. Berlin 1908. Verlagsbuchhandlung von Richard Schötz, Wilhelmstrasse 10.

Ein Ketzer, der es wagt sich gegen die Dogmen der Schulpathologie in der Krebslehre aufzulehnen und die Geheimnisse der Geschwulstwucherungen in ihren letzten Ursachen zu enträtseln.

Weit entfernt in den Darlegungen des Verfassers in diesem letzten Werk die endgiltige Lösung der Frage nach der parasitären Natur der Tumoren zu sehen, muss der unvoreingenommene Leser zugeben, dass der Weg, den B. hier wandelt und andern zeigt, volle Berechtigung hat begangen zu werden. Wer aber zu urteilen sich anheischig macht, muss unter den kleinen Lebewesen auf der Grenze des Tier- und Pflanzenreichs, über deren Natur uns B. hier belehrt, gut zu Hause sein. Allein auf diesem Gebiete sind wir ebenso fremd, wie vor 25 Jahren die Zellpathologen in dem Wissenszweige, das uns Robert Koch erschloss.

Statt uns daher ein unbegründetes abfälliges Urteil über B. zu erlauben, wollen wir uns lieber in das Studium der Mycetozoen und verwandter Organismen vertiefen und wenn wir dann auch den Krebserreger noch nicht gefunden haben werden, so werden wir Einblick gewonnen haben in die Parasitologie von Pflanze, Tier und Mensch. Ucke.

Tigerstedt, R. Handbuch der physiologischen Methodik. In 3 Bänden. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. 1908.

Den 3 bis jetzt erschienenen Abteilungen dieses Handbuches ist von Seiten des Verlegers eine kurze Begründung für das Erscheinen dieses Werkes vorangeschickt, in welchem es heisst, dass seit dem Jahre 1876 keine derartige Sammlung der physiologischen Arbeitsmethoden erschienen ist und das Auffinden der vielfach verbesserten und neu erdachten Metoden in der Literatur zu den schwierigsten Aufgaben gehört und den Besitz reicher Bibliotheken voraussetzt.

Nun liegen von dem Werk, welches in 3 Bänden mit je 3 Abteilungen unter Mitwirkung einer Reihe hervorragender Gelehrter erscheinen soll, 3 Abteilungen vor, und zwar vom ersten Bande die zweite Abteilung, welche die Protisten, die wirbellosen Tiere und die physikalische Chemie behandelt, die von A. Pütter, A. Bethe und L. Ascher bearbeitet sind. Vom zweiten Bande sind die zweite und dritte Abteilung erschienen, in denen wir die Atmung und Verdauung von F. Schenk, C. Oppenheimer, R. Magnus und I. P. Pawlow, und die Muskelphysiologie von K. Bürker, M. von Frey, O. Fischer und S. Garten bearbeitet finden.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Werk sich einbürgern wird in jeder Bibliothek, die ein physiologisches oder pathologisches Laboratorium zu bedienen hat, allein noch mehr wird es von Wert sein in Klinik und Hospital, wo die physiologischen Methoden nicht geläufig sind und wo sie doch ihre Hauptaufgabe täglich zu erfüllen haben, zur exacten Diagnose am Krankenbett beizutragen.

Das ganze Werk soll zum Mai 1909 vollständig fertiggestellt erscheinen. Ucke.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1476 Sitzung vom 1. October 1908.

Anwesend 81 Mitglieder und als Gäste die Herren Haffner, Walter, Schneider, Lundberg, Saarfels, Abramson.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

P. 1 der Tagesordnung: Dr. Bornhaupt demonstriert einen Fall von operativ behandelter Kinderepilepsie.

«M. H. gestatten Sie, dass ich Ihnen einen 9-jährigen Knaben demonstriere, den ich am 3. Sept. c. wegen Erscheinungen von Kinderepilepsie operiert habe. Der Vater des Pat., der mir am 27. August 1908 das Kind zum ersten Mal vorstellte, gab an, dass der Knabe seit seinem ersten Jahr gelähmt sei; seit dem zweiten Jahr stellten sich epileptische Krämpfe ein, die im rechten Facialisgebiet beginnen, auf die rechte obere, dann auf die rechte untere Extremität übergehen, um schliesslich die ganze rechte Körperseite, oft auch den ganzen Körper mit Verlust des Bewusstseins zu befallen. Leichtere Anfälle verlaufen auch in der Art, dass die Krämpfe nur das Facialisgebiet und die obere Extremität betreffen, aber auch diese Anfälle sind dazwischen mit Verlust des Bewusstseins verbunden. Es gibt Zeiten, wo die Anfälle — schwere und leichtere — wochenlang täglich mehrere Mal auftreten. Selten gehen 14 Tage ohne einen Anfall vorüber; ausnahmsweise hatte der Knabe einen ganzen Monat ohne diese Krämpfe verbracht. Der Knabe ist geistig etwas zurückgeblieben. Es besteht eine Lähmung des Nervus facialis und der peripheren Partien der rechten oberen und unteren Extremität, dabei deutliche Atrophien der beiden genannten Extremitäten. Der Patient ist von mehreren Nervenspecialisten begutachtet worden, die sich alle dahin aussprachen, dass ein operativer Eingrift wohl indiciert sei.

Am 3. September machte ich unter Chloroformnarcose eine osteoplastische Craniotomie auf der linken Seite, um die vordere Centralwindung freizulegen. Die Dura erwies sich hier als trübe, verfärbt und verdickt. Bei der Incision der Dura flossen ca. 2 Ccm klare Flüssigkeit ab. Die Dura war mit der Pia mater in ausgedehnter Entfernung recht fest verbacken. Auf der Pia sah man fibrinöse, leicht gelblich verfärbte Beläge. Die Verwachsungen zwischen der Dura und der Pia löste ich nach allen Richtungen hin bis in die normale Umgebung hinein, wo die Dura spiegelte und nicht mehr verwachsen war. Nach unten vorne zum Facialiscentrum zu erschien die Dura bläulich verfärbt und eingesunken, der palpierende Finger drückte an diese Stelle die Dura hinein ohne auf einen Widerstand zu gelangen. Diese Stelle der Dura wird durch eine Hohlmeisselzange freigelegt und eröffnet. Es erweist sich dass unter der Dura sich im Gehirn ein Defect in Gestalt einer ca. wallnussgrossen Höhle befindet. Dieser Defect entspricht der unteren Partie der vorderen Centralwindung. Die Höhle ist vollständig verödet, trocken, enthält weder Blut noch Flüssigkeit. Es wird ein schmaler Tamponstreifen in diese Höhle eingeführt, da sich eine leichte Blutung aus der unteren Partie einstellt.

Das veränderte Stück der Dura wird entfernt und der Hautknochenlappen wieder zurückgeklappt und vernäht. Der Verlauf war ein glatter. Bis zum heutigen Tage hatten sich die epileptischen Krämpfe nicht eingestellt.

Ich stelle Ihnen diesen Fall nicht als einen geheilten vor, da die Beobachtungsdauer nach der Operation eine viel zu kurze ist. Von Interesse ist vielmehr der Befund im Gehirn, der bei der Operation erhoben worden ist. Ob es sich um einen alten encephalitischen Herd oder einen gewesenen Bluterguss handelt, lässt sich ohne Weiteres nicht entscheiden. Jedenfalls sind gravierende Veränderungen im Bereich der Centren gefunden worden, die den Ausgangspunct für die epileptischen Krämpfe bildeten.

Neuerdings, wo sich immer mehr Stimmen erheben, die die scharfe Trennung der symptomatischen und genuinen Epilepsie verwerfen, wo verschiedene Forscher darauf hinweisen, dass auch die genuine Epilepsie bei genauer Beobachtung meist von einem Centrum des Gehirns beginnt resp. zum Ende des Anfalls sich auf dieses Centrum koncentriert, wo der Zusammenhang der genuinen Epilepsie mit der cerebralen Kinderlähmung, die in vielen Fällen der Ausgang einer acuten Encephalitis ist, von vielen Autoren betont wird, erscheint der chirurgische Eingriff um so berechtigter auch bei der genuinen Epilepsie in den Fällen, wo sich das Ausgangs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

centrum bestimmen lässt, als man auch auf diesem Gebiet einen Schritt vorwärts getan hat und durch Beseitigung von organischen Fehlern im Gehirn auch dauernde Heilungen zu verzeichnen imstande ist.»

(Autoreferat.)

Dr. P. Klemm meint, dass man bei Durchsicht der Literatur zu der Ansicht kommen müsse, dass die Dauerresultate doch recht traurige wären. Die besten Aussichten für die Operation geben die Fälle von Epilepsie, die nach dem Typus der Jackson'schen verlaufen und im Anschluss an ein Trauma aufgetreten sind. Freilich muss hier auch nach dem Auftreten der Krämpfe operiert werden, weil sich sonst eine Veränderung des Gehirns entwickelt, die nicht näher bekannt ist, die man aber als «epileptische Erregbarkeit» bezeichnen darf. In Fällen, wie in vorliegendem, ist die Operation natürlich durchaus berechtigt, doch ist, wie ja schon vom Vortragenden betont worden ist, zunächst nichts darauf zu geben, dass die Anfälle sistiert haben, da ja bei den meisten Fällen von Epilepsie nach jeder Art von Eingriff ein temporäres Fortbleiben der Krämpfe beobachtet wird. Freilich treten über kurz oder lang dieselben wieder auf. Neuerdings sind ja von einer Reihe von Autoren Mitteilungen gemacht worden, die ermutigend klingen, doch bleibt natürlich abzuwarten, wie sich die Dauerresultate gestalten werden. Ich bitte mich nicht misszuverstehen: ich bin kein Gegner der Operation, man kann dieselbe in geeigneten Fällen ja immer wieder versuchen, ich meine nur, dass wie die Dinge zur Zeit liegen, man den Patienten nicht viel Hoffnung auf dauernde Genesung machen darf.»

(Autoreferat.)

Dr. M. Schönfeld: «Der demonstrierte Fall erscheint nicht geeignet, die Frage der chirurgichen Therapie bei Epilepsie zur Discussion zu stellen. Denn es handelt sich ja hier um eine organisch bedingte Gehirnkrankheit, bei der schon die Anfallserscheinungen allein ausreichen die typische Diagnose zu stellen, auch wenn der Jackson'sche Typus der Convulsionen nicht beobachtet wäre. Wahrscheinlich liegt dieser sogenannten secundären («symptomatischen») Epilepsie eine Encephalitis oder eine traumatische Läsion intra partum zu Grunde (Porencephalie). In solchen Fällen, wo noch dazu die bereits bestehende Hemiplegie eine Schädigung der motorischen Functionen durch den chirurgischen Eingriff nicht befürchten lässt, erscheint der Versuch durchaus gerechtfertigt, durch Aufdeckung des Herdes dem epileptischen Symptomencomplexe beizukommen. — Die allgemeine Frage der chirurgischen Behandlung der sog. primären (genuinen) Epilepsie ist deshalb so schwierig, weil zunächst einmal die Beseitigung der Krampfanfälle an sich noch keine Genesung bedeutet, denn die Epileptiker können auch dann noch — durch die psychischen Symptome — direct antisocial und gemeingefährlich bleiben. Dann aber auch weil in viel Fällen der primären Epilepsie sogar bei der Section keinerlei anatomische Anhaltspuncte gefunden werden, somit intra vitam der Ort des Eingriffes erst recht nicht bestimmt werden kann.»

(Autoreferat.)

Dr. Bornhaupt: «Alles was von einer Seite angeführt worden ist, war mir wohlbekannt. In der neueren Literatur findet man dagegen auch andere Meinungen vertreten. Es sind Fälle von idiopatischer Epilepsie bekannt, die 10—11 Jahre nach der Operation beobachtet worden und als völlig geheilt zu bezeichnen sind. Ich führe hier nur folgende Namen an: Pierre Marie, Freud, Redlich, v. Strümpell, Zappert, Auerpach, Oppenheim, Krause, Kotzenberg. Wenn man sich mit diesen Anschauungen und mit den neueren Arbeiten auf pathologisch-anatomischem Gebiet (Alzheimer, Moriyasu, Chaslins, Friedmann) bekannt macht, so gewinnt man wohl den Eindruck, dass die Erkenntnis auch in Bezug auf das Wesen und die Behandlung der Epilepsie wenn auch langsam, so doch unzweifelhaft fortschreitet und dass das operative Vorgehen auch in einigen Fällen von genuiner Epilepsie wohl indiciert und mit Erfolg gekrönt sein kann. Dabei muss hervorgehoben werden, dass die Prognose sich bei degenerierten und erblich belasteten Patienten wohl weit ungünstiger gestalten wird.»

(Autoreferat.)

P. II. Dr. A. v. Bergmann: «Casuistisches Referat über einen Fall von maligner Degeneration einer Mesenterialcyste.

«Abr. S. 40 a. n. Händler, ist vor 2 Jahren im Frühling durch's Eis gebrochen (Trauma, starke Abkühlung). Seit 3 Monaten Schmerzen im l. Hypochondrium. Stuhl angeblich in Ordnung, kein Erbrechen, verträgt alle Speisen; nähere Angaben von ihm nicht zu erhalten. Mittelgrosser Mann. Mässiger Ernährungszustand, fahle Gesichtsfarbe, blasse Schleimhäute. Normaler Lungen- und Herzbefund. Das Epigastrium ist aufgetrieben, prominiert. Das Zwerchfell ist bis zur 5. Rippe hinaufgedrängt, allein weder ein dilatierter Magen, noch eine geblähte tetanisch sich steifende Schlinge sind zu palpieren, keine Leber- keine Milzvergrösserung. Der Rectalbefund ist negativ. Die motorische Function des Magens ist tadellos. Der Stuhl enthält weder Blut noch Schleim. Kein Stenosenkot. Die Röntgenuntersuchung ergibt normal sich bewegendes Diaphragma. Nach der Abführung sinkt das Epigastrium etwas ein und man kann im l. Hypochondrium eine undeutliche Resistenz und Druckschmerz nachweisen. Rechts ist das Hypochondrium etwas stärker gespannt. Die Diagnose schwankte zwischen der Möglichkeit einer Abknickung der Flex. lienalis durch Adhäsionen resp. einen chronisch entzündlichen Process und einem retroperitonealen Tumor, der durch Druck auf die Mesenterialgefässe eine Darmblähung zu Stande gebracht haben könnte.

16. September (Chloroformnarkose): Kein freies Exsudat, eine über faustgrosse Cyste, die jedoch nicht prall gefüllt ist, sondern einen schlaffen Sack vorstellt, der ausgedehnte Verwachsungen zeigt a) mit dem peritoneum parietale — es muss ein Stück des letzteren reseciert werden, b) mit dem Netz und Colon transversum, c) mit dem jejunum und duodenum. Diese sind so fest, dass sie nur mit schwerer Läsion der Darmwand getrennt werden können, sodass ca. 10 ctm. Darmwand reseciert werden müssen. Mobilisierung des duodenum und endostomoside Vereinigung, nachdem das jejunum blind vernäht worden war. Die Cystenwand war während der Operation eingerissen, sodass ein Einnähen derselben ausgeschlossen war. Die Cyste enthielt hämorrhagischen Detritus und war innen von ca. erbsengrossen weisslichen Prominenzen ausgekleidet.

17.—19. Sept. Wegen Ansammlung von grünlicher Flüssigkeit häufige Magenspülungen. 20. Sept. T. 38.0 subjektiv fühlt Patient sich leichter, stirbt aber am 21. September unter ziemlich rasch eintretender Herzschwäche.

Die Section ergibt einen Defect in der Vereinigung des Duodenum mit dem Jejunum, wahrscheinlich auf die Einwirkung des Pankreassaftes zurückzuführen. Im Oberbauch finden sich an verschiedenen Stellen flache, runde und halbrunde Tumoren von Haselnuss- bis Taubeneigrösse, von markigem Gefüge, auf dem Durchschnitt weiss und rot gefleckt. Diese Tumoren finden sich zwischen der Leber und dem Colon, zwischen der Leder und dem Diaphragma, in der Gegend der Porta hepatis in der Umgebung des Pankreas. Keiner dieser Tumoren ist cystisch. Vergrösserte und markartige Lymphdrüsen finden sich im hinteren Mediastinum und in den Inguinalgegenden. Keine Metastasen der inneren Organe, keine Milzvergrösserung, die Tibia enthält reines Fettmark. Die Nieren ausserordentlich getrübt. (Pathologisch-anat. Diagnose: Lymphosarcom Dr. Schabert).

Das bei der Operation gewonnene Präparat ist leider abhanden gekommen, sodass es nicht genauer hat untersucht werden können. Die Section beseitigt jedoch alle Zweifel daran, dass es sich um eine maligne Degeneration einer Mesenterialcyste gehandelt. Das ist ein sehr seltenes Vorkommen.

Kostlivy (D. Z. für Chir. Bd. 31 H. 1) berichtet aus der Klinik Kukala über ein Angiosarkom einer Mesenterialcyste. Die Cysten des Mesenterium sind Lymph- oder Chyluscysten und Euterokystome, welch letzterem Calcars (Langenbeck. Arch, 79 p. 139) die Hauptrolle zuzuschreiben geneigt ist. Die frühzeitig aufgetretene massenhafte Verbreitung von Metastasen legt es in diesem Falle nahe, den Tumor mit dem Lymphgefässsystem in Zusammenhang zu bringen.«

(Autoreferat.)

Dr. P. Klemm hat vor ca. 7 Jahren eine Menterialcyste bei einem 1½ jährigen Kinde operiert, bei dem er zuerst an tuberkulöse Peritonitis gedacht hatte. Bei der Operation sei ein zwischen zwei Mesenterialblättern gelegener Tumor gefunden worden und er habe ein ca. 15 Ctm. langes Darmstück resecieren müssen. Es sei eine multicystische Geschwulst gewesen, die wie die microscopische Untersuchung ergab aus lymphatischem Gewebe bestanden habe. Bei Veröffentlichung des Falles in Virchow's Archiv hat Vortragender 52 Fälle zusammenstellen können, später seien dann noch etwa 4—5 Fälle publiciert worden.

P. III. Dr. v. Haffner (als Gast) berichtet über einen Fall von Gallenblasenperforation.

E. N. 62 a. n. hat früher nie an Verdauungsbeschwerden gelitten, nie Leibschmerzen gehabt. Erkrankte am 29. Juli 1907 plötzlich mit heftigen Schmerzen im ganzen Abdomen, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung.

Kräftig gebauter Patient von gutem Ernährungszustande, Haut und Schleimhäute blass, Zunge feucht, wenig belegt, Herz und Lungen ohne pathol. Befund; keine Oedeme, keine Cyanose, kein Icterus. Abdomen diffus wenig aufgetrieben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mässig gespannt, durchweg äusserst druckempfindlich, bei Palpation Bauchdecken dermassen gespannt, dass nähere Localisation nicht möglich. Am 31. Juli Auftreibung zugenommen, Schmerzen ebenfalls. Am 1. August erfolgt nach Glycerinspritze reichlich Stuhl; in den darauf folgenden Tagen wird der Leib weich, Schmerzen schwinden vollständig, bei weichen Bauchdecken lässt sich in der Bauchhöhle nichts Pathologisches constatieren, Pat. wird ohne Diagnose entlassen. Das darauf folgende Jahr verbrachte Pat. bei vollständigem Wohlbefinden, hat keinerlei Verdauungsbeschwerden gehabt.

Zweite Aufnahme am 10. Sept. 1908. Pat. erkrankte vor 3 Tagen mit plötzlich auftretenden Schmerzen in der Coecalgegend, Erbrechen, Obstipation. Clysmen täglich ohne Erfolg. Allgemeinstatus wie beim ersten Mal. Zunge stark belegt, feucht, kein Icterus. Abdomen stark aufgetrieben, überall druckempfindlich, Hauptschmerz in der Ileocoecalgegend, hier schlecht abgegrenzte Resistenz und Dämpfung. Das übrige Abdomen tympanitisch. Per rectum nichts Besonderes. Hohes Oelclysma ohne Erfolg. Operation verweigert. 11. September Leib mehr aufgetrieben, Schmerzen zugenommen, Temperatur fortdauernd normal, Puls kräftig, regelmässig. 12. Sept. Operation: Da als Ursache der Occlusion ein Coecaltumor als wahrscheinlich angenommen wird — Schnitt nach Kocher mit stumpfer Durchtrennung der Musculatur zwecks Anlegung eines Anus praeternaturalis. Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich reichlich gallig gefärbte, wenig getrübte Flüssigkeit; ein Tumor liegt nicht vor. Grosser Medianschnitt. Die kleine, geschrumpfte, durch zahlreiche Adhäsionen an Leber und Darm fixierte Gallenblase zeigt an der Kuppe eine ca 2 mm grosse Perforationsöffnung, der ventilartig ein ca dattelkerngrosser Cholestearin-Bilirubin-Stein anliegt. Cystotomie gelingt nicht wegen Brüchigkeit der Wand. Es erfolgt Cystectomie, Tamponade der Bauchhöhle von beiden Seiten her, Schluss der Wunde bis auf die Tampons. Weiterer Verlauf bei normaler Temperatur und kräftigem, regelmässigem Pulse ohne jegliche Störung, bis am 21. Sept. plötzlich der Exitus eintritt. Bei der Section fand man in der Bauchhöhle kein Exsudat, keine Peritonitis. Herzmusculatur schlaff, bronchopneumonischer Herd in der rechten Lunge, Thrombus in einem Aste der r. art. renalis.

Der beschriebene Krankheitsverlauf und die falsch und ganz unsicher gestellte Diagnose werfen unwillkürlich die Frage auf, ob zur Diagnosestellung vielleicht nicht alle Symptome genügend ausgenutzt und richtig bewertet wurden und ob die Anamnese nicht mehr Anhaltspuncte für eine richtige Diagnose bot. Aus der Anamnese geht nur hervor, dass in einem Zwischenraume von 1 Jahr zweimal acute Obstipation mit Erbrechen auftrat — Erscheinungen, aus denen blos die Diagnose Ileus gestellt werden kann, was ja keineswegs das Krankheitsbild aufhellt. Als sicher war anzunehmen, dass die beidesmaligen Erkrankungen in engem Zusammenhange standen, und die Reizerscheinungen des Peritoneums von ein und derselben Ursache ausgingen. Im referierten Falle wurde an Tumor des Coecum gedacht, wozu man durch die Localisation der Schmerzen verleitet wurde. Als zweites konnte man eine Schrumpfung des Mesosigmoideum beschuldigen. An eine Perforation der Gallenblase wurde nicht gedacht. Doch fasst man die Symptome des Falles zusammen, so lag auch kein Grund vor, eine solche als wahrscheinlich oder vielleicht vorhanden anzunehmen. Icterus ist nie gewesen und war auch bei der Untersuchung nicht vorhanden. Gallensteinkoliken sind nicht gewesen, die Schmerzen wurden in der Coecalgegend localisiert,—also nichts, was die Diagnose Gallenblasenperforation berechtigt hätte. Der Fall lehrt wieder einmal, dass bei der Allgemeindiagnose «Ileus» eine specielle Diagnose nur dann mit Sicherheit gestellt werden kann, wenn entweder Anamnese oder Status eindeutig sind — beides Bedingungen, die dem vorliegenden Falle fehlten, weshalb Ref. behauptet, dass in diesem Falle eine Differentialdiagnose nicht gestellt werden konnte.

(Autoreferat.)

Dr. v. Engelhardt gibt Dr. Haffner durchaus Recht, wenn letzterer meint, dass die localisierte Diagnose im acuten Anfalle eine sehr schwere wäre, meint aber, dass wenn man nach dem Abklingen des Anfalles sich genau orientiert hätte, wo die druckempfindliche Stelle gewesen wäre, man doch vielleicht Cholecystitis und Appendicitis hätte trennen können.

Dr. v. Bergmann erwidert hierauf, dass eine genaue Untersuchung auch damals stattgefunden hätte, dass aber keine Anzeichen einer Leber- bezw. Gallenblasenerkrankung gefunden worden wären. Pat. sei ohne bestimmte Diagnose entlassen worden.

P. IV. Dr. P. Klemm referiert über folgenden Fall: Vor ca. 14 Tagen habe sich an ihn eine 41 jährige Dame gewandt, die bis dahin seit vielen Jahren wegen Magenulcus, Magenkatarrh etc. behandelt worden wäre. Jetzt erkrankte sie acut unter den Erscheinungen eines Empyem's der Gallenblase, und die von ihm vorgenommene Operation bestätigte diese Diagnose. Die ausgedehnte Gallenblase war mit Eiter gefüllt, und die Schleimhaut derselben zeigte necrotische Geschwüre; an einer Stelle war dieselbe so verdünnt, dass hier ein Durchbruch entstanden wäre. Im sehr beträchtlich erweiterten Cysticus steckte — denselben völlig versperrend — ein ungewöhnlich grosses Concrement. Cystectomia. Tamponade. Patientin ist geheilt. Demonstration der Gallenblase und des Steines.

Dr. v. Engelhardt fragt, ob die Gallenblase palpabel gewesen wäre, und spricht, als diese Frage verneint wird, seine Verwunderung darüber aus, da der Vortragende angeführt hätte, dass die gefüllte Gallenblase die Grösse einer Gurke gehabt hätte.

Dr. Klemm erwidert, dass die Pat. sehr gespannt hätte dass eine «defense musculaire», wie die Franzosen es nennen den Nachweis der gefüllten Gallenblase verhindert hätte.

Punct V. Dr. P. Klemm demonstriert ferner das durch resectio recti gewonnene Präparat eines Falles von Polyposis intestini.

Die 14 j. Patientin litt seit Jahren an heftigen Blutungen aus dem Rectum; die Untersuchung der ausgebluteten Kranken ergab, dass die Mastdarmschleimhaut von etwa 100 polypösen Excrescenzen — teils lang gestielt, teils breitbasig der Schleimhaut aufsitzend — bedeckt war. Bei der weit hinauf ausgeführten Resection des Rectum wurden oberhalb desselben noch Polypen gefunden, doch war die Menge derselben nicht im Entferntesten mit der des Rectum zu vergleichen.

Vortragender weist kurz auf die sehr interessanten Fälle von Polyposis der Schleimhäute hin und berichtet über folgende Fälle aus seiner Hospitalpraxis. In einem Falle handelte es sich um Polyposis des cavum nasopharyngeale nebst der Stirn-Keilbeinhöhle und des antrum Highmori; alle diese Höhlen seien zu wiederholten Malen eröffnet und Hunderte von Polypen exstirpiert worden. Nachdem die Bruns'sche Operation 4 Mal ausgeführt worden war, wurde schliesslich an der Nasenwurzel eine Oeffnung angelegt, durch welche von Zeit zu Zeit die Höhlen abgesucht werden konnten, da es nicht gut möglich schien, einige Male jährlich die Nase operativ zu eröffnen.

Die beiden anderen Fälle betrafen Polypenbildungen im Larynx.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretair.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

St. Petersburg. Auf Vorschlag des neuen Präsidenten des Medicinalrats, Prof. G. Rein ist eine Commission aus den Conseilsmitgliedern L. Berthenson, G. Chlopin, L. Malinowski, S. Schidlowski, W. Ssirotinin und A. Wedenjapin unter dem Präsidium von Prof. Rein gewählt worden, welche sich mit der Durchsicht der Allerhöchst bestätigten Regeln vom 11. August 1903 zur Bekämpfung der Cholera und Pest im Reiche und speciell mit der Bekämpfung der gegenwärtigen Choleraepidemie in der Residenz befassen soll.

— Die Commission für Volksbildung in der Reichsduma hat die Vorlage über die Gründung einer Universität in Saratow angenommen und für diesen Zweck die Zahlung von 3200000 Rbl. jährlich im Laufe von 5 Jahren bewilligt.

— Der Professor für Ophthalmologie an der Militär-Medicinischen Academie, L. Belljarminow, ist nach vollendeter 25-jähriger Lehrtätigkeit auf ein weiteres Quinquennium gewählt worden.

— Zum Vorsitzenden des russischen nationalen Comitees für den bevorstehenden internationalen Aerztecongress in Budapest ist Prof. D. Ott gewählt worden

— Zu wirklichen Staatsräten befördert sind die Staatsräte DDr. E. Blessig, Director der St. Petersburger Augenheilanstalt, L. Brunner, Ehrenleibmedicus und Arzt der kaiserlichen Theater, N. Huhn, Ordinator des Elisabeth-Kinderhospitals in St. Petersburg und W. Gubert, Oberarzt des Findelhauses in St. Petersburg.

— Der Professor für Hygiene an der Militär-Medicinischen Akademie Dr. S. Schidlowskij ist nach 25-jähriger Lehrtätigkeit aus dem Lehrkörper der Akademie ausgeschieden.

— Dem langjährigen Mitarbeiter der St. Petersburger Med. Wochenschrift Prof. Dr. O. v. Petersen ist die Ehrung zu teil geworden, dass ein Krankensaal der dermatologischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klinik der Universität zu Cagliari (Sardinien) seinen Namen führen soll.

— Der nächste Pirogowsche Aerzte-Congress soll in St. Petersburg nicht später als am 3. Januar 1910 stattfinden.

— Die medicinische Facultät an der Universität zu Kiew hat einen Wettbewerb für die Besetzung des Lehrstuhls der operativen Chirurgie und topographischen Anatomie eröffnet. Anmeldungen werden bis zum 20. März 1909 entgegengenommen.

— Während des Erdbebens in Messina soll z. T. auch die dortige Universität zerstört worden sein, während die Kliniken und Laboratorien der medicinischen Facultät erhalten sein sollen. Auch zahlreiche Professoren sollen hierbei den Tod gefunden haben. Die Universität in Messina gehörte zu den ältesten Universitäten. Sie war im Jahre 1548 gegründet und 1838 umgebaut worden.

— An Stelle des verstorbenen Ministerialdirectors Althoff ist Prof. Robert Koch in das Präsidium des Deutschen Centralcomitees zur Bekämpfung der Tuberculose gewählt worden.

— Der 30. Congress für Balneologie findet am 4.—8. März 1909 in Berlin unter dem Vorsitze von Geheimrat Prof. Brieger (Berlin) statt. Anmeldungen sind an den Generalsecretär der Balneologischen Gesellschaft, Geheimrat Dr. Brock-Berlin, NW., Thomasiusstrasse 24 zu richten.

— Geheimrat Prof. Dr. Rubner, Director des hygienischen Instituts in Berlin hat den Ruf auf den Lehrstuhl der Physiologie an der Berliner Universität angenommen. Sein Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Hygiene soll Geheimrat, Prof. R. Flügge-Breslau werden.

— Der Director der medicinischen Universitätsklinik in Breslau, Geheimrat, Prof. A. von Strümpell soll den Ruf nach Wien als Nachfolger Prof. von Schrötters angenommen haben, nachdem ihm der Neubau einer Klinik zugesagt worden ist.

— Priv.-Doc. Dr. E. Hoffmann in Berlin ist zum Professor und Director der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Halle ernannt worden.

— Verbreitung der Cholera in Russland. Vom 19. bis zum 25. December kamen Erkrankungen an der Cholera ausser in St. Petersburg nur vor: im Gebiet der Don-Kosaken — 3 erkrankt, 1 gestorben — und im Gouvernement Tomsk — 12 erkrankt, 6 gestorben.

— Der Flecktyphus herrscht in Kiew und Astrachan.

— Vom 2. bis zum 3. Januar 1909 erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 34 Personen, starben 9, genasen 19. In den städtischen Hospitälern verblieben in Behandlung 228 Personen. Vom Beginn der Epidemie sind 9148 Personen erkrankt, 3637 gestorben und 5283 genesen. In den Zeitungen wird unter den Häusern, wo die zahlreichsten Erkrankungen stattfinden, immer auch das Haus des Bettlerasyls angeführt, wodurch dieses Haus in den Ruf eines Choleraherdes geraten ist und zwar durchaus mit Unrecht. In dieses Haus werden nämlich täglich grosse Scharen von Bettlern aus allen Stadtteilen eingebracht und am nächsten Tage anderweitig verteilt. Unter den Ankömmlingen werden nicht selten Choleraerkrankungen constatiert, die Infection mag aber an einem beliebigen Ort stattgefunden haben und die manifesten Symptome werden bei der Einlieferung der Bettler constatiert. Uebrigens ist es wiederholt vorgekommen, dass kranke Bettler angaben, sie hätten schon in der Verwaltung des Polizeireviers an Erbrechen und Durchfällen gelitten und wären trotzdem nicht, wie gehörig, ins Hospital befördert worden, sondern in das Bettlerasyl. Dass sich unter diesem Abschaum der Bevölkerung, unter Menschen, die meist obdachlos sind, ein vagabundierendes Leben führen und eine mehr als zweifelhafte Nahrung geniessen, Choleraerkrankungen stattfinden, dürfte kaum wunder nehmen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 7. bis zum 13. December 591 Personen. Darunter an Typhus abdom. 60, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 121, Pocken 8, Windpocken 24, Masern 54, Scharl ach 63, Diphthrie 95, Cholera 92, acut. Magen-Darmkatarrh 36, anderen Infectionskrankheiten 36.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben. Woche 12086. Darunter Typhus abdominalis 603, Typhus exanth. 8, Febris recurrens 526, Scharlach 211, Masern 66, Diphtherie 141, Pocken 18, Windpocken 3, Cholera 214, crupöse Pneumonie 87, Tuberculose 480, Influenza 238, Erysipel 56, Keuchhusten 19, Hautkrankheiten 80, Syphilis 481, venerische Krankheiten 366, acute Erkrankungen 1946, chronische Krankheiten 1619, chirurgische Krankheiten 1352, Geisteskrankheiten 3200, gynäcologische Krankheiten 230, Krankheiten des Wochenbetts 47, verschiedene andere Krankheiten 95.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 774 + 41 Totgeborene + 49 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Febris recurrens 2, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 25, Diphtherie 16, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 21, katarrhalische Pneumonie 80, Erysipel 2, Influenza 7, Rabies 1, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 36, Cholera 45, Magen-Darmkatarrh 34, andere Magen- und Darmerkrankungen 41, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 46, Marasmus senilis 35, andere Todesursachen 225.

— Nekrolog. 1) Am 17. December starb in Moskau Dr. P. Urbschis; 2) am 18. December starb in Charkow Dr. A. Schischkin, geb. 1874, Arzt seit 1898; 3) Am 22. December starb in Moskau Prof. Dr. P. Djakonow. Sein Tod ist ein sehr empfindlicher Verlust für die russische Aerztewelt und die medicinische Wissenschaft, 4) In Wiesbaden starb der Prof. der Gynäcologie an der Universität Greisswald, Dr. F. v. Preuschen im Alter von 64 Jahren.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Jan. 1909.

Tagesordnung: v. Schrenck: Präsidialvortrag: Ueber gynäcologische Koeliotomien.

Jahresberichte der Secretäre und des Cassierers.

Beschlüsse betr. das bevorstehende 50-jähr. Jubiläum des Vereins.

Beschlüsse über Anträge betr. Bibliothekarsgehalt und Revision des Statuts.

Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Jan. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

E. Abderhalden. Lehrbuch der physiologischen Chemie in 32 Vorlesungen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1909.

Prof. Dr. J. Schwalbe. Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande. Georg Thieme. Leipzig. 1908.

Смѣта Попечительства о слѣпыхъ на 1909 г. СПБ. 1908.

G. Modrakowski. Ueber die physiologische Wirkung des Cholins. M. Hager. Bonn. 1908.

М. Л. Абельманъ. Естественное и искусственное вскармливаніе грудныхъ дѣтей. СПБ. 1909.

25. Отчетъ Попечительства Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ за 1907 г. С.-Петербургъ. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 2 St. Petersburg, den 10. (23.) Januar 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Ueber Heine-Medinsche Krankheit [1]).

(Mit Krankendemonstration).

Vortrag, gehalten am 19. November 1908 im Verein practischer Aerzte zu Riga.

Von

Dr. Eduard Schwarz.

Dirigierender Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

M. H.! Sie sehen hier einen Mann, den vielleicht einige von Ihnen wiedererkennen werden; ich habe ihn schon während des XX. livl. Aerztetages in diesem Herbst demonstriert; sein Leiden gehört aber in ein Gebiet, das neuerdings ganz besonderes Interesse und zwar allgemein medicinisches beanspruchen kann. Dieses möge die nochmalige Vorführung des Kranken rechtfertigen; auch sind die neuesten Erfahrungen, die in Schweden gemacht worden sind, noch so neu, dass sie noch nicht in weitere Kreise gedrungen sind [2]). Ihre Wichtigkeit beansprucht aber eine ganz allgemeine Aufmerksamkeit.

Sie sehen, m. H., dass der 50-jähr. Mann durch seine Krankheit in einen traurigen Zustand gekommen ist, gehen kann er jetzt; er war aber ganz lahm, aus seinem Bett erheben kann er sich, konnte er früher nicht, aber seine Arme gebrauchen kann er nicht; er kann wohl mit der Hand und Fingern den Löffel fassen und sein Brot ergreifen, aber zum Munde führen kann er es nicht; aus- und ankleiden kann er sich noch viel weniger; er kann seine Arme weder im Schulter- noch Ellbogengelenk benutzen; links ist die Beugung im Ellbogengelenk teilweise wiedergekehrt, so dass er in liegender Stellung seine Hand zum Munde führen kann, doch in sitzender oder stehender Stellung ist der Unterarm für die geringen Reste seiner Muskeln am Oberarm, die ihm die Krankheit gelassen, noch zu schwer; mit geringer Hilfe und auch dann und wann schon allein gelingt ihm eine Hebung des Unterarmes.

Als Ursache dieses trostlosen Zustandes sehen Sie, m. H., hochgradigste Atrophie der gesamten Schultermusculatur, hochgradige Atrophie der Oberarmmuskeln, rechts hochgradiger als links; weniger hochgradig eine Atrophie der Brustmuskeln; der obere Teil der grossen Brustmuskeln fehlt ganz, der untere Teil hat in letzter Zeit angefangen zu wirken; desgleichen waren die Halsmuskeln nicht unbedeutend befallen, beide sternocleidomastoidei arbeiteten garnicht und die Nackenmuskeln waren schlaff. Für die sternocleidomastoidei arbeitete das Platysma, eine Functionsstörung in der Haltung und Bewegung des Kopfes war auch bei der Aufnahme nur bei genauerer Prüfung zu finden. Die Bauchmuskeln waren hochgradiger befallen, Pat. konnte seinen Kopf nicht heben, noch weniger seine Schultern. Die Bauchreflexe fehlten; jetzt ist die Function zurückgekehrt; nur ein Teil der linken seitlichen Bauchwand wölbt sich noch beim Husten vor, und die palpierenden Finger finden eine weniger resistente Stelle der Bauchwand. Vor einigen Wochen wölbte sich beim Husten dies Stelle stark vor, und man hatte beim Palpieren den Eindruck eines Loches in der Bauchwand. — Di Oberschenkelmusculatur war deutlich befallen. Pat. konnte anfangs, wenn er auf die Beine gestellt wurde nur mit

---

1) Der Vortrag gibt im Anschluss an die Demonstration eines Kranken ein Referat über die Arbeit von Ivar Wickmann 1) «Studien über Poliomyelitis acuta». Berlin. Karger 1905 und 2) «Beiträge zur Kenntnis der Heine-Medinschen Krankheit» ebenda 1907.

2) In den Arbeiten von Sarbo «2 Fälle von Landryscher Paralyse». Neurologisches Centralblatt 1908. Nr. 21 und von Preobraschensky «Ein Beitrag zur Lehre v. d. acuten syphilitischen Poliomyelitis» Neurologisches Centralblatt 1903. Nr. 22 sind d. Resultate obiger Arbeiten noch nicht berücksichtigt. In d. letzten Arbeit ist angegeben Temp. 39,3 und 37,5. Die Notiz ist vom 2. Krankheitstage — eine Temp. von 39,3 ist für eine syphilitische Erkrankung des Nervensystems ganz ungewöhnlich, stimmt aber für die Heine-Medinsche Krkh. sehr vorzüglich, auch d. acute Beginn.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchgebogenen Knien gehen, und war doch jeden Augenblick in Gefahr zu fallen, die Kniephänomene waren erloschen; jetzt haben sich die Extensoren gut gebessert, Pat. geht flott, das rechte Kniephänomen ist wiedergekehrt, das linke fehlt noch, der linke quadriceps femoris ist noch recht mager; auf einen Stuhl steigen kann Pat. noch nicht, Kniebeuge machen kann er nicht. Die Unterschenkel waren auch bei der Aufnahme ganz normal, er ging und geht sowohl auf Zehen als Hacken flott. In den befallenen Muskeln war teils complette, teils partielle Ea. R. vorhanden. Im Bereich der cerebralen Nerven waren keinerlei Lähmungen zu beobachten; über ein anderes cerebrales Symptom später. Immer normal war die Blasen- und Mastdarmfunction, und die Sensibilität. Die Psyche war immer intact; seine Angaben sind prompt, Pat. ist intelligent und von gutem Character. Sein Allgemeinbefinden ist ein gutes, sein Organbefund ein normaler, sein Aussehen ein blühendes; er hat Aussicht noch lange zu leben, wird aber wohl auch zeitlebens ein Krüppel bleiben, denn seine Schultermusculatur wird sich nicht wiederherstellen, rechts garnicht, links nur sehr unvollkommen. Ob die rechte Oberarmmusculatur wiederkommen wird, ist mehr wie zweifelhaft. Die Muskeln des linken Oberarms versprechen freilich wieder functionsfähig zu werden, doch dauert die Reparation schon recht geraume Zeit und es sind noch keine grossen Erfolge in der Besserung zu constatieren, so dass auch eine Reparation dieser Function eine mangelhafte bleiben dürfte.

Und wenn wir unfähig sind einer so schweren Krankheit Einhalt zu tun, dem Manne die Möglichkeit zu geben sein Brot zum Munde zu führen, geschweige denn mit seiner Hände Arbeit zu verdienen, müssen wir der Ansicht sein, dass wir solchen Krankheiten gegenüber auch in Zukunft absolut machtlos dastehen werden?

Die jüngsten Erfahrungen haben gelehrt, dass, wenn wir auch zur Zeit dem einmal etablierten Krankheitsprocesse im menschlichen Nervensystem nicht mehr Einhalt gebieten können, wir doch ganz andere Erkenntnis durch die jüngsten Erfahrungen in Schweden haben schöpfen können, die eine weite Perspective eröffnen, die gestatten werden die Mitmenschen vor der Erkrankung zu schützen, und dazu, m. Herren, müssen Sie Alle in gemeinsamer Arbeit mithelfen — und dieser Schutz dürfte schon jetzt sich ins Werk setzen lassen!! — Zweitens sind in Norwegen Befunde erhoben worden, die freilich sehr der Bestätigung bedürfen, die aber eine causale Therapie in der Zukunft als nicht unmöglich erscheinen lassen — jetzt müssen wir leider nur constatieren — was die böse Krankheit definitiv zerstört hat, kehrt nicht wieder! Und, um was für einen Krankheitsprocess handelt es sich denn hier?

Wenn Sie, m. H., ein Kind vor sich hätten, würde keiner von Ihnen zweifeln, dass es sich um eine essentielle Kinderlähmung handelt. Und in der Tat, es handelt sich um eine Poliomyelitis; die degenerative Atrophie, und die mit ihr im Gefolge auftretende Lähmung, das Freibleiben der Sensibilität, die intacte Blasen- und Mastdarmfunction, das Freibleiben der cerebralen Nervengebiete lassen nicht darüber im Zweifel, dass es sich um eine Erkrankung des Rückenmarks und speciell um eine Erkrankung der grauen Substanz des RM.'s handelt; über die Abgrenzung von der Polineuritis später.

Sie, m. H., erfahren aus der Anamnese, dass die Erkrankung acut begonnen hat, am 19. Juni a. c. fühlte Pat. sich bei der Arbeit plötzlich krank, ging nach Hause, legte sich zu Bett, hatte über Hitze und Kälte zu klagen; am nächsten Tage ging er auf den Hof hinaus, brach dort zusammen und musste ins Bett getragen werden; am 16. Juli wurde Pat. ins Stadtkrankenhaus aufgenommen, und wir konnten nur das chronische Stadium beobachten, das Herr von Heine schon 1840 in so vollkommener Weise beschrieben hat, dass fast nur Duchenne und Erb noch wichtigere Ergänzungen hinzufügen konnten. Charcot hatte, gestützt auf Untersuchungen von Prevost und Vulpian als Grundlage der Krankheit eine Systemerkrankung angenommen, einen Schwund der grossen Ganglienzellen in der Vordersäule des RM.'s; wenn auch andere Autoren eine hervorragende Beteiligung des interstitiellen Gewebes und der Gefässe fanden, (Roger und Damaschino-Roth, Rissler etc.) so blieb doch die Ansicht Charcots bestehen. Andere Autoren meinten Embolie der centralen Gefässe für das Zustandekommen des Krankheitsbildes verantwortlich machen zu können.

Es folgten dann Erfahrungen von Strümpell und Pierre Marie, die den infectiösen Character der Erkrankung erkannten, und auf ihre grosse Analogie, die zwischen der spinalen mit der cerebralen Kinderlähmung bestand, aufmerksam machten. Diese Anschauungen erhielten eine starke Stütze durch die Beobachtung einer Epidemie von Kinderlähmung 1887 in Stockholm von Medin, über die er 1890 auf dem X. internationalen Congress in Berlin berichtete. Damals erfuhren seine Ausführungen von Henoch eine ablehnende Haltung; Heubner stimmte ihnen zu. Medin gab eine genaue Schilderung des acuten Stadiums und zeigte, dass eine Reihe abnormer Formen durch ihr gleichzeitiges Auftreten während der Epidemie mit der Poliomyelitis einen nahen Zusammenhang zu haben schienen, welcher Zusammenhang früher auch nicht geahnt worden war. Man suchte nach einem Virus; Fr. Schultze fand in einem Fall im Liquor cerebrospinalis einen dem Weichselbaum-Jägerschen ähnlichen Diplococcus; andere fanden den Fränkelschen Pneumococcus. Wenn auch von anderen kleine Epidemien beobachtet wurden, so hat doch erst, 1905 in Schweden, die grosse Epidemie, in der 1031 Fälle registriert werden konnten, den Charakter der Erkrankung erkennen lassen, der unsere Anschauungen über die Erkrankung von Grund aus zu verändern geeignet ist. Der König von Schweden hat die Forschungen in weitgehendster Weise unterstützt, und so hat Ivar Wickmann in 2 grossen Werken die Erfahrung Schwedens uns übermitteln können.

Zunächst hat sich ergeben, dass die Kinderlähmung auch nicht selten bei Erwachsenen vorkommt, wenn sie auch jugendliche Individuen bevorzugt, und das liegt in ihrem Grundcharakter. Hatte Medin gezeigt, dass sie epidemisch auftritt, hatte Leegard beobachtet, dass sie bei ihrer Verbreitung den grossen Verkehrswegen folgt, so war es I. Wickmann vorbehalten zu zeigen, dass sie auch contagiös ist, direct und durch Zwischenträger übertragbar ist.

Und, m. H., der Ihnen vorgestellte Kranke gibt an, dass ein Kranker, der mit ähnlichen Erscheinungen behaftet gewesen sein soll, ihn kurze Zeit — 3 Tage — vor seiner eigenen Erkrankung besuchte, für gewöhnlich würde eine solche Angabe wohl kaum unsere Aufmerksamkeit beanspruchen dürfen, falls wir aber den Verdacht haben, dass es sich um eine contagiöse Krankheit handelt, dann wohl.

Ein zweites Moment: ich habe im Laufe dieses Sommers 3 Fälle von sog. seröser Meningitis in der Abteilung beobachten können, die alle schnell ausheilten, und habe im Frühjahr einen Fall von Landryscher Paralyse zu beobachten Gelegenheit gehabt, der seiner Erkrankung erlag. Auf den ersten Blick erscheint eine solche Bemerkung absurd; doch die weiteren Ausführungen werden zeigen, dass ein Zusammenhang dieser Fälle sehr wohl vorhanden sein kann. Und wenn es sich in diesen Fällen um eine contagiöse Erkrankung

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handelt, können wir nicht in unseren Tagen berechtigter Weise die Hoffnung haben, Mittel zu finden gegen diesen Feind? — Die glänzenden Erfolge, die die med. Wissenschaft in diesem Jahr in der Bekämpfung der Cholera gehabt hat, lassen erhoffen, dass es bei den erweiterten Kenntnissen, die wir Schweden zu verdanken haben, auch gelingen wird einem so furchtbaren und folgenschweren Leiden wie der Poliomyelitis zu steuern!

Die Cholera lässt ihre Opfer sterben, oder sie lässt sie genesen, macht sie nicht für die übrige Zeit ihres Lebens zu Krüppeln; die Cholera hat heute all ihre Schrecken verloren. Die Poliomyelitis acuta bedroht heute den Menschen mit schwerstem Unglück!

Während der Epidemien 1905 konnten 11 Sectionen gemacht werden, Wickmann hat 6 Fälle path.-anatom. untersuchen können. Seine Untersuchungen, die er im Homenschen Institut in Helsingfors gemacht hat, haben gezeigt, dass der Poliomyelitis acuta eine infiltrierende interstitielle Entzündung zu Grunde liegt, die in die in dissiminierten Herden regelmässig im ganzen Centralnervensystem, im RM. und Gehirn zerstreut sich nachweisen lassen. Der Name Poliomyelitis bezeichnet also nicht das Wesen der Krankheit. Die Infiltrationen haben zu den einzelnen Ganglienzellen und Ganglienzellengruppen keine directe Beziehung; in der med. obl. war die kleinzellige Infiltration regelmässig stärker ausserhalb, als innerhalb der Nervenkerne vorhanden. Im RM. sind die Anschwellungen und die graue Substanz und hier in den Vorderhörnern am stärksten befallen, doch findet sich die Infiltration regelmässig auch ausserhalb der Vorderhörner in der weissen Substanz und in der Pia. Im oberen Lumbalmark und dem unteren Dorsalmark sind nicht die Vorderhörner, sondern die Clarkschen gewöhnlich stärker befallen. Die Infiltration begleitet, wie es scheint, die Gefässe, Arterien und Venen, centrale und periphere in gleicher Weise; Processe, die auf eine embolische Entstehung der Erkrankung schliessen liessen, konnten nicht nachgewiesen werden. Eine Degeneration von Ganglienzellen kommt ohne interstitielle Veränderung nicht vor, dagegen kommen, namentlich in der med. obl. gelegentlich normale Ganglienzellen neben alterierten Gefässen vor, und so muss die hauptsächlichste Ursache zu dem Zugrundegehen der Ganglienzellen in dem interstitiellen Process gesucht werden. — Die Veränderungen bei der Poliomyelitis acuta der Erwachsenen sind denjenigen der spinalen Kinderlähmung völlig ähnlich. Diese Veränderungen stimmen auch völlig überein mit den Befunden, die in manchen Fällen von Landryscher Paralyse und bei der Lyssa gefunden worden sind. — Ich zeige Ihnen hier vergrössert Wickmannsche Präparate. Zunächst ein Schnitt aus dem R. Vorderhorn des Sacralsegmentes; die Ganglienzellen sind vollkommen intact, wie die eine Zelle deutlich zeigt, die andern dunklen Klumpen stellen auch normal aussehende Zellen dar, liegen aber in anderer Höhe und konnten nicht zu gleicher Zeit scharf eingestellt werden; zwischen ihnen die kleinzellige Infiltration. Das Gleiche an einem 2. Präparate. In den beiden anderen Bildern dieselbe Infiltration in der Pia und in der weissen Substanz des RM. — Die 2. Tafel zeigt Ihnen dieselbe Infiltration im Hirn, speciell in der Pia unter dem Chiasma und im Hypoglossuskern; die Zellen sind intact, um sie herum dieselbe kleinzellige Infiltration. Einige Teile aus dem Präparat in stark vergrössertem Massstabe. Sie sehen die 2 grossen Zellen vollkommen normal. — Wird die Infiltration heftiger, so degenerieren sie secundär wie dieses Bild zeigt; es sind nur noch Schatten sichtbar, die nur Reste oder gar keine Kerne mehr zeigen. Aehnliche Schnitte bildet Wickmann ab, aus der Hirnrinde, den grossen Ganglien.

Schliesslich schwinden die Zellen in den am stärksten befallenen Teilen ganz; so dass keine Zellen mehr auffindbar sind, und die durch diesen Schwund der Zellen bedingten Atrophien der Muskeln sind irreparabel — wie in unserem Fall die Atrophie der Muskeln des Schultergürtels.

Nach diesen Erfahrungen können wir uns beim Kranken Sahlit die Symptome leicht erklären. Am stärksten befallen ist der obere Teil der Halsanschwellung, und hier sind viele, die meisten Zellen zu Grunde gegangen; weniger afficiert ist die Lendenanschwellung und das Brustmark. Für die stete Beteiligung des Hirns, speciell der Pia zeigten sich bei Sahlit in bis in jüngste Zeit bestehenden starken Kopfschmerzen und Agrypnie. Zu Atrophien oder Lähmungen im Bereich der Hirnnerven ist es bei Sahlit nicht gekommen. Während der Epidemie in Schweden ist aber solches öfters beobachtet worden, und das Bild aus dem Hypoglossuskern illustriert die Beteiligung. Fällt die Beteiligung des RM. am Process sehr gering aus, und fallen die Lähmungen fort, so besteht ein rein cerebraler Symptomencomplex unter dem Bilde der Meningitis.

Und es verhält sich wirklich so. Es war schon Medin durchs Studium seiner kleineren Epidemie bekannt geworden, dass neben den Fällen, die uns allein als Kinderlähmung bekannt sind, gleichzeitig Erkrankungen zu beobachten waren, die keine Rückenmarkslähmungen, sondern eine Lähmung eines Cerebralnerven, oder gar keine Lähmungen zeigten, und so nur das Bild einer Meningitis hervorriefen. Die grosse Epidemie 1905 hat nun diese Erfahrung Medins bestätigt, und gezeigt, dass nicht nur solche Symptomenbilder, sondern noch andere Erkrankungsformen gleichzeitig zu beobachten sind, die im nächsten ätiologischen Zusammenhang mit den Lähmungsformen stehen. Dazu diente in erster Linie ein genaues Studium des acuten Stadiums; meist bekommt der Neurolog erst das chronische Stadium zu Gesicht, und die Fälle, in denen keine Lähmungen folgen, sieht er garnicht.

Es gilt als Regel, dass die Erkrankung acut mit Temp. bis 39° auch 40° beginnt; doch es können Prodrome einige Tage vorhergehen, und sie kann sich in 2 Schüben entwickeln; nach einem verhältnismässig leichten ersten Anfall ohne Lähmung folgt nach einiger Zeit, in welcher die Leute sogar ihrer schweren Arbeit nachgegangen waren, ein zweiter, der zu Lähmungen führen kann. Diese Beobachtung mahnt in therapeutischer Beziehung zur Vorsicht; auch beide Schübe können von Lähmung gefolgt sein, der 2. verbreitet dann die Lähmung. Leegard sah eine Zwischenzeit von 3 Wochen. Die Temperaturerhöhung dauert 2—5—7 Tage, kann aber auch mit 2 Erhöhungen der Curve 8—10 Tage dauern. Somnolenz ist oft sehr ausgesprochen, Kopfschmerzen sind fast constante Begleiter des Fiebers. Localisiert sich der Kopfschmerz im Hinterhaupt, so kann, wenn er sich mit Steifigkeit des Nackens oder Contracturen der Nackenmuskeln vergesellschaftet, was beides vorkommt, das Bild einer Cerebrospinalmeningitis vortäuschen; das Bild der Meningitis wird noch deutlicher, wenn Druckempfindlichkeit der proc. spinosi, wenn Steifigkeit des Rückens und richtiger Orthotonus und hochgradige Rachialgie in die Erscheinung treten.

Eine nicht seltene Hyperalgesie der Haut kann in Verbindung mit den letzten Symptomen einen Gelenkrheumatismus vortäuschen, doch kommen Gelenkerkrankungen nicht vor. Diese sensiblen Reizsymptome sind ausserordentlich häufig; nur werden sie in den Lehrbüchern zu wenig betont. Objective Störung der Sensibilität ist selten; Störungen der Schm. E., wie Wernicke sie einmal beobachten konnte, sind selten, sind aber vereinzelt beobachtet worden. Medin sah auch in einem Fall neben der Hyperalgesie, eine völlige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Amnesthesie. Die anatomischen Befunde, die eine häufige und ausgedehnte Beteiligung der Hinterhörner nachgewiesen hat, liessen eigentlich ein häufigeres Auftreten von Sensibilitätsstörung wahrscheinlich erscheinen. Oft kann aber die von Oppenheim schon gesehene elektrocutane Hypaesthesie beobachtet werden, die ja wohl nur bei älteren Kindern und Erwachsenen geprüft werden kann. In meinem Fall war eine sehr deutliche Herabsetzung der Schm. E. während der ersten elektrischen Prüfungen zu sehen, die jetzt einem normalen Verhalten gewichen ist; bei vollkommen normalem Verhalten allen sensiblen Reizen, spec. Nadelstichen gegenüber, machten starke, äusserst schmerzhafte, elektrische Ströme anfangs keinen, oder nur sehr geringen Eindruck auf den Pat. — Convulsionen, wenn beobachtet, deuten auf eine starke Beteiligung des Cerebrum. Zuckungen und Tremor kommen nicht oft vor, werden aber beobachtet. Gastrointestinale Erscheinungen sind oft vorhanden, Erbrechen selten, Diarrhoen aber häufiger. Die Darmerscheinungen können das ganze Krankheitsbild beherrschen, dass man meint einen einfachen Darmkatarrh vor sich zu haben. Störungen der Blase und des Mastdarmes hat man bisher immer negiert und ihr Fehlen als differentialdiagnostisches Moment betont. Kann solches auch heute noch fürs chronische Stadium fast ausnahmslos gelten, so ist sowohl von Medin, als auch von Wickmann im acuten Stadium nicht ganz selten Harnretention beobachtet worden, die einige Mal durch den Catheter bekämpft werden musste; einige Male ist Urinincontinenz beobachtet worden, doch auch diese dauerte nur einige Tage.

Bei dem oft sehr hochgradigen Befallensein des unteren Abschnittes des R. M.'s ist die Seltenheit von Blasen- und Mastdarmstörung immerhin auffallend und könnte ihre Erklärung finden in der Theorie Müller's, der die Centren für Blase und Mastdarm aus dem RM. in die sympathischen Geflechte des Beckens verlegt, welche Anschauung von Wickmann im Anschluss an Oppenheim besonders betont wird.

Bei der weiteren Beobachtung und Durchforschung der Epidemie haben sich weitere, höchst interessante Beobachtungen ergeben. Neben den Fällen mit spinalen Lähmungen, die wohl heilten, aber atrophische Gliedmassen zurückliessen, sah man progressive Fälle, die unter dem Bilde der Landryschen Paralyse ad finem gingen. Auf der andern Seite sah man gleichzeitig Glieder derselben Familie erkranken, bei denen es zu keinerlei Lähmungen kam, die initialen Symptome aber denen ihrer Geschwister oder Hauseinwohner conform waren. Diese von Wickmann als „abortive" bezeichnete Formen, sind fürs Verständnis, der Epidemien von grosser Wichtigkeit. Weiter sind die Erfahrungen von Medin erweitert und bestätigt worden. Es kommen nicht nur Lähmungen der pontinen, sondern auch bulbären Nerven vor. So kommen isolierte Erkrankungen am häufigsten des Facialis, mit ihm oder allein des Hypoglossus vor. Isolierte Gaumensegellähmung, isolierte Ophthalmoplegia ohne Ptosis und isolierte Ptosis sind beobachtet worden. Das sind wohl die Fälle, die von Oppenheim unter der Bezeichnung der „Encephalitis pontis des Kindesalters" beschrieben worden sind. In diesem Zusammenhang erscheint die Oppenheimsche Encephalitis als eine Teilerscheinung der Heine-Medinschen Krankheit. Dysarthrie und Dysphagie, Beeinträchtigung der Larynxmuskeln und Respirationsbeschwerden, die auf eine Beteiligung der Vagus schliessen lassen, sind öfter gesehen worden. Gegenüber andern Formen, so der Polioencephalitis acuta inf. ist zu betonen, dass die Lähmungen bei der Heine-Medinschen Krankheit in der Regel einseitig oder wenigstens asymmetrisch sind. Nur ein einziger Fall ist von Medin beobachtet worden, in dem eine Diplegia facialis vorlag. Von der Wernickeschen Polioencephalitis acuta superior unterscheiden sich die Fälle der Heine-Medinschen Krankheit durch den afebrilen Verlauf der Wernickeschen Polioencephalitis, und ihr Auftreten mit oder nach einem Delirium tremens, dem Tumor und den psychischen Symptomen.

Weiter haben die Epidemien in Schweden gezeigt, dass das Virus der Poliomyelitis acuta auch cerebrale Lähmungen machen kann, spastische Mono- und Hemiplegien. Warum werden solche Fälle aber so selten beobachtet? denn in sämtlichen tödlich verlaufenden Fällen, die von Redlich und von Wickmann untersucht worden sind, ist das gleichzeitige Befallensein des Gehirns nachgewiesen worden.

Es kommen hier wohl 2 Momente in betracht. Am häufigsten werden Erscheinungen beobachtet, die durch Erkrankungen des unteren RM.abschnittes ausgelöst werden, daher die schlaffe Lähmung der Beine oder eines Beines am häufigsten. Wickmann meint, dass die Annahme einer lymphogenen Entstehung der acuten Poliomyelitis die Seltenheit der Combination der spastischen und schlaffen Lähmung ohne weiteres erklärlich mache, denn erfahrungsgemäss setzten die Veränderungen erst im Lumbal- und Sacralmarke ein und das Gift passiere, wenn es im RM. emporsteige, meist den Bulbus, wobei immer das Leben in höherem Masse bedroht werde." Bevor es zur Entwickelung einer cerebralen Hemiplegie komme, stürben viele Kranke! Ein 2-tes Moment sei aber ein anderes und dieses scheint mir von grösserer Bedeutung zu sein und erklärt die Seltenheit der cerebralen Hemiplegie einfacher. Die path. Anatomie der Erkrankung zeigt, dass die Veränderungen im Hirn ebenso wie im RM. keinen systematischen Charakter zeigen, dass sie herdweise zerstreut in allen Teilen des Hirns vorkommen, und sich auf die Centralwindungen oder grossen Ganglien durchaus nicht beschränken, sondern dieselben ganz frei lassen können. Es müssen also besonders dichte Infiltrationsherde in grösserer Ausdehnung in den motorischen Regionen zustande kommen um cerebrale Lähmung zu erzeugen; und dieses ist selten der Fall, liegt nicht im Charakter der Krankheit. Die bei meinem Pat. bis in die jüngste Zeit bestehenden Kopfschmerzen und die Schlaflosigkeit, demonstrieren eine intensivere Beteiligung des Hirns, und lassen vermuten, dass die Erkrankung des Hirns eine hochgradigere war, als es äusserlich den Anschein hatte. Von den Aerzten ist aber in Schweden während der Epidemie 1905 öfter über Aphasie berichtet worden, was auch Medin beobachten konnte. Nun gibt Oppenheim, in dem mit Cassierer gemeinsam bearbeiteten Capitel über die Encephalitis im Nothnagelschen Sammelwerk an, dass in einem grossen Procentsatze von Fällen „von acuter, nicht eitriger Encephalitis" eine Aphasie als das am meisten hervortretende Localsymptom beobachtet werde. Diese Angaben von der Epidemie in Schweden und die Angaben Oppenheims müssen die Aufmerksamkeit erregen. Sind nicht diese Fälle von „nicht eitriger Encephalitis" mit der Heine-Medinschen Krankheit in nahe Beziehung zu bringen? sind es nicht am Ende cerebrale Fälle der Heine-Medinschen Krankheit?

Auf die Beziehungen der spinalen zur cerebralen Kinderlähmung hat zuerst 1884 Strümpell auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg aufmerksam gemacht; er betonte, dass das Charakteristische, das Gemeinsame das febrile Initialstadium sei; und nur durch dieses Initialstadium unterscheidet sich die cerebrale Form der Heine-Medinschen Krankheit von den andern sehr zahlreichen cerebralen Hemiplegien, die auf einer durchaus anderen Aetiologie beruhen.

Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Weiter sind während der Epidemie 1905 die schon von Medin gleichzeitig mit den Lähmungsformen auch Fälle von acuter Ataxie beobachtet worden. Wickmann hat selbst einige Fälle zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Atrophien treten bei diesen Fällen im Gegensatz zu den übrigen nicht ein und die Knie-Phänomene können gesteigert sein. So sah Wickmann 2 Brüder, deren Schwester am 3. VIII. 05 erkrankt war u. am Tage darauf starb, nachdem sich ausgedehnte Lähmungen eingestellt hatten, mit acuter Ataxie erkranken. Beide Brüder erkrankten mit Kopfweh, Erbrechen, Diarrhoe und Somnolenz. Lähmungen traten nicht ein, doch trat unsicherer, taumelnder, schwankender Gang auf, bei dem einen fehlten die Patellarreflexe, bei dem andern waren sie herabgesetzt; bei beiden war nach einer Woche die Norm wieder erreicht. Drei andere Geschwister waren gleichzeitig mit ähnlichen Initialsymptomen erkrankt ohne später irgend welche motorische Störungen darzubieten.

Medin war geneigt eine complicierende Neuritis für die Ataxie verantwortlich zu machen; doch meint Wickmann dieses leugnen zu müssen. Die Ataxie hat meist einen cerebellaren Charakter und ist gelegentlich vergesellschaftet mit Symptomen des Hirnstammes, muss somit auf die Läsionen dieses mitbezogen werden. In anderen Fällen ist die Ataxie mit Erscheinungen verbunden, die direct aufs RM. weisen.

Medin weist auf Untersuchungen von Riessler hin, der in betreffenden Fällen eine Erkrankung der Ganglienzellen der Clarkschen Säulen gefunden hatte; eine Entscheidung der Frage muss die Zukunft lehren. Mir will jedoch nach meinen Erfahrungen an der „acuten alcoholischen *) und der traumatischen Ataxie" **) scheinen, dass sich in vielen der hierher gehörigen Fälle von acuter Ataxie nicht Läsionen der peripheren Nerven oder des RM.'s, sondern des Cerebrum als der Sitz der Störung werden erkennen lassen.

In vivo, m. H., ist oft eine Entscheidung ob die Lähmungen auf eine Läsion der peripheren Nerven oder des RM.'s zurückzuführen sind schwer. Oft lässt nur der allendliche günstige Ausgang, die Heilung der Lähmung retrospectiv entscheiden, dass es sich um eine Polyneuritis gehandelt hat. Starke Schmerzen, Druckempfindlichkeit der Nervenstränge, Symmetrie der Lähmung und schnelle Heilung haben so manchen schwedischen Arzt (z. B. Dr. Landgren-Vexis) dazu veranlasst an Polyneuritis zu denken. Aus denselben Gründen meinte auch Medin die Fälle von acuter Ataxie auf eine Polyneuritis beziehen zu können. Klinisch ist aber wohl die Flüchtigkeit der Schmerzen und die Asymmetrie und die Abwesenheit von objectiven Sensibilitätsstörungen gegen die Anschauung einer Polyneuritis ins Feld zu führen und in der Tat ist es sowohl Wickmann selbst, wie auch Forssner und Sjövall, die 2 Fälle aus derselben Epidemie untersuchten, nicht gelungen Läsionen der peripheren Nerven zu finden. Alle fanden schwere Läsionen des RM.'s und Gehirns, die peripheren Nerven aber frei.

Bei meinem Kranken ist anscheinend eine Symmetrie der Lähmung vorhanden, doch sehen wir genauer zu, so sehen Sie, m. H., doch deutlich Asymmetrie; der linke Oberarm ist viel weniger befallen als der rechte, der linke Oberschenkel bedeutend stärker als der rechte, die linke Bauchmuskulatur sehr bedeutend mehr, als die rechte, und objective Sensibilitätsstörungen waren nie nachweisbar. Somit ist hier an eine Neuritis nicht zu denken, sondern die Diagnose einer RM. Erkrankung bleibt bestehen!

Sind die Relationen zur Polyneuritis oft schwer auseinander zu halten, so ist das Verhältnis zur Meningitis ein viel schwierigeres.

Sie wissen, m. H., dass Fr. Schultze und nach ihm Concetti, Loof und Dethloff in Fällen von Kinderlähmung den Weichselbaumschen Meningococcus in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden zu haben glauben. Während der Epidemien hat man: 1) Fälle gesehen, die mit starken meningialen Reizerscheinungen beginnend, später Lähmungserscheinungen zeigten, und 2) Fälle, wo die Lähmungen ausbleiben. Die allendliche Entscheidung muss ja wohl die Bacteriologie bringen. Doch schon heute haben wir Anhaltspuncte von nicht geringer Bedeutung. In einigermassen charakteristischen Fällen ist das klinische Bild so verschieden von einander, dass eine Verwechselung schwer ist

Nehmen wir einen Fall von Cerebrospinalmeningitis, der leicht verläuft, in dem nicht einmal Somnolenz deutlich hervortritt, ohne Lähmung, und nehmen wir einen schweren Fall von Heine-Medinscher Krankheit, der das Bild der reinen Meningitis ohne Lähmung zeigt; gewiss die Unterscheidung wäre schwer, wenn die Fälle sporadisch auftreten, losgelöst aus ihrer Umgebung, zur Beurteilung vorlägen, und wir nur das äussere Bild zu sehen Gelegenheit hätten, doch ist sehr wohl eine Unterscheidung möglich, wenn wir die Untersuchung vertiefen. Ich stellte auf dem XX. livl. Aerztetag ein junges Mädchen vor, das vollkommen gesund geworden ist, keine Recidive, speciell keine hydrocephalischen Erscheinungen zeigte, sondern frisch und stramm arbeitet, und während ihrer Krankheit nie wirklich benommen war, wohl über heftige Kopfschmerzen klagte, doch ein anscheinend wenig schweres Leiden zeigte, und man hätte nach dem Verlauf denken können, es handele sich nicht um eine eitrige Erkrankung, sondern vielleicht um einen Fall von Medinscher Krankheit. Doch das Fieber dauerte lange — bei Heine-Medinscher Krkht. dauert es nur 2—7 Tage — hier mehrere Wochen, und ihr Liquor cerebro-sp. zeigte rein eitrige Beschaffenheit. Den günstigen Verlauf meine ich auf täglich wiederholte Punctionen beziehen zu können. Im Gegensatz hierzu hat der Kranke Sahlit und alle 3 Fälle von seröser Meningitis, die ich im Sommer beobachtete und punctierte — und die Zeit der Heine-Medinschen Krkht. ist der Sommer, — die der Cerebrospinalmeningitis das Frühjahr — Lymphocytose gezeigt, mononucleäre Zellen.

Und nun ist interessant, dass Wickmann nachweisen konnte, dass das Infiltrat der Pia bei Heine-Medinscher Krkht. ausschliesslich aus mononucleären Lymphocyten, einkernigen Elementen besteht. Polynucleäre Zellen liessen sich nicht nachweisen, und hierin liegt der Unterschied der beiden Krankheiten.

In Schweden ist es nicht gelungen einen Coccus zu züchten, auch in den microscopischen Präparaten fanden sich keine Bacterien; aber in einer gleichzeitigen Epidemie in Norwegen ist es Geierswald gelungen einen grampositiven bohnenförmigen Diplo — resp. Tetra Coccus zu züchten, der graue, später weisslich werdende Colonien gibt. In 16 Fällen konnte er den Liquor untersuchen, in 2 Fällen, die früh letal endigten, konnte er an der Leiche die Lumbalpunction machen, und fand einen rötlichen Liquor, der in einem Falle klar, im 2-ten trübe war und das Aussehen einer jungen Cultur hatte. Beide Flüssigkeiten enthielten enorme Mengen Bacterien. Die Angaben bedürfen wohl der Bestätigung. Ich habe den Liquor des Sahlit nicht bacteriologisch untersuchen lassen, die Eigentümlichkeiten des Krankheitsbildes

*) Ueber acute Ataxie, Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 34, p. 456.

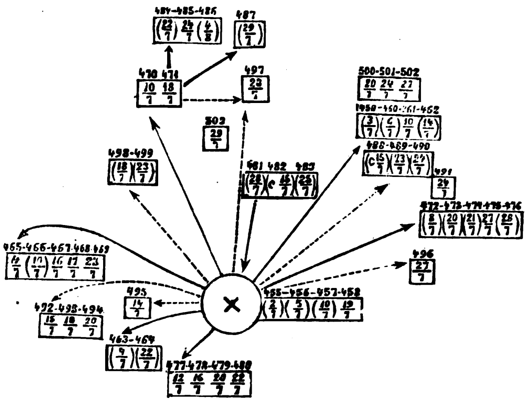
**) St. Petersburg. med. Woch. 1908. Nr. Ueber acute traumatische Ataxie.

Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lassen schliessen, dass der Feind schnell sich entwickelt, viel Schaden anrichtet — selbst aber kurzlebig ist, und schnell aus dem Liquor wieder verschwindet, daher die negativen Befunde in der schwedischen Epidemie, und der Kranke Sahlit kam erst in der 4-ten Woche ins Krankenhaus.

Und nun, m. H., die letzte und epidemiologisch und klinisch interessanteste, die abortive Form — betrachten wir am besten zusammen mit den epidemiologischen Eigentümlichkeiten der Epidemie.

Die interessantesten und prägnantesten Daten, die die Epidemie zeigte, bot die Schulepidemie von Trästena, dar, die ich hier im Schema vorführe. Der Bezirk Trästena hat ein Areal von 32 Qu.-Kilom. die Einwohnerzahl beträgt etwa 500. Während der Epidemie erkrankten hier nicht weniger als 49 Personen verschiedenen Alters; bei 26 traten Lähmungen auf, bei 23 konnte keine Lähmung nachgewiesen werden.



Die ausgezogenen Linien bedeuten directe Uebertragung, die gestrichelten indirecte (durch Zwischenpersonen). Die Parenthesen bezeichnen abortive Formen. X=Schule. 455—458 = Kinder des im Schulhause wohnenden Lehrers.

Es erkrankte am 28. Juli 1905 acut mit Fieber, Kopfschmerzen ein 11-jähr. Knabe (481) der in der Folge keine Lähmungen zeigte. Dieser Knabe besuchte die Schule von Trästena. Nach einigen Tagen erkrankte nun eine Menge jüngerer und älterer Einwohner von Trästena, 7 Schüler der Schule. Also durch eine abortive Form ist die ganze schwere Epidemie im Ort Trästena erzeugt worden. Dabei ist gleich zu bemerken, dass nach einiger Zeit zwei Schwestern dieses Knaben auch erkrankten, auch an abortiven Formen. Die Schwester, ca. 17 Jahre, ist nicht bettlägerig gewesen; die Erkrankung des Bruders kann als leichte meningitische Form angesprochen werden.

Zunächst erkrankten, 3 Tage nach Erkrankung des ersten Knaben die Kinder des Lehrers von 10, 11 und 14 Jahren, am 2., 5. und 10. Juli und am 19. Juli eine 18-jährige Schwester des Ersterkrankten. Bei den ersten handelte es sich nur um abortive Fälle mit schweren Fiebersymptomen, bei der letzten traten zum ersten Mal Lähmungen auf, und zwar nur eine linkseitige Lähmung des Facialis — also eine pontine Form!

Gleichzeitig erkranken am 2., 3. und 4. Juli 6 Kinder, die die Schule besuchten und erzeugen zu Hause Hausepidemien. Die directe Uebertragung ist durch volle Linien angedeutet. Es entstehen schwerere und leichtere Hausepidemien. So erkrankt am 4. Juli ein 9-jähriges Mädchen; bei ihr entwickelt sich eine leichte Parese des r. Beins; ihr 12-jähriger Bruder erkrankt am 10. Juli, zeigt nur eine abortive Form ohne Lähmungen, jedoch erkranken eine 5 jährige Schwester und ein 7-jähr. Bruder mit schweren Lähmungen, erstere mit Lähmung fast des ganzen Körpers, der Bruder mit Lähmung der Beine und Arme und stark ausgesprochener Rückensteifigkeit; schliesslich erkrankte am 23. Juli eine 17-jähr. Schwester und geht unter den Erscheinungen einer zunehmenden Atemnot und Schlucklähmung ad finem, das Bild der Landry'schen Paralyse. Es bestand Lähmung des rechten Armes und Schwäche der Beine; hier also das gegenteilige Bild wie bei den Kindern des Lehrers, dort 3 abortive Fälle und nur ein Lähmungsfall, hier nur ein abortiver Fall und 3 schwere Lähmungsfälle mit einem Todesfall. In andern Häusern traten ähnliche Verhältnisse auf; in dem einen nur Lähmungsfälle, in einem andern 4 abortive Fälle und ein Lähmungsfall. So erkrankte am 12. Juli der 11-jähr. E. L. (477); es kam nur zur Parese des linken Beines; seine 3 Brüder erkrankten am 16., 20. und 22. Juli; der Erste zeigte Schwäche beider Beine, genas vollkommen, die beiden andern Brüder zeigten die Erscheinungen der Landry'schen Paralyse und starben beide. In andern Häusern erkrankten 2 Kinder an abortiven Formen, einer mit leichten Sehstörungen, dann aber die 2 Dienstmädchen von 15—17 Jahren; die 15-jähr. zeigte keine Lähmungen, die zweite aber zeigte Parese des rechten Armes und Beines, die Muskeln und Nervenstämme waren druckempfindlich bei normaler Sensibilität. Dieser Fall könnte somit nach den geläufigen Anschauungen mehr als Polyneuritis imponieren; die zweite Dienstmagd im Hause zeigt nur eine abortive Form.

Während dieser Epidemie zeigte es sich, dass auch durch gesund gebliebene Kinder der Schule Erkrankung vermittelt wurde. Die unterbrochenen Linien sollen solches andeuten.

So erkrankten nicht weniger als in 5 Familien nicht die Kinder selbst, die die Schule besuchten, sondern andere Familienglieder; die Schulkinder stellen so Mittelpersonen, sog. „Bacillenträger" dar. In den Häusern, die durch directe Uebertragung inficiert worden sind, traten die Erkrankungen vom 28. Juni –12. Juli auf, in denen mit indirecter Uebertragung traten die Erkrankungen vom 13.—23. Juli auf. Am 15. Juli wurde die Schule geschlossen und die Epidemie erlischt im Laufe des August.

Es gibt wohl kein besseres und durchsichtigeres Beispiel für die epidemiologischen Eigenschaften einer Krankheit.

Für meinen Fall Sahlit ist interessant, dass sich dasjenige, was Sahlit in seiner Anamnese angegeben, hier in gleicher Weise zugetragen hat. Der Kranke 484 besucht den 470, der am 19. Juli erkrankt war, und erkrankt selbst am 22. Juli, also auch 3 Tage später. Seine Erkrankung, die abortiv blieb, hatte zwei weitere Erkrankungen im selben Hause zur Folge, von denen eine letal endigte, die andere abortiv blieb. Aus demselben Hause, dem des Gärtners vom Gute, aus dem diese Erkrankungen stammen, ist wahrscheinlich 100 Kilom. weiter ein neuer Herd entstanden. Eine Frau befindet sich im nachbarlichen Kirchspiel mit ihrem gesunden Kinde, wird von ihrer Schwester, die in Trästena bei diesem Gärtner diente, besucht; das Kind erkrankt, wird nach Hause gebracht und inficiert zu Hause seinen Vater, der mit Lähmung eines Beines und ein anderes Kind, das mit Lähmung beider Beine erkrankt.

Aehnlich mag der Vorgang bei der Erkrankung des Falles 497 gewesen sein. Der Vater dieses Kindes arbeitete im Gärtnerhaus, aber das Kind hatte auch einen Bruder, der die inficierte Schule besuchte.

Die Epidemie ist hier in Trästena zum Ausbruch gekommen, im benachbarten Mariestad sind im Februar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1905 einige Fälle registriert worden; im Mai einige weitere, bis dann im Juni die Epidemie in Trästena auftritt und sich von hier aus „ziemlich „continuierlich“ nach allen Richtungen hin weiter verbreitet, gewöhnlich in einzelnen Fällen auftretend, die jedoch an mehreren Stellen Gruppen bilden, innerhalb denen eine Uebertragung von Person zu Person gelegentlich beobachtet wird“. Also meist die Herkunft der Erkrankung dunkel wie bei uns. Erst die Epidemie in Trästena zeigte klare, durchsichtige Verhältnisse; für viele Herde war nur der Umstand auffallend, dass sie an denselben Verkehrstrassen lagen.

Prognose: man war der Ansicht, dass die Prognose bei jugendlichen Individuen, bei Kindern eine ungünstigere wäre. Wickmann hat die Morbidität und Mortalität der Epidemie aus 868 Lähmungsfällen berechnet und in einer Tabelle graphiert dargestellt. Es zeigt sich in dieser, dass mit zunehmendem Lebensalter die Erkrankungen wohl abnehmen, ein höheres Alter somit vor dem Erkranken bis zu einem gewissen Grade schützt, dass dafür aber die Erkrankung je älter das Individuum, um so ernster aufzufassen ist — die Mortalität steigt mit dem Alter.

Und nun, m. H., zum Schluss der Name. Der Name Kinderlähmung würde ja wohl für alle Formen gemeinsam bei Kindern zu verwenden sein; man wäre auch bei der pontinen, den anderen Formen, den Hemiplegien cerebralen Ursprungs nicht im Zweifel, welche Art Erscheinungen man sich unter dieser Bezeichnung vorzustellen hätte, doch Erwachsene erkranken auch. Und die Bezeichnung Poliomyelitis acuta passt nicht, weil sie nur einen Teil der Formen, freilich die häufigsten Formen zusammenfasst. Aus diesen Gründen hat Wickmann proponiert die beiden Männer zu ehren, die besonders am Studium der Erkrankung beteiligt waren und mit ihren Namen eine Bezeichnung zu schaffen, die alle Formen und alle Eigenschaften der Erkrankung zusammenfasst. v. Heine hat, wie schon erwähnt, 1840 als erster das chronische Stadium in classischer Weise geschildert, und Medin war der erste, der das acute Stadium eingehend studierte und den epidemischen Charakter der Erkrankung erkannte. — Diese Gründe sind, meine ich, geeignet die Bezeichnung Heine-Medinsche Krankheit mit Applaus zu acceptieren.

Zur Behandlung der scrophulösen Ophthalmie und des Trachoms bei gleichzeitig bestehenden Erkrankungen der oberen Luftwege.

(Vortrag, gehalten auf dem XX. livländ. Aerztetage am 29. August 1908 zu Riga.

Von

Dr. med. G. Reinhard. Riga.

Meine Herren! Mein Vortrag behandelt ein kleines Capitel aus dem Grenzgebiete der Ophthalmologie und der Rhinologie.

Die Lehre von den Beziehungen der Augenerkrankungen zu den Erkrankungen der Nase ist in den letzten 15—20 Jahren durch die Arbeiten von Berger-Tyrmann, Ziem, Kuhnt, Winkler, Germann, Hajek, Onodi und anderen zu einem mächtigen Umfange herangewachsen. Da aber, wie mir scheinen will, die wichtigsten Tatsachen dieses Zusammenhanges noch nicht Gemeingut aller Aerzte geworden, und andererseits die therapeutischen Erfolge bei vielen Augenkrankheiten unter systematischer Berücksichtigung der etwa gleichzeitig bestehenden Nasen- und Rachenaffectionen gar zu schöne sind, glaubte ich diese Frage hier zur Discussion bringen zu müssen.

Das Trachom und die scrophulöse Ophthalmie habe ich gerade deshalb herausgegriffen, weil sie in unserem Lande die verbreitetsten Augenkrankheiten sind und wohl am meisten dem Arzte zu schaffen geben. Was übrigens über ihren Zusammenhang mit den Nasen- und Rachenerkrankungen gesagt werden wird, gilt zum grossen Teil auch für viele andere Augenerkrankungen.

Hirschberg hat als einer der ersten die nahen Beziehungen der Nasenerkrankungen zu den phlyctaenulaeren Affectionen, Snellen die der Rachenvegetationen zu den folliculären Erkrankungen des Auges betont. Sodann haben Winkler, Conetoux, Guibert, Benoit und andere wiederholt bei phlyctaenulaeren Kerato-Conjunctivitiden die Entfernung der aden. Vegetationen mit schönem Erfolge angewendet.

Die Wichtigkeit der Nasenbehandlung bei Trachom ist zuerst von Ziem und dann namentlich von Kuhnt in seiner classischen Monographie über „die Therapie der Conjunctivitis granulosa“ hervorgehoben worden.

Um Ihnen eine Vorstellung zu geben von der Häufigkeit des Zusammentreffens dieser Leiden mit Nasen-Rachenaffectionen und von dem Charakter der letzteren, habe ich aus meinen Journälen eine kleine Statistik über den Nasenbefund bei Ophthalmie scrophulosa und Trachom zusammengestellt. Ich habe nur schwere Fälle gewählt, die hartnäckig recidivierten oder die ausser schweren Erscheinungen am Auge auch anderweitige Symptome einer lymphatischen Constitution hatten; weiter Fälle von Trachom im 2. und 3. Stadium mit Phimosis, Pannus, Trichiasis, Dacryocystitis etc.

Bei scrophulöser Ophthalmie ist unter 110 Fällen im Alter von 1—20 Jahren verzeichnet:

Befund in der Nase und im Rachen normal 3 $\times = 3\%$ Hyperplasie der Rachen- resp. Gaumenmandel 75 $\times = 68\%$ Rhinitis chronica, acuta, Hyperplasien der unteren oder mittleren Muschel, Crista, Deviatio, Eczem des Naseneinganges etc. 30 $\times = 27\%$, Nebenhöhlenerkrankungen 2 $\times = 2\%$.

Am Material der Berliner Universitäts-Augenklinik constatierte Gutmann bei scrophulöser Ophthalmie in 93% verschiedene Nasen- resp. Rachenaffectionen.

Winkler fand in Bremen in 40% der scroph. Augenkranken eine gleichzeitige Erkrankung der Nase resp. des Rachens.

Er hat offenbar alle leichten Fälle mitgezählt.

Aus der Würzburger Klinik liegt eine Mitteilung Hellmaiers vor, wonach 100% der eczematösen Augenkranken mit Nasenleiden behaftet waren.

Unter meinen 204 Fällen von schwerem Trachom, im Alter von 12—78 Jahren, findet sich verzeichnet:

Befund in der Nase und im Rachen normal 17 $\times = 8,6\%$, Hyperplasie der Rachenmandel 13 $\times = 6,4\%$, Chron. Rhinitis mit Hyperplasien, Deviatio, Crista, Rhinitis atrophicans, Ozaena, Pharyngitis follicularis etc. 166 $\times = 81\%$, Erkrankungen der Nebenhöhlen 8 $\times = 4\%$.

In den Fällen mit normalem Nasenbefund liess sich anamnestisch häufig überstandener Schnupfen constatieren *).

Kuhnt fand Nasenbeteiligung in 65% seiner Fälle von Trachom.

Bei der Häufigkeit der Nasen- und Rachenerkrankungen überhaupt wird man freilich nicht einen rein centralen Zusammenhang zwischen den Nasenerkrankungen einerseits und den erwähnten Augenerkrankungen an-

*) Die Nasenbefunde verdanke ich zum grössten Teil der Freundlichkeit der Herren Collegen H. Johannson und P. Perlbach, denen ich auch an dieser Stelle meinen Dank ausspreche.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dererseits construieren dürfen, wie der von manchen Autoren versucht worden ist; aber eine prädisponierende und den Verlauf der betreffenden Augenkrankheit beeinflussende Wirkung von Seiten der Nase resp. des Rachens ist nach der klinischen Erfahrung vieler namhafter Autoren jedenfalls über allen Zweifel erhaben. Auf welchen Wegen sich das vollzieht, soll später angedeutet werden.

Ein Bindeglied zwischen den äusseren Erkrankungen des Auges und den der Nase stellen die Erkrankungen der ableitenden Tränenwege dar, denen nach übereinstimmender Ansicht aller Autoren ein Nasenleiden vorausgeht.

Eine besondere Stellung nehmen die Fälle von einseitigem Trachom ein. — In meiner Praxis der letzten Jahre finde ich keinen einzigen solchen Fall, wo nicht auch zugleich die Nase miterkrankt gewesen wäre; im ganzen sind es 83 Fälle.

Angeregt durch die Arbeiten von Ziem und Kuhnt, lege ich in meiner Klinik seit etwa 7 Jahren das grösste Gewicht auf eine sorgfältige Nasenuntersuchung. Und ich kann zu meiner grössten Befriedigung mich des Eindruckes nicht erwehren, dass meine Heilerfolge seit der Zeit bedeutend bessere geworden sind. Ich kann dabei auf eine Reihe von über 2000 Fällen von Trachom und scrophulöser Ophthalmie zurückschauen, bei denen ich mein besonderes Augenmerk auf etwaige Nasenerkrankungen gerichtet habe. Freilich lässt sich der bessere therapeutische Erfolg der letzten Jahre wohl kaum zahlenmässig erweisen.

Ein paar Fälle mögen aber zur Illustration dienen.

1. Herr A. 41 Jahre alt, von kräftigem Körperbau, leidet an Trachom seit vielen Jahren und steht seit 6 ahren in specialistischer Behandlung. Status am 20. März 1902. Beiderseits starke Epiphora, Blepharospasmus, Lichtscheu, Lidränder verdickt, aus den Tränenpuncten lässt sich beiderseits ein Tröpfchen dicken Eiters ausdrücken. Conjunctiva schmutziggrau, verfärbt, trachomatös vernarbt. Untere und obere Uebergangsfalten fehlen, an ihrer Stelle sind derbe Excisionsnarben. Conjunctiva bulbi stark injiciert. Cornea mit dichten, meist alten Gefässnetzen überzogen. Zahlreiche Maculae und einzelne frische pannöse Phlyctaenen. — Nach Cocaïnträufelung V = Tz in 3—4′ Behandlung: Atropin — Cocaïn, Exstirpation beider Tränensäcke, Spülungen mit milden Augenwässern, da irgendwelche strengeren Medicationen nicht vertragen werden. Beiderseits Peritomie. Nach sechs Monaten ist trotz zeitweiliger Besserung der Zustand im Allgemeinen derselbe, wie zu Anfang der Behandlung. Jetzt wird eine Nasenuntersuchung vorgenommen, welche Polypen an der mittleren Muschel und den vorderen Siebbeinzellen nachweist. Anfang September Ausräumung der Polypen und der vorderen Siebbeinzellen. Gleich in den ersten Tagen tritt merkliche Besserung ein und nur unter Boreinträufelung ist Patient zu Weihnachten desselben Jahres imstande Zeitungsschrift zu lesen.

10. I. 1903 bds. Hypm. 1.5 D.

Visus s. c. $= {}^5/_{30}$; i. c. $+ 1.5 = {}^5/_{24}$.

Auf einen so schnellen und schönen Erfolg hätte man wohl nicht hoffen können! Patient ist nachher 4 Jahre in meiner Beobachtung geblieben; ohne Recidiv! Visus ist später gestiegen auf ${}^5/_{18}$ resp. ${}^5/_{20}$.

2. Frl. A. 19 J. alt leidet seit Kindheit an scrophulöser Augenentzündung. Trotz sachgemässer Behandlung in Petersburg und Riga seit 3 Jahren, immer wieder Recidive. Status am 25. I. 1908. Lichtscheu, Epiphora. Rechts: Blepharitis, Verdickung des oberen Lides, leichte Ptosis, an der Tarsalconj. des oberen Lides sammetartige papillaere Wucherungen; Conj. bulbi injiciert; aussen und innen am limbus je eine Phlyctaene. Links hängt das obere Lid schlaff herunter, Tarsus desselben verdickt, Conj. wie rechts, auf der Cornea ein Leucom im unteren Teile des Pupillargebietes. Feine Gefässe und Maculae über der ganzen Cornea, mehrere Randphlyctaenen. Visus = Tz. in 4′. Habitus scrophulosus. Mundatmung. Hyperplasie der unteren Muscheln und der Rachenmandel.

Am 30. I. Entfernung der Rachenmandel, nachher Massage mit gelber Salbe. Der Zustand des Auges wird auffallend schnell gut. Im Juni Schlammbäder in Staraja Russa als Nachcur. Am 27. Aug. Conjunctiva und Lider beiderseits normal, nur links eine kaum bemerkbare Ptosis. Links haben sich die Maculae und das Leucom bedeutend aufgehellt.

Links Visus $= {}^5/_{50}$.

Die Hyperplasien der unteren Muschel sind geringer geworden, Nasenatmung ganz frei.

Für scrophulöse Erkrankungen kommen, wie aus der obigen Statistik zu ersehen ist, besonders die Hyperplasien am lymphatischen Rachenringe in betracht; beim Trachom dagegen mehr Hyperplasien an den Muscheln, polypöse Wucherungen der Nasenhöhle und Erkrankungen der Nebenhöhlen.

Ich kann hier nicht genauer auf die einzelnen Massnahmen bei der Behandlung der Nasen und Rachenleiden eingehen. Der Plan der Behandlung muss in jedem einzelnen Falle besonders festgestellt werden. Im Allgemeinen ist eine conservative Behandlung, meiner Erfahrung nach, wenig erfolgreich. Eine hypertrophierte Rachenmandel, gegebenenfalls auch hypertrophierte Gaumenmandeln entferne ich gleich zu Anfang der Cur; darnach allein schon sieht man häufig, wie auch Coppez angegeben hat, dass folliculäre Erkrankungen der Conjunctiva ohne jegliche locale Behandlung zurückgehen. Mehrere Fälle dieser Art waren auch anderwärts für echtes Trachom erklärt worden. Ich habe augenblicklich 2 solcher Fälle in Beobachtung; leider können sie nicht mehr recht demonstriert werden, da der eine schon eine vollständige gesund Conjunctiva hat, beim andern auch nur noch einzelne Follikel nachgeblieben sind. Ob die diesbezüglichen, dem äusseren Aussehen nach, dem Trachom sehr ähnlichen aber so prompt nach einer Entfernung der hyperplastischen Vegetationen des Nasenrachenringes ohne weitere locale Behandlung in Heilung übergehenden Fälle auch wirklich mit Trachom identisch sind, lasse ich vorläufig unentschieden. Weiteres Studium in dieser Richtung dürfte auch wohl einiges wertvolle Material für die Pathogenese des Trachoms ans Tageslicht fördern.

Auch eine Nebenhöhlenerkrankung und polypöse Wucherungen in der Nase werden sofort zu Anfang der Behandlung in Angriff genommen, dagegen muss bei den Verengerungen der Nasenhöhle selbst, die durch Hyperplasien der Muscheln, Deviationen des Septums etc. hervorgerufen werden, eine grössere Vorsicht geübt werden, da bei heftigen Entzündungen der Hornhaut, wie floridem pannus, ulceris etc. ein Eingriff in die Nasenhöhle mit einer zeitweiligen Verschlechterung des Zustandes am Auge beantwortet wird. Es ist ratsamer für den radicalen Eingriff in die Nase ein Nachlassen der stürmischen Erscheinungen am Auge abzuwarten und die Nase vorläufig mit milder Medication zu behandeln. Aus demselben Grunde ist auch, wie schon Winkler betont hat, ein galvanocaustischer Eingriff wegen der reactiven Schleimhautschwellung in unseren Fällen sehr zu widerraten und desgleichen eine Tamponade möglichst zu vermeiden.

Man vergesse jedoch nie, dass die Nasenbehandlung keine Panacee ist; sie ist nur ein Adjuvans, freilich ein mächtiges. Die in jedem einzelnen Falle indicierte allgemeine und locale Therapie darf deshalb auch nicht vernachlässigt werden.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich muss jedoch ausdrücklich hervorheben, dass seit der Zeit der consequenten Berücksichtigung der Nase und des Rachens so radicale Eingriffe am Auge, wie z. B. die Ausschneidung der Uebergangsfalten, nur in den allerseltensten Fällen notwendig geworden sind.

Die therapeutischen Erfolge bei einer Behandlung nach obigen Principien sind verhältnismässig eclatanter bei der scrophulösen Ophthalmie und den folliculaeren Bildungen in der Conjunctiva als bei altem eingewurzeltem Narbentrachom, besonders bei solchem mit gleichzeitiger Rhinitis atrophicans mit oder ohne foetor.

Zuletzt muss ich noch erwähnen, dass ängstliche Personen und besorgte Mütter diese ihnen unverständlichen Eingriffe in die Nase und Rachen bei ausgesprochenen Augensymptomen häufig und hartnäckig verweigern.

Andeutungsweise sei erwähnt, dass ausser diesen uns hier beschäftigenden noch viele andere Augenleiden in naher Beziehung zu Erkrankungen der Nase und des Rachens stehen; so z. B. Erkrankungen des Sehnerven, Orbitalabscess und Orbitalphlegmone, Thrombosierungen der Orbitalvenen, Periostitis der Orbitalknochen, chronische Blepharitiden, asthenopische Beschwerden etc.

Wie hat man sich nun die klinisch zweifellos festgestellte Beeinflussung der Augenkrankheiten von der Nase aus zu erklären?

Zum besseren Verständnis dieser Frage erlaube ich mir Sie auf eine Zeichnung hinzuweisen, die einen Frontalschnitt durch die Nasenhöhle darstellt *). Man ersieht daraus die unmittelbare Nähe der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen zur Orbita. Die Kieferhöhle und insbesondere die Siebbeinzellen sind nur durch ganz dünne Knochenplatten von der Orbita getrennt; dasselbe gilt auch von der Keilbein- und der Stirnhöhle. Die an und für sich schon dünnen knöchernen Zwischenwände werden zudem noch häufig durch angeborene oder erworbene Dehiscenzen ganz aufgehoben, so dass die Schleimhaut der entsprechenden Nebenhöhle direct an die Periorbita grenzen kann.

Die Verbindung der Orbita mit der Nasenhöhle und ihren Nebenhöhlen wird ausserdem durch zahlreiche Blut- und Lymphgefässe vermittelt. So zieht durch den Tränennasengang vom unteren Nasengang aus ein dichtes Venennetz hinauf in die Orbita, wo es sich mit den Orbitalvenen in Verbindung setzt.

Die Orbitalvenen sammeln sich bekanntlich in zwei grössere Stämme, — die obere und die untere Vena ophthalmica, die gewöhnlich vereint als Sinus ophthalmicus in die Schädelhöhle, in den Sinus cavernosus münden. Die untere Vena ophthalmica hat aber eine im Kaliber sehr schwankende Anastomose **) durch die Fissura orbitalis inferior zum mächtigen Plexus pterygoideus, mit welchen auch die Pharynx — und die hinteren Nasenvenen in engem Connex stehen. Erwähnte Anastomose kann sogar unter Umständen als Hauptabfluss der Vena ophthalmica inferior dienen. Ueberhaupt findet durch die Fissura orbitalis inferior vermittelst der Blut- und Lymphgefässe, der Nerven und des Zellgewebes eine rege Beziehung zur Fossa sphenopalatina statt.

Ausser erwähnten grossen Gefässverbindungen sind noch zahlreiche kleinere zu merken, so die Vasa ethmoidalia und kleine Venenstämmchen aus den Nebenhöhlen der Nase direct zur Orbita hin.

Zudem stammen die sensiblen Nerven eines Teiles der Nasenschleimhaut vom Augenast des Trigeminus (R. nasociliaris) und die Sympaticusfasern für Auge und Nase kommen gemeinsam vom Plexus caroticus.

Von besonderer Bedeutung für die äusseren Augenerkrankungen ist ausserdem die directe Verbindung der Nasenhöhle mit dem Conjunctivalsacke durch den Tränennasengang. Auch directe Uebertragung von Nasenschleim durch Hände und Tücher auf die Conjunctiva wird gewiss häufig vorkommen. Bekanntlich sind in der Microorganismenflora der Nase alle für die infectiösen Augenkrankheiten in Betracht kommenden Keime in Mengen gefunden worden (Pneumococcus, Koch-Weeksscher Bacillus, Gonococcus, Diplobacillus Axenfeld-Morax etc.).

Diese können selbstverständlich auf erwähnten Wegen von der Nase in die Conjunctiva gelangen.

Nach Ziem verdienen besonders die obenerwähnten engen Beziehungen der Lymph- und Blutgefässe der Nase und der Orbita untereinander unsere grösste Beachtung. Durch ihre Vermittelung können per continuitatem krankhafte Processe von der Nase und ihren Nebenhöhlen zur Orbita fortgeleitet werden, z. B. Orbitalphlegmonen, Trombosen der Orbitalvenen. Die so häufigen passiven Stauungen in der Nase und ihren Nebenhöhlen können ausserdem rückwirkend in den Gefässen der Orbita eine Stauung hervorrufen. Bei einer dadurch bewirkten Verlangsamung des Stoffwechselumsatzes in den betreffenden Teilen des Orbitalinhaltes muss naturgemäss die Widerstandsfähigkeit derselben herabgesetzt, die Infectionsmöglichkeit erleichtert und ein schwererer Verlauf einer bereits ausgebrochenen Krankheit angebahnt werden.

Diese Stauungserscheinungen brauchen garnicht einmal mit unseren Hilfsmitteln erkennbar zu sein, um trotzdem durch ihre Chronicität zur Geltung zu kommen.

Insbesondere scheint bei einseitigem Trachom jene obenerwähnte starke Anastomose der unteren Vena ophtalmica mit dem Plexus pterygoideus oder eine gleichseitige Nebenhöhlenerkrankung eine bedeutendere Rolle zu spielen, als man bis jetzt anzunehmen geneigt ist (Ziem). In wieweit reflectorische Einflüsse von der Nase aus auf's Auge wirksam sein können, wie vielfach angegeben wird, entzieht sich vorläufig noch meiner Beurteilung. Des weiteren darf aber nicht übersehen werden die Beeinflussung des Allgemeinzustandes durch eine Nasenstenose, die bei einer Hyperplasie der Rachenmandel, einer Schwellung oder einer Hyperplasie der Nasenschleimhaut nur allzu häufig entsteht. Die verhinderte Nasenatmung hat eine Herabsetzung der Atmungsgrösse und dadurch eine chronische Sauerstoffverarmung des Blutes zur Folge, wie ja auch Sabrazès nach Entfernung der adenoiden Vegetationen eine Steigerung des Hämoglobingehaltes im Blute feststellte. Ausserdem entwickeln sich auf der kranken Nasen- und Nebenhöhlenschleimhaut und in den Krypten und Lacunen der hyperplasierten Mandeln gewaltige Mengen verschiedener Keime, die und deren Stoffwechselproducte für den durch Sauerstoffarmut schon so wie so geschwächten Organismus durchaus nicht gleichgültig sein dürften.

Gewöhnlich werden nun wohl mehrere dieser Factoren im einzelnen Falle zusammenwirken.

Sollte es mir gelungen sein durch diesen Vortrag Ihr Interesse für diese Frage und ihre weitere Erforschung angeregt zu haben, so wäre mein Zweck erreicht.

Literatur:

Die Literatur bis zum Jahr 1904 findet sich ziemlich vollständig verzeichnet bei Eversbusch, die Erkrankungen des Auges in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der Nase und ihren Nebenhöhlen. Handbuch der ges. Augenheilk. von Graefe-Eremisch II. Aufl.

*) cf. Zukkerkandl, Atlas der topographischen Anatomie, Heft I pag. 122.

**) cf. Rauber, Anatomie des Menschen Bd. II pag. 196 fig. 146.

Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Aus der neueren Literatur benutzte ich:

1. Axenfeld, Bacteriologie in der Augenheilkunde; Jena 1907. 2. B. Fraenkel, Art. «Adenoide Vegetationen»; in Eulenburgs Realencyclopaedie. 4. Aufl. 2. Gutmann, äussere Augenerkrankungen in ihren Beziehungen zu Nasenleiden, Deutsche med. Wochenschr. 1908, H. 20—22. 4. Onodi, der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase. Wien, Leipzig 1907.

Referat.

Dr. Vollmer berichtet über Versuche, die er mit Camphosan, einem neuen Heilmittel bei Erkrankungen der Harnorgane anstellte und die zu einem günstigen Ergebnis führten. Das Camphosan ist eine Lösung von 15 Teilen Campfersäure-Methylester in 85 Teilen chemisch reinen Santalols. Es kommt in Gelatinekapseln zu je 0,3g Inhalt in den Handel. Da die Campfersäure als mildes aber nachhaltiges Adstringens bei gewissen entzündlichen Schleimhauterkrankungen sich bewährt, und da andererseits im Santalol das reinste Balsamicum vorliegt, versprach sich Verfasser von einer Combination dieser Componenten in einer Form, bei deren Spaltung im Darm die Wirkung in statu nascendi zur Geltung kommt, das beste. In der Tat hat sich dem Verfasser das Mittel bei vielen Erkrankungen der Harnorgane bestens bewährt, so zunächst als Prophylacticum in allen Fällen, wo durch Verweilkatheter oder durch häufiges Katheterisieren die Gefahren einer Infection bestanden, sodann aber besonders bei Entzündungen der Harnröhre, der Blase und des Nierenbeckens. Alkalischer Urin reagierte schon nach den ersten Gaben sauer; der Urin klärte sich bald, unangenehme Reizzustände und Schmerzempfindungen milderten sich rasch, um schon nach wenigen Tagen ganz zu verschwinden. Die Bacterien verringerten sich, Eiterungen gingen zusehends zurück. «Das ganze Krankheitsbild besserte sich auffallend schneller, als wir es sonst zu sehen gewohnt waren». In keinem Falle sah Verfasser unangenehme Begleiterscheinungen. Das Präparat wird durchweg gut vertragen, auch bei schwachem Magen, von Kindern und Erwachsenen, selbst in ganz grossen Dosen. Die Dosierung beträgt in der Regel 4 mal täglich 2 Kapseln. (Deutsche Medicinal Zeitung 1908, Nr. 76.) N.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Erhard Riecke-Leipzig. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Mit 14 Farbentafeln und 235 grösstenteils mehrfarbige Textabbildungen. Im Verlag von Gustav Fischer 1909. Preis $14^1/_2$ Mark.

Das vorliegende Buch ist von ganz hervorragender Bedeutung, weil es den ersten Markstein einer neuen Epoche in der dermatologischen Handbuch-Literatur bildet, denn zum ersten Male wird uns eine Dermatologie in zugänglichster Weise geboten, welche gleichzeitig einen Atlas in farbigen Bildern bringt. Man mag noch so genau und ausführlich die einzelnen Erscheinungen einer Hauterkrankung schildern, wenn man dieselbe nicht an Lebenden gesehen, so wird man oft doch keine richtige Vorstellung erhalten. Nun aber — ein Blick auf die farbige Wiedergabe — und das Bild sitzt fest im Gedächtnis.

Wir müssen es dem Verleger und dem Herausgeber als ein ganz besonderes Verdienst anrechnen, dass sie sich zu dieser Ausgabe entschlossen haben, von nun an wird man von jeder guten Dermatologie verlangen müssen, dass sie gute farbige Abbildungen bringt. Die meisten Bilder, alles Originale, sind ganz vorzüglich gelungen und zeigen welchen hohen Grad von Technik die deutschen Druckereien erreicht haben.

Das Buch ist, trotz seiner Kürze, ein Sammelwerk mit allen dieser Art anhaftenden Schwierigkeiten, die ja kein Redacteur vermeiden kann. Die «allgemeine Dermatologie» ist von Prof. Riehl (Wien) bearbeitet. In der «Speciellen Dermatologie» finden wir folgende Mitarbeiter:

Eczem — Prof. Ehrmann (Wien), Psoriasis, Lichen, Pityriasis rubra — Prof. Riecke, Pemphigus, Herpes — Prof. Bettmann (Heidelberg), Circulationsstörungen — Dr. v. Zumbusch (Wien), Erkrankungen der Hautdrüsen und Haare — Prof. Török (Budapest), Tuberculose und Lepra — Prof. Grouven (Bonn), Sclerodermie, Pigmentanomalien und Neubildungen — Dr. Tomaczewski (Halle) und parasitäre Hautkrankheiten — Prof. Jesionek (Giessen). Die venerischen Krankheiten (von 204 Seiten) sind von Prof. C. Bruhns (Charlottenburg) und Dr. A. Buschke (Berlin) bearbeitet.

Wie aus dem angeführten Verzeichnis ersichtlich ist die Wiener dermatologische Schule zahlreich vertreten und macht sich diese ins Besondere bei der Darlegung der Therapie geltend.

Besonders zu betonen wäre aber ein Umstand, der die Benutzung des Buches für Nichtdermatologen wesentlich erschwert, es ist das die alte leide Frage des Systems. Der Herausgeber hat sich einfach darüber hinweggesetzt, indem er die specielle Dermatologie, wie er sagt «nicht in ein System zu zwingen versucht». Wenn wir auch noch kein allgemein anerkanntes System besitzen, wäre es doch sehr wünschenswert, sämtliche Infectionskrankheiten der Haut in eine Gruppe zusammenzufassen.

Wenn Ref. somit seiner Pflicht, Kritik zu üben nachgekommen, hält er es weiter für eine angenehme Aufgabe das neue Handbuch aufs Freudigste zu begrüssen und allen Collegen, speciell aber allen Nichtdermatologen, die häufig wenig bekannt mit Hautkrankheiten sind, das Buch auf das allernachdrücklichste zu empfehlen.

Die Ausstattung ist einfach tadellos.

O. v. Petersen.

Prof. Dr. J. Schwalbe (Berlin). Jahrbuch der practischen Medicin. Jahrgang 1908. Stuttgart 1908, Verlag von Ferd. Enke, gr. 8, 655 S. mit 54 Abbildungen und 2 farbigen Tafeln.

Das bewährte Schwalbesche Jahrbuch der practischen Medicin, welches mit dem vorliegenden Jahrgang sein viertes Decennium begonnen hat, tritt diesmal in einem neuen Gewande vor den Leserkreis. Der Erfahrung Rechnung tragend, dass Illustrationen für das Verständnis des Textes grosse Vorteile gewähren, ist nämlich der diesjährige Bericht zum ersten Male mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet worden. Als besonders gelungen sind die beiden beigefügten farbigen Tafeln hervorzuheben, von denen die eine die continuierliche Entwickelungsreihe der Leucocyten des menschlichen Blutes demonstriert und die zweite (zum Capitel der Kinderkrankheiten) an zwei farbigen Abbildungen den eclatanten Erfolg einer salzarmen, aber gleichzeitig eiweiss- und fettreichen Kost beim Säuglingseczem illustriert. Im übrigen ist die Anordnung des Inhalts des Jahrbuches die bisherige: in 5 grossen Abschnitten mit vielen Unterabteilungen wird von jedem der 25 Referenten in seinem Specialfache über die einschlägigen neuesten Errungenschaften auf den Gebieten der practischen Medicin ein kritisch zusammenfassender Bericht erstattet und zum Schluss jedes Abschnittes ein genaues Verzeichnis der berücksichtigten Literatur hinzugefügt. Die schnelle Auffindung des Gesuchten wird durch ein detailliertes Sach- und Autorenregister ermöglicht. Dass der vorliegende Jahrgang gegen den vorigjährigen trotz der riesig gewachsenen med. Literatur nur um 33 Seiten zugenommen hat, ist wieder der weisen Beschränkung der Redaction und der Referenten in der Auswahl der zu berücksichtigenden Literatur zu verdanken.

Nach dem Gesagten können wir nur dem Wunsche Ausdruck geben, dass das Jahrbuch durch die illustrative Ausstattung einen noch grösseren Leserkreis sich erwerben und die Arbeit der Redaction und der Referenten sowie die Opfer des Verlegers durch einen stärkeren Absatz des Buches vergolten werden mögen.

Bernhoff.

Dr. K. Cron und Dr. E. Hochmann: Ueber Krankenstände im Felde und ihre vorherige Abschätzung. Wien. Verl. von J. Safár. 1908. Pr. Kr. 3. (M. 2.70). Mit 13 Tabellen und 1 Farbentafel.

Die auf dem Gebiete des Militär-sanitätswesens bekannten Autoren haben den früheren Arbeiten eine neue Monographie, die VI. folgen lassen, die die wichtige Frage der voraussichtlichen Krankenbestände im Felde behandelt. Als Grundlage dienen die Angaben aus verschiedenen Kriegen der neueren Zeit, der Krimkrieg, der Krieg von 1866, von 1870—71, 77—78, die Occupation von Bosnien. Der russisch-japanische Krieg lässt sich, nach Angabe der Verf., leider nicht verwerten, da die japanischen Angaben sehr von einander abweichen und endgültige umfassende russische noch immer nicht erschienen sind. Allen Militärärzten wird die Arbeit willkommen sein.

W. Schiele.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. M. T. Schnirer: Taschenbuch der Therapie. Würzburg. Verlag von A. Stuber. 1909. Pr. M. 2. V. Auflage.

Der Verf. hat sich in seinem kleinen Werke hauptsächlich an die therapeutischen Massnahmen gehalten, wie sie an der Berliner und Wiener Klinik, aber auch an anderen deutschen Universitäten zur Anwendung kommen. Zu den in den früheren Ausgaben vorhandenen Capiteln sind 2 weitere hinzugekommen, die Kosmetik und Serotherapie, wodurch das beliebte Taschenbuch nicht unwesentlich gewonnen hat. Auch diese neue Ausgabe sei allen Freunden des Buches bestens empfohlen, deren Zahl sicherlich von Jahr zu Jahr wachsen wird.

W. Schiele.

Dr. K. Ullmann: Physikalische Therapie der Hautkrankheiten. Stuttgart. Verl. von F. Enke. 1908. Pr. M. 4.60.

Das Werk stellt das Heft 21 a der von Marcuse und Strasser herausgegebenen «Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen» vor und ist eine wesentliche Bereicherung der medicinischen Literatur. Die physikalische Therapie hat auch auf dem Specialgebiete der Dermatologie und Syphilis bedeutende Fortschritte zu verzeichnen, die verschiedenen Lichtbehandlungsmethoden etc. die der practische Arzt zum wenigsten den Namen nach kennen muss, vieles wird er aber auch selbst in der Praxis anwenden können, so vor allem die diätetischen Massnahmen. Auf nicht 200 Seiten findet sich das Wesentliche kurz und klar zusammengestellt. 57 Abbildungen sind dem Text beigefügt.

W. Schiele.

Dr. J. Zanietowski: Compendium der modernen Electromedicin. Mit 84 Abbildungen im Text. Verlag von Fr. Deutike. Leipzig und Wien. 1909. Pr. M. 7.

Die Electromedicin hat in letzter Zeit bedeutende Fortschritte gemacht, neue Lehren vom Atomzerfall, der Electronen und Jonenwanderung haben Einfluss auf die practische Anwendung der Electricität ausgeübt. Die Aerzte der Praxis können sich schwer auf dem veränderten Gebiet zurechtfinden. *Ihnen* will der Autor behilflich sein und erreicht dieses in der Tat in sehr befriedigender Weise. Der Inhalt des Buches (im Ganzen 272 Seiten) zerfällt in 2 grosse Abschnitte: 1) Die moderne Entwicklung der allgemeinen Grundbegriffe, und 2) Die Fortschritte der speciellen Electromedicin; ihnen schliesst sich ein mathematischer Anhang an. Allen, die sich für die Frage interessieren, sei das kleine Werk zur Orientierung bestens empfohlen.

W. Schiele.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. October 1908.

Anwesend 63 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Saarfels, v. Haffner. Das Protocoll der Sitzung vom 1. October wird verlesen und angenommen.

Der Präses gedenkt des am 5. October c. verstorbenen Mitgliedes Dr. Hugo v. Brehm. Die Versammlung ehrt das Andenken an den Hingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Dr. Hampeln demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Lebercarcinom und knüpft daran Bemerkungen über die meist schwierige differentielle Diagnose der mannigfachen teils neoplastischen Erkrankungen der Leber, die mit Vergrösserung dieses Organes einhergehen. Besonders hebt er hervor, wie auch aus dem demonstrierten Falle hervorgeht, dass tiefe Incisuren des Leberrandes nicht für Syphilis charakteristisch sind, sondern auch bei Carcinom vorkommen und macht endlich unter Vorzeigen von Zeichnungen nach dem Leben darauf aufmerksam, dass bei transversal stark auswachsenden Lebertumoren täuschend das Bild eines neben dem Lebertumor bestehenden Milztumors entstehen kann. Ist dann wie im ersten vor mehreren Jahren beobachteten Falle dieser Art die Leber glatt, so kann an leukämische resp. pseudoleukämische Leber und Milz oder an Lebersyphilis mit Milztumor gedacht werden. Nur durch Berücksichtigung jenes ersten Falles wurde er jüngst in einem zweiten ähnlichen Falle — es handelte sich um eine junge gravide Frau — vor der naheliegenden Annahme einer Leukämie resp. Pseudoleukämie bewahrt und veranlasst einen Lebertumor mit solcher Aneinanderlagerung der vergrösserten einen Milztumor vortäuschenden Leberlappen bei negativem Blutbefund als wahrscheinlich anzunehmen.

Die Section ergab multiples primäres Carcinom der transversal stark vergrösserten mit tiefer Incisur zwischen rechtem und linkem Lappen versehenen Leber, normale Milz, Lungen- und Pleurametastasen.

Punct I. Dr. Poorten hält seinen angekündigten Vortrag «über Bacteriurie». (Die Arbeit wird im Druck erscheinen).

Dr. P. gibt einen Bericht über Tierexperimente, welche er im Laufe des Sommers a. c. angestellt hat zur Erforschung der Durchlässigkeit der Blasenwand für Bacterien nach operativer Ablösung des Blasenperitoneums. Er weist auf die Häufigkeit der Blasenerkrankung bei der Frau hin, namentlich auf das häufige Vorkommen der Bacteriurie.

Die topographische Anatomie der Harnblase und weiblichen Beckenorgane macht es leicht verständlich, dass der Gynäkologe bei seinen Operationen oft genötigt ist die Blase in grösserer oder geringer Ausdehnung von ihrer Umgebung abzulösen.

Dr. P. hatte es sich zur Aufgabe gemacht am Tierexperiment zu erforschen, ob nach operativer Ablösung des Peritoneums von einer bacterienhaltigen Blase eine Infection des Operationsgebietes infolge von Durchwanderung von Bacterien durch die Blasenwand stattfindet. Während über die Frage der Einwanderung von Bacterien in die Blase von aussen her, vom Peritoneum resp. Darm Untersuchungen vorliegen, sind keinerlei Versuche über die Auswanderungen von Bacterien aus der Blase in die Umgebung bisher in der Literatur erwähnt.

Nach einer Uebersicht über die in der Literatur vorliegenden Arbeiten auf diesem Gebiete und nach einem in grossen Zügen gegebenen Ueberblick über das, was bisher von der Blase und ihrem Inhalt bekannt ist, geht Dr. Poorten zur Besprechung seiner Experimente über. Er hat an männlichen Kaninchen experimentiert.

Die künstliche Bacteriurie wurde durch Injectionen von Staphylococcus pyogenes aureus, Coli commune und Streptococcus pyogenes in Bouillon — Reinculturen hervorgebracht. An der Hand vorliegender Tabellen bespricht Dr. Poorten die Resultate seiner experimentellen Untersuchungen und kommt zum Schluss, dass die becterienhaltige Kaninchenblase nach operativer Ablösung ihres vorderen Peritonealüberzuges nicht für Bacterien durchlässig sei. Dagegen fand er selbst nach 120-stündiger Dauer nach der Injection der betreffenden Bacteriencultur die Mikroben noch in Reincultur in der Blase. Dieser Befund steht im Gegensatz zu der bisherigen Annahme, dass die injicierten Bacterien in kurzer Zeit aus dem Urin verschwinden.

Es scheint also, dass das die äussere Blasenwand treffende Operationstrauma von günstigem Einfluss auf die Lebensdauer und Entwicklungsfähigkeit der in die Blase injicierten Bacterien ist.

In einer zweiten Serie von Versuchen experimentierte der Vortragende in derselben Weise, aber nachdem vorher durch künstliche Harnretention (48-stündige Uretralunterbindung) Cystitis erzeugt worden war. Das Resulsat war — die Bacteriendurchwanderung betreffend — im wesentlichen dasselbe. Die in die Blase injicierten Mikroben waren aber in fast allen Fällen in der Blase nicht mehr bei der Section nachweisbar, während Massen anderer Mikroben vorhanden waren. Diese liessen sich fast immer schon nach Lösung der Urethralunterbindung nachweisen. Es scheint, dass diese die injicierten Bacterien erdrückten und verdrängten.

In einem einzigen Falle, in welchem der Urin auch nach der Lösung der Urethralumstechung steril war, liess sich die injicierte Bacterienart — Staphylococcus pyogenes aureus — bei Tötung des Tieres aus dem Urin in Reincultur züchten».

(Autoreferat).

Punct II. Dr. P. Klemm, der auf dem letzten livländischen Aerztetage zur Indication der tuberculösen Coxitis Stellung genommen hatte, entwickelt die Gesichtspuncte, von denen er sich bei der Nachbehandlung resecierter Hüftgelenke leiten lässt. Die Schwierigkeit bei der Nachbildung läge darin dem Gelenke die richtige Stellung zu geben. Wie sei diese Stellung zu erreichen? Es seien eine Menge Apparate construiert worden, die alle auf Telausche Schiene hinausliefen, nach dem Princip derselben angefertigt seien. Die Gefahr des nachträglichen Eintretens von Adduction und Rotation nach innen sei damit aber nicht beseitigt. Alle Versuche ein bewegliches brauchbares Gelenk zu schaffen sind gescheitert. Um dem Gelenk eine richtige Stellung zu ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ben, müsse nach Entfernung alles Krankhaften von vornherein eine feste Ancylose in Adduction und leichter Flexionsstellung geschaffen werden. Das von ihm jetzt angewandte Verfahren sei folgendes: Es werde ein fester Gypsverband in Abduction und leichter Flexion angelegt. Zwecks Behandlung der Wunde werde ein Fenster ausgeschnitten. Die Wunde heile auf diese Weise gut und schnell, entzündliche Vorgänge fallen weg, ebenso passen sich alle Fascien und Weichteile gut an, es treten keine Atrophien ein. Zur Illustration dieses Verfahrens wird vom Vortragenden eine ganze Reihe kleiner Patienten aus dem Armitsteadschen Kinderhospitale vorgeführt, die alle die guten Ergebnisse und die Zweckmässigkeit dieser Gypsverbände, die monatelang resp. länger tragen gelassen werden, beweisen und weder Rotation nach innen noch Adduction zeigen.

Dr. P. Klemm demonstriert ferner:

I. einen Pat. im Gypsverband bei dem er wegen acuter Osteomyelitis des linken Oberschenkels den grössten Teil (3/4) des Knochens entfernt hatte. Der Knochen hat sich vollkommen ersetzt, die Verkürzung beträgt 5 Ctm. Der functionelle Effect ist als gut zu bezeichnen.

II, ebenfalls im Gypsverband eine unblutig eingerenkte angeborene Hüftgelenksluxation.

III. einen Fall mit Beckenosteomyelitis, bei dem er das ganze Hüftgelenk reseciert hatte.

IV. den Patienten mit Polyposis der Nase resp. des Nasenrachenraumes, über den er auf der vorigen Sitzung referiert hatte.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Voss fragt den Vortragenden, ob es sich nicht empfehlen würde bei den Coxitisfällen nach Abnahme der Verbände das gesunde Bein zu erhöhen, um die Neigung zur Adduction dadurch zu verringern, worauf

Dr. P. Klemm erwidert, dass dieser Vorschlag gewiss etwas für sich habe, doch seien seine Resultate so gut, dass sie kaum etwas zu wünschen übrig lassen.

Dr. Brutzer erinnert daran, dass der von Dr. Voss gemachte Vorschlag das gesunde Bein zu erhöhen bei den Fällen von congenitaler Luxation des Hüftgelenkes empfohlen worden sei, damit der Schenkelkopf sich besser in die neugebildete Pfanne einbohre.

Dr. Voss ist der Patient mit Polyposis nasi bekannt. Zuerst habe wohl ein Retropharyngealtumor bei ihm bestanden. Auch er glaubt, dass der von Dr. Klemm eingeschlagene Weg zwecks Entfernung der recidivierenden Polypen der geeignetste sei, da man doch unmöglich jedes Jahr die Nase abklappen könne.

Dr. Klemm führt an, dass damals bei dem Patienten die Diagnose auf Sarcom gestellt worden wäre, doch müsse man annehmen, dass es eine irrige gewesen sei, da sich dann doch wohl ein Recidiv im Verlaufe der Jahre eingestellt hätte.

Der Präses Dr. Sokolowski hat in Davos beobachten können, dass dort die Coxitispatienten vorzüglich gedeihen. Er fragt den Vortragenden im Hinblick auf das vorgestellte grosse Material an Coxitisfällen, ob wir hier besonders reich an tuberculöser Coxitis wären.

Dr. Klemm bejaht diese Frage.

In der Nachbehandlung tuberculöser Gelenkleiden sei das Seeklima von grosser Bedeutung. Schon Prof. Wahl ist warm dafür eingetreten. Wir seien durch unseren Strand in dieser Beziehung sehr günstig situiert, auch Arensburg sei nicht minder gut. Was im Hospital geschähe, sei ja nur das Notwendigste. Die Schaffung von Sanatorien sei eine Aufgabe der Zukunft, die auch dem Hospital zu gute käme, das seine Kranken dann viel früher, als jetzt, abschieben könnte.

Dr. G. Kieseritzky,
d. Z. Secretär.

Sitzung vom 29. October 1908.

Anwesend 64 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Saarfels, Werner.

Punct I. Dr. v. Manteuffel demonstriert eine 42-jährige Patientin, die an Myxoedem leidet. Die Patientin ist seit 6 Jahren verheiratet, kinderlos, hat nie abortiert; sie fühlt sich krank seit 5—6 Jahren. An den Hautdecken sieht man die gewöhnlichen Erscheinungen des Myxoedems: die starken Verdickungen des Unterhautzellgewebes; der Gesichtsausdruck ist stumpf, schläfrig, die Gesichtszüge schlaff. Ebenso sind Zunge und Wangenschleimhaut verdickt, plump. Bei Prüfung der Sensibilität — stark ausgeprägte Hyperaesthesie der gesamten Haut. Die Tagesmengen des Urin sind stark vermehrt, der Harn sehr hell, von spec. Gewicht 1003 1/2, mit Eiweissspuren. Starke Gedächtnisabnahme in den letzten Jahren. Pat. spricht langsam; ist ohne jede Initiative. Die Schilddrüse ist stark vergrössert, fühlt sich hart, fibrös an. Puls 90. Kein Exophthalmus.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht der Vortragende die bisher bekannten Symptome des Myxoedems und hebt hervor, dass in der Aetiologie desselben recht oft Syphilis und Tuberculose erwähnt werden. Die neuen Untersuchungen von Calderonio scheinen auch dieses zu bestätigen. Im gegebenen Fall wären besonders hervorzuheben die sehr harte, fibröse Struma, die wohl an eine specifische Degeneration dieses Organs denken lasse, obgleich sonstige Symptome der Syphilis fehlen. — Ausserdem seien hervorzuheben die grossen täglichen Urinmengen und das Zusammenfallen der Krankheitserscheinungen mit der Heirat der Patientin. — In der Stellung der Diagnose könnten oft Schwierigkeiten entstehen, wenn es sich um Anfangsstadien dieser Erkrankung handelt. Zum Schluss erwähnt der Vortragende die Geschichte der Ueberpflanzung von Strumagewebe zum Zweck der Heilung des Myxoedems — bis auf die neuesten Versuche von Payr und Kocher der Transplantation der Drüse in die Milz und das Knochenmark. Im gegebenen Falle hat die interne Behandlung mit Strumapräparaten zu kurze Zeit gedauert, um über einen Effect dieser Behandlung etwas aussagen zu können.

(Autoreferat).

Dr. Büttner. Auf die im vorliegenden Falle vom gewöhnlichen Krankheitsbilde abweichenden Symptome habe der Vortragende bereits hingewiesen. Erwähnenswert sei noch besonders der Harnbefund. Der sehr helle und stark sauer reagierende Harn vom specifischen Gewichte 1003 1/2 habe minime Eiweissspuren, aber keine Cylinder enthalten.

Alles dieses und die anscheinend ausgesprochene Polyurie — zu einer regelrechten Sammlung und Messung des Harnes konnte Pat. nicht veranlasst werden — liessen an das event. Vorhandensein einer interstitiellen Nephritis denken. Wegen Abwesenheit jeglicher Erscheinungen am Herzen und wegen des Mangels an Cylindern halte er es für wahrscheinlicher, dass die Polyurie nicht auf eine interstitielle Nephritis zu beziehen sei, sondern auf nervöser Basis beruhe und als solche neben den anderen vom gewöhnlichen Krankheitsbilde abweichenden Symptomen auch als eine Besonderheit an dem Falle hervorzuheben sei.

Dr. v. Bergmann: Unter den Methoden der Implantation müsse auch die von Kocher angeführt werden, der in das Knochenmark hineinplantiere; man müsse annehmen, dass er Erfolge gehabt habe, da er sie sonst wohl nicht empfohlen hätte.

Dr. Sokolowski: Es sei bedauerlich, dass wegen Stumpfheit der Patientin nichts über einen eventl. vorhergegangenen Basedow zu erfahren sei. Er erinnere sich eines Falles von Myxoedem in dem ein Struma vorhergegangen sei.

Dr. L. Schönfeld hat soeben die Patientin ophthalmoscopiert und eine bds. Sehnervenatrophie feststellen können. Eine Gesichtsfeldaufnahme müsse noch vorgenommen werden und würde beim Nachweis einer bitemporalen Hemianopsie an das Vorhandensein einer Hypophysisgeschwulst zu denken sein.

Dr. Sokolowski macht nach dieser Mitteilung noch auf den auffallend grossen Kopf und die grossen Extremitäten der Patientin aufmerksam.

Dr. v. Manteuffel. (Schlusswort). Eine ophthalmoscopische Untersuchung habe bisher allerdings nicht stattgefunden. Was die Transplantation von Kocher betrifft, so sei über Dauerresultate nichts bekannt, auch sei die Operation schwierig, weil zwecks Erreichung des richtigen Endeffectes Blutungen hierbei vermieden werden müssen.

Punct II. Dr. P. Klemm stellt 2 Fälle vor, an denen er wegen Lähmungserscheinungen eine Sehnenplastik ausgeführt hatte. In den letzten Jahren seien Versuche gemacht worden auf operativem Wege durch Sehnenüberpflanzung gelähmte Glieder wieder beweglich zu machen. Nikoladoni, später Hoffa u. a., ist der erste gewesen, der den gelähmten Muskel mit der Sehne eines lebenden Muskels in Verbindung setzte. Zur Erreichung des gewünschten Effectes sei es nötig, dass die Axen des gelähmten und des in Verbindung zu setzenden Muskels einander parallel verlaufen, dass sie dieselbe Bewegungsrichtung hätten, sonst sei, wie z. B. bei Lähmung der Peronei und Verbindung mit der Tendo Achillis, die active Beweglichkeit eine unausgiebige, die Bewegungsaction eine geringe. In dem zuerst vorgestellten Falle war nach vorangegangener Redression des bestehenden Klumpfusses eine Verbindung der Peronei mit den Dorsalflectoren der Zehen hergestellt worden.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Tibialislähmung.

Dr. Thilo hat in Deutschland häufig Gelegenheit gehabt, ausgeführte Sehnenüberpflanzungen zu sehen. In den meisten derartigen Fällen war wohl die Stellung des Fusses ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bessert, die erreichte Beweglichkeit war aber nur eine sehr geringe. Hier in diesen beiden Fällen dagegen müsse er sagen, dass sowohl die Stellung wie die Beweglichkeit bedeutend verbessert seien.

Dr. Stender führt an, dass seines Wissens auch Seidenfäden zur Verbindung des gelähmten und des lebenden Muskels verwandt worden sind.

Dr. Klemm glaubt auch, dass nur wenig Fälle so gute Resultate wie die eben vorgestellten zeigen. Dr. Stender erwidert er, dass ausser Seidenfäden, Katgut, verschiedenes noch versucht worden sei: so habe Gluck vollständige Charniere an Stelle der Gelenke gesetzt. Diese Versuche müssen aber als misslungen bezeichnet werden, nach der Operation komme es doch zur Ausstossung. Dr. v. Manteuffel erwidert der Vortragende auf dessen Frage, warum die Verbindung der Wadenmuskulatur mit den Peronei eine unrichtige sei, dass erfahrungsgemäss diese Ueberpflanzungen nun einmal keine guten Resultate geben.

Dr. Thilo stimmt dem bei und führt an, dass die Bewegung der Muskeln eine viel complicirtere sei, als wir annehmen und dass wegen der Innervation der Antagonisten und wegen der verschiedenen Reflexpuncte der Muskeln bei einer Verbindung der Wadenmuskulatur mit den Peronei eine gute Beweglichkeit ausgeschlossen sei.

Nachtrag ad Punct I. (Dr. v. Manteuffel). Untersuchung der Augen durch Dr. E. Johannson: Gesichtsfeld bds. normal. Hemianopsie sicher ausgeschlossen. Farben werden gut erkannt. Bds. Sehnervenatrophie (Sehschärfe rechts $^1/_4$, links $^1/_{10}$ — mit Gläsern nicht gebessert).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

1480. Sitzung vom 19. November 1908.

Anwesend 51 Mitglieder und als Gäste die Herren Werner, Wendel, Pabo, v. Haffner, Maikapar.

Dr. G. Kieseritzky demonstriert vor der Tagesordnung mikroskopische Präparate von Balantidium coli.

Das Balantidium wurde in den darauf hin untersuchten Dejectionen einer 28-jährigen Patientin gefunden, die wegen seit 4 Monaten bestehenden Durchfällen in seine Abteilung im städtischen Krankenhause aufgenommen worden war. Von Interesse ist in diesem Falle, — bekanntlich gilt das Schwein als der Wirt dieses Infusoriums — dass Patientin zu Hause eine kleine Schweinezucht unterhält. Beschwerden in diesem Fall sehr gering: Uebelkeit und Aufstossen vorübergehend vorhanden gewesen. Keine Schmerzen, kein Erbrechen. Appetit gut; Stuhl enthält kein Blut, nur wenig Schleim. Anfänglich bis 7 Stühle täglich, jetzt nur 3—4 am Tage. — Referent weist kurz auf die vorhandene Literatur hin und erinnert an die vor ca. 10—11 Jahren auf den livländischen Aerztetagen gehaltenen Vorträge von Gurwitz und Prof. Dehio.

Dr. Hampeln hat während seiner Tätigkeit am Rigaschen Stadtkrankenhause trotz häufiger Untersuchungen nur zwei Fälle beobachten können, bei denen das Balantidium im Darminhalte gefunden wurde. In einem Falle handelte es sich um schwere Enteritiserscheinungen mit ulcerösen Geschwüren, im zweiten um einen leichten Typhus. Bei der letzten Untersuchung dieses Falles konnten die Infusorien nicht mehr gefunden werden. Die Beziehung der Infusorien zu den Darmgeschwüren sei seiner Ansicht nach noch eine fragliche, der Causalzusammenhang sei noch nicht erwiesen. Es sei wohl möglich, dass die Balantidien erst dann sich niederlassen, wenn Ulcerationen, wie sie bei der Schrumpfniere auftreten, entstanden sind. Chronische Darmgeschwüre würden in diesem Falle einen geeigneten Nährboden abgeben. Diesen Standpunct in der Pathogenitätsfrage habe er bereits auf dem betreffenden livländischen Aerztetage vertreten.

Dr. Büttner hat gleichfalls vor $5^1/_2$ Jahren hier in Riga einen Fall beobachtet, bei dem sich im Stuhle Balantidium coli fand. Es handelte sich um eine 52-jährige Gesindewirtsfrau aus Livland, welche seit einem halben Jahre an Durchfällen litt, wobei Patientin ausserordentlich abmagerte. Patientin hat noch vor einem halben Jahre selbst Wurst gemacht. Stuhl erfolgt ungefähr 4 Mal am Tage. Sonst klagt Patientin noch über grosse Schwäche und über Trockenheit im Munde. Der Stuhl hat aashaften Gestank, ist flüssig, hat graue Farbe und zeigt makroskopisch sichtbaren Schleim und einige Blutstreifen. Bei der mikroskopischen Betrachtung fällt eine ganz beträchtliche Anzahl Balantidien auf, die, trotzdem der Stuhl schon ganz erkaltet ist, sich noch immer sowohl um sich selbst, als auch nach einer bestimmten Richtung hin äusserst lebhaft bewegen. Nicht besonders viel Eiterkörperchen im Stuhle. Das Blut enthält 55% Hämoglobin, zeigt im Uebrigen keine Besonderheiten. Ferner fällt eine hochgradige Kachexie auf, und es besteht eine ziemlich ausgesprochene Eintrocknung der Gewebe. Sonst ist nur noch der Harnbefund hervorzuheben: Es zeigte sich Eiweis in minimalen Spuren und es fand sich Indican in colossal vermehrter Menge; es wurden nämlich aus 10 ccm. Harn 375 ccm. einer Indigo-Lösung in Chloroform gewonnen, welche in der Intensität der Färbung der Strauss'schen Testlösung entsprach. Es findet sich aber auch eine kleine Menge Zucker im Harne, trotzdem das specifische Gewicht nur 1005 beträgt; die Nylander'sche Reaction fiel positiv aus und bei der Hefeprobe bildete sich im Einhorn-schen Sacharimeter eine Gasblase, die allerdings noch lange nicht $^1/_4$% erreichte. Die Gerhardt'sche Eisenchlorid-Reaction fiel negativ aus. Das war am 16. Mai 1903. Redner verordnete Chinin-Klystiere (2‰), ferner Tannalbin per os und schärfte den Angehörigen der Patientin, die seit längerer Zeit zwar auf Diät achteten, dabei aber Patientin, da sie appetitlos war, fast nichts zu essen gaben, ein, die Kranke zum Essen — natürlich leichtverdaulicher Kost — zu nötigen, da Patientin am Verhungern war und jetzt eine intensivere Ernährung ausserordentlich wesentlich erschien. Vielleicht würden sich mehr als wässerige Chinin-Klystiere derartige Klysmen empfehlen, bei denen das Vehikel ein Oel wäre und das Desinficiens ein Mittel, welches sich in Oel löst. Dann könnte man darauf rechnen, dass mit dem Oele das Desinficiens höher in den Darm hinaufgelangen könnte und zudem würde das Desinficiens so wohl langsamer zur Resorption gelangen, als in wässeriger Lösung und auf diese Weise längere Zeit auf die Balantidien zu wirken Gelegenheit haben. Patientin blieb zunächst nur 10 Tage in Behandlung. Mehrere Male wurden in dieser Zeit dem Rectum Stuhlproben mit dem Cohnheim'schen Stuhlentnehmer entnommen und frisch auf Balantidien untersucht. Einmal fanden sich bloss einige unbewegliche kugelige Gebilde, die vielleicht encystierte Formen der Balantidien darstellten, ein späteres Mal fand sich nach längerem Suchen ein Exemplar eines Balantidium, welches keine Bewegung in toto mehr zeigte sondern nur noch eine träge Bewegung der Cilien. Eine am 10. August desselben Jahres vorgenommene Untersuchung des frischen Stuhles der wieder eingetroffenen Patientin zeigte keine sich bewegende Balantidien; es fanden sich jetzt aber Gebilde, von denen es zweifelhaft ist, ob es sich um encystierte Formen der Balantidien handelt, oder nicht. Am 26. Mai wurde Patientin nach Hause aufs Land gebracht, weil die Angehörigen sie zu Hause sterben lassen wollten. In den 10 Tagen der Behandlung nahmen also die Balantidien an Zahl sehr stark ab. Stuhl erfolgte 2—3 Mal täglich, er verlor seinen aashaften Geruch und hatte nicht mehr ganz dünnflüssige Consistenz. Im Harne vom 23. Mai fand sich weniger, aber immer noch sehr viel Indican; es wurde nämlich aus 10 ccm. Harn 100 ccm. einer der Strauss'schen Testlösung entsprechenden Indigo-Lösung gewonnen. Im Uebrigen aber findet sich auch in diesem Harne wieder eine sehr geringe Menge Traubenzuckers (Hefeprobe) (Gerhardt'sche Eisenchloridreaction negativ; Eiweiss in minimalsten Spuren vorhanden) und was die Hauptsache war, die Kachexie und die Gewebs-Austrocknung blieb dieselbe, der Allgemeinzustand besserte sich — bei freiem Sensorium — nicht. Als die Kranke nach Hause gebracht wurde, betonte Redner den Angehörigen gegenüber, die Wichtigkeit einer ausreichenden Ernährung und ordnete an, die Chinin-Klystiere wegzulassen (wegen des hochgradigen Schwächezustandes), dagegen ab und zu Darmspülungen mit Wasser vorzunehmen. Am 8. Juli desselben Jahres konnte ihm der Sohn von einer deutlichen Besserung berichten, und am 10. August präsentiert sich Patientin selbst, unvergleichlich gebessert. Patientin hat zugenommen, hat im Blute 70% Hämoglobin und hat 2—3 Mal täglich dickbreiigen Stuhl. Der mikroskopische Befund des Stuhles ist oben schon erwähnt. Der Harn zeigt diesmal ein spec. Gewicht 1026, ist völlig eiweissfrei, enthält keinen Zucker (Nylander angedeutet positiv, Hefeprobe negativ), zeigt aber starke Vermehrung des Indicans: Aus 10 ccm. Harn werden gewonnen 165 ccm. einer der Strauss'schen Testlösung entsprechenden Indigolösung. Am 3. November desselben Jahres teilt der Sohn der Patientin mit, dass Patientin nun gesund sei. Stuhl erfolge 1—2—3 Mal täglich. Es handelte sich in diesem Falle um eine Affection des Darmes, sowohl des Dünndarmes, als auch des Dickdarmes, wobei eine zeitlang faulige Zersetzungsvorgänge sich im Darme abspielten. (Anfangs der aashafte Geruch des Stuhles und zugleich die grössten Indican-Mengen!) Zugleich finden sich Balantidien. Ob sie späterhin völlig schwinden, (encystierte Formen?) Ausserdem ist am Falle interessant, dass sich zur Zeit des schlimmen Befundes kleine Mengen Zucker fanden und minimale Spuren von Eiweiss. Beide, Zucker und Eiweiss waren bei dem gebesserten Befinden der Patientin am 10. August nicht mehr im Harne vorhanden. Man ist geneigt, hierin keine Zufälligkeit, sondern einen Zusammenhang zu erblicken. Man darf an die Möglichkeit denken, dass die primären Vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gänge im Darme die Veränderungen des Harnes zur Folge haben könnten (was in Bezug auf den Indican-Gehalt ja selbstverständlich ist). Die Frage, ob in diesem Falle die Balantidien als die Erreger der Darmaffection anzusehen sind, oder ob sie bloss zur Zeit des Höhepunctes der Fäulnisvorgänge im Darme einen günstigen Nährboden fanden und auf diese Weise mehr einen nebensächlichen Befund darstellten, kann nicht entschieden werden. Redner betont noch, dass in diesem Falle der Hinweis, dass Patientin in ausreichender Weise ernährt werden müsse, wichtig war, weil die Angehörigen, in der löblichen Absicht, Diät einzuhalten, die Patientin vielleicht hätten verhungern lassen.

(Autoreferat.)

Punct I der Tagesordnung:

Dr. Eduard Schwarz hält seinen angezeigten Vortrag: Ueber Heine-Medinsche Krankheit mit Krankendemonstration (Erscheint in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift).

Dr. O. Stender fragt den Vortragenden, «wie er sich die Wiederkehr der Patellarreflexe erkläre?»

Dr. Ed. Schwarz: Die Wiederkehr des Kniephänomens ist ebenso zu erklären wie die Reparation der in ihrer Function acut gestörten Muskelgruppen, z. B. der Bauchmuskeln und der Strecker der Unterschenkel selbst; sie liegt begründet in der Eigentümlichkeit des pathologischen Processes; die kleinzellige Infiltration tritt heerdweise auf, ist bald dichter, bald weniger dicht, bedrängt die Ganglienzellen bald mehr und intensiver, bald mehr aus der Ferne; sind die Entzündungsherde in den Zellengruppen sehr dicht, so gehen die Ganglienzellen zugrunde und eine Reparatur der von diesen versorgten Muskeln ist nicht mehr möglich. Ist die Bedrängung der Ganglienzellen eine geringe, so ist ihre Functionsbeeinträchtigung nur eine zeitweilige: sie kehren zur Norm zurück, und mit ihnen kehrt die Function der Muskeln resp. das Kniephänomen wieder.

(Autoreferat.)

Dr. Th. Tiling stellt an den Vortragenden die Frage, «inwiefern in seinem Falle die Contagiosität nachgewiesen sei?» —

Dr. Ed. Schwarz: Die Contagiosität sei in dem vorgestellten Falle nicht direct zu beweisen; doch die Erfahrungen der Epidemie in Schweden lassen vermuten, dass die Angabe des Patienten, ihn habe 3 Tage vor seiner Erkrankung ein ähnlicher Kranker besucht, keine bedeutungslose ist. Auch die Beobachtungen in der Abteilung im Krankenhause von den drei Fällen «seröser Meningitis» und des einen Falles von Landryscher Paralyse beanspruchen im Lichte der schwedischen Erfahrungen die grösste Beachtung. Ob diese Fälle ähnliche oder dieselben intensiven contagiösen Eigenschaften haben, wie diejenigen der Epidemie in Schweden 1905, das wird nur durch weiteres Studium zu eruieren sein und dieses beansprucht die intensive Beihilfe der Collegen. Mir will scheinen, dass es sich bei der Heine-Medinschen Krankheit ähnlich verhalten dürfte wie bei der Weichselbaumschen Cerebrospinalmeningitis, bei der die Virulenz des Giftes meist nur so stark ist, um sporadische Fälle zu erzeugen und dass nur zu Zeiten unter unbekannten Bedingungen die Virulenz steigt, dass es zu ausgedehnten Epidemien kommt, wie kürzlich in Schweden.

(Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Conferenz der militär-medicinischen Akademie hat den früheren Professor für gerichtliche Medicin Dr. I. Ssorokin in Veranlassung seiner mehr als 50-jährigen wissenschaftlichen Tätigkeit zum Ehrenmitglied der Akademie erwählt.

— Der nächste (9.) Congress Russischer Chirurgen soll laut Beschluss des soeben geschlossenen 8. Congresses wiederum in Moskau stattfinden.

— Der Allgemeine Congress Russischer Pharmaceuten soll zu Ostern dieses Jahres in St. Petersburg stattfinden.

— Zu wirklichen Staatsräten sind befördert die Staatsräte DDr. Kadjan, Lewin und Wartanow, Professoren am weiblichen medicinischen Institut in St. Petersburg, Krüger, Professor der Physiologie an der Universität zu Tomsk, Gorochow, Director und Oberarzt des Sofien-Kinderhospitals in Moskau, Bonwetsch Consultant des Marien-Instituts in Saratow and Lewitski, Consultant an der Kaiserl. St. Petersburger Geburtshilflichen Anstalt.

— Die Badesaison in Kemmern soll in diesem Jahre vom 15. Mai bis zum 15. August dauern, statt wie früher vom 20. Mai bis zum 1. September.

— Vom 7. bis zum 8. Januar 1909 erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 34 Personen, starben 16, genasen 13. In den städtischen Hospitälern verblieben in Behandlung 314 Personen. Vom Beginn der Epidemie sind 9368 Personen erkrankt. 3716 gestorben und 5337 genesen.

— In der Woche vom 28. December 1908 bis zum 3. Januar 1909 erkrankten und starben an der Cholera in St. Petersburg 178 (46), — in Kronstadt 2 (0), — im Gebiet der Donkosaken 20 (7), — im Gouvernement Tomsk 6 (4).

— In London ist die Anzeigepflicht für Tuberculose behördlich angeordnet und alle Aerzte sind verpflichtet, Fälle von Erkrankung an Tuberculose der Gesundheitsbehörde zu melden. Dieses Vorgehen der Londoner Sanitätsbehörde ist als erstes Beispiel in dieser Richtung mit Freuden zu begrüssen, und es wäre nur zu wünschen, dass dasselbe überall Nachfolge finde, denn genaue Kenntnis der Statistik und der Art und Weise der Verbreitung der Infectionskrankheiten ist der erste Schritt zu deren Bekämpfung.

— Der Botschafter der Vereinigten Staaten in Berlin hat im Auftrage des bekannten Millionärs Carnegie 25000 Pfd. Sterling der R. Kochstiftung zur Bekämpfung der Tuberculose überwiesen.

— Eine internationale hygienische Ausstellung wird im August dieses Jahres in Rio de Janeiro im Anschluss an den dort stattfindenden Aerzte-Congress des Lateinischen Sprachgebiets eröffnet werden.

— Der 26. Congress für Innere Medicin findet am 19.—22. April n. St. in Wiesbaden statt unter dem Vorsitze von Professor Schultze-Bonn.

— Die 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wird in diesem Jahre am 19.—25. April n. St. in Salzburg stattfinden.

— Die Privatdocenten an der Berliner Universität, Dr. Brühl (Otologie) und Dr. Gutzmann (Sprachstörungen) haben den Professortitel erhalten.

— Der frühere Professor für Ophthalmologie an der Dorpater Universität, Dr. A. Rählmann, der sich viel mit Farbenlehre und Farbenblindheit beschäftigt und mehrere Abhandlungen über die Goethesche Farbenlehre veröffentlicht hat, ist zum geschäftsführenden Vorsitzenden der Goethe-Gesellschaft in Weimar erwählt worden.

— Dr. Deucher, der neu erwählte Bundespräsident der Schweiz, war in den Jahren 1854—1874 als practischer Arzt im Kanton Thurgau tätig.

— Nekrologe. 1) In St. Petersburg starb am 23. December Dr. P. Ugrjumow, Arzt bei der Versicherungsgesellschaft «Rossija», im Alter von 63 Jahren; 2) ebenfalls in St. Petersburg Dr. N. Dobrowolski; 3) in Charkow — Dr. A. Schaschkin; 4) in Nishnij-Nowgorod — Dr. N. Dmitrowskij; 5) in Tscheruyi-Ostrow — Dr. C. Nitowski, am Flecktyphus, — von einem Patienten inficiert.

— Vacanzen: Landarztstellen sind vacant in dem Kreise Noworshew, Gouv. Pskow, in dem Kreise Krolewez, Gouv. Tschernigow und in dem Kreise Orlow, Gouv. Wjatka, im Kreise Kamyschin, Gouv. Saratow, im Kreise Borissoglebsk, Gouv. Tambow, im Kreise Ssolwytschegodsk, Gouv. Wologda und im Kreise Jepifanj, Gouv. Tula.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Jan. 1909.

Tagesordnung: v. Schrenck: Präsidialvortrag: Ueber gynäkologische Koeliotomien.
Jahresberichte der Secretäre und des Cassierers.
Beschlüsse betr. das bevorstehende 50-jähr. Jubiläum des Vereins.
Beschlüsse über Anträge betr. Bibliothekarsgehalt und Revision des Statuts.
Wahlen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Jan. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut.

Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 3 St. Petersburg, den 17. (30.) Januar 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Aus dem klinischen Laboratorium des kaiserl. gynäkologischen Instituts in St. Petersburg.

Die osmotischen Vorgänge im lebenden Gewebe als Schutzmittel des Organismus gegen Infection.

Von

Dr. F. Holzinger. — St. Petersburg.

Ganz abgesehen von biologischen Eigentümlichkeiten des lebenden Gewebes, welche demselben antibacterielle oder bactericide Eigenschaften verleihen, kommt bei Beurteilung des lebenden Gewebes als Nährboden für Bacterien auch ein physikalischer Zustand in Betracht, welcher, wie es scheint, eine hervorragende Rolle unter den natürlichen Schutzmitteln des Organismus gegen Infectionen spielt.

Es ist bis jetzt nicht genügend beachtet worden, dass im Gegensatz zu den toten Nährböden, das Gewebe, so lange es lebt, sich in einem stetigen, ungemein intensiven Bewegungszustand befindet, welcher auf constanter Wechselwirkung zwischen Gewebselementen unter einander und zu den Gewebsflüssigkeiten beruht und durch ständigen Austausch von Aufbau- und Aufbrauchs-Stoffen bedingt ist. Dieser Austausch findet statt in Form von zahllosen feinsten Strömungen, welche teils filtrativer, teils aber sicher osmotischer Natur sind und das Gewebe in den verschiedensten Richtungen bis in die kleinsten Zellelemente hinein durchziehen. Dass im besonderen osmotische Strömungen im Gewebe ihre Wirkung entfalten, kann nicht zweifelhaft sein, nachdem besonders von Hamburger für eine ganze Reihe von Zellarten und ganze Gewebe [1]) nachgewiesen worden ist, dass dieselben den Charakter der Halbdurchlässigkeit besitzen und da es nicht schwer ist auch für Tube, Darmwand, Molencysten sich davon zu überzeugen, dass diese Gewebe semipermeabel sind. So lange osmotische Spannungsdifferenzen in den die Gewebe und Gewebselemente anfüllenden flüssigen Substanzen herrschen, d. h. so lange das Gewebe lebt, müssen daher osmotische Strömungen die Gewebe continuierlich durchsetzen.

Es liegt somit nahe das Verhalten von Bacterien in lebenden Geweben in Parallele zu setzen mit den Entwickelungsverhältnissen von Bacterien in Nährlösungen, welche von osmotischen Strömungen durchzogen werden.

Die Resultate meiner Versuche, welche unter solchen Bedingungen mit Hefepilzen, Harnbacterien [2]) und Heupilzen [3]) erzielt wurden, habe ich nun in folgenden Sätzen formuliert:

1) In einer von osmotischen Strömungen durchzogenen Nährlösung wird Bacterienwucherung verhindert.

2) Eine stark mit Bacterien inficierte eiweissfreie Nährlösung wird durch osmotische Strömungen sterilisiert, wenn dieselben ca. 48 Stunden einwirkten und bleibt steril, so lange die Osmose mit genügender Intensität andauert.

Wenn die abtötende Wirkung osmotischer Strömungen auf Bacterien eine gewisse Abhängigkeit von der chemischen Zusammensetzung der Nährlösung zeigt, insofern als eiweisshaltige (Pepton) Lösungen nicht sterilisiert werden konnten, besteht diese Einschränkung nicht, so weit es sich um das Wachstum von Bacterien handelt. Sowohl in eiweissfreien, als auch peptonhaltigen Nährlösungen wird die Entwickelung von Bacterien durch osmotische Strömungen zum Stillstand gebracht, nur mit dem Unterschiede, dass in eiweissfreien Lösungen gleichzeitig eine Abtötung stattfindet, während in Pepton-

[1]) Epithelzellen des Oesophagus, des Darmes, der Blase, der Trachea, rote und weisse Blutkörperchen, Peritoneum.

[2]) Holzinger. Centralbl. für Bacteriologie. Abt. II. B. XXI. 1908.

[3]) Holzinger. Berl. klin Wochenschr. Nr. 3, 1909.

Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lösungen die Lebensfähigkeit der Keime vielleicht herabgesetzt, aber nicht vernichtet wird.

Für die Gewebe des Organismus, welche einen eiweissreichen Nährboden darstellen, und die Genese von Infectionskrankheiten kommt nur der erste Satz in Frage, welcher sich auf die Entwickelung von eingedrungenen Keimen bezieht.

Wie eine von osmotischen Strömungen durchzogene Nährlösung keine Bacterienwucherung aufkommen lässt, so muss auch das von osmotischen Strömungen durchzogene lebende Gewebe die Entwickelung von eingedrungenen Keimen verhindern, auch wenn dieselben darin, als auf eiweissreichem Nährboden, eine gewisse Zeit ihre Lebensfähigkeit beibehalten. Da aber die Entwickelung von Infectionskrankheiten in letzter Instanz wohl meistens auf Producte bacterieller Lebenstätigkeit zu beziehen ist, so beginnt die Pathogenität der Bacterien in der Regel erst mit ihren Entwickelungs- oder Wachstumsprocessen und selbst excessiv pathogene Arten bleiben für den Organismus harmlos, so lange sie nicht in der Entwickelung begriffen sind.

In den osmotischen Strömungen muss also für das lebende Gewebe eine Schutzvorrichtung gegen Infectionen angenommen werden, welche auf einem rein physikalischen Vorgang beruht und welche weit früher in Wirkung tritt, als die schon bekannten biologischen Schutzkräfte.

Wie kommt aber unter solchen Umständen überhaupt eine Infection zustande?

Die Antwort ist einfach: Bei Abschwächung oder Stillstand der osmotischen Vorgänge wird dieser wirksame Schutz ausgeschaltet.

Im Experiment ist der Beweis leicht zu geben, dass tatsächlich nach Ausschaltung oder bedeutender Abschwächung der Osmose dieselbe Lösung, welche, solange die Osmose mit genügender Intensität wirkte, tagelang kein bacterielles Wachstum aufwies, alsbald eine üppige Bacterienflora aufschiessen lässt.

Für das Gewebe müssen wir uns vorläufig begnügen das bekannte einschlägige Tatsachenmaterial auf seinen Einklang mit unserer Theorie zu prüfen, denn wenn auch eine experimentelle Beweisführung nicht ausgeschlossen ist, so stösst sie doch auf zu grosse technische Schwierigkeiten.

Von Tatsachen kommen vor allem diejenigen in Betracht, in welchen die zu infectiösen Erkrankungen prädisponierenden Umstände sich geltend machen. Sollte man nachweisen können, dass diese Umstände trotz ihrer Verschiedenartigkeit alle auf Abschwächung oder Stillstand osmotischer Vorgänge zurückgeführt werden können, so müsste darin zum mindesten eine gewaltige Stütze der Theorie erblickt werden. Und das ist tatsächlich der Fall.

1) Traumatisierung der Gewebe begünstigt Infection. Es ist ohne weiteres verständlich, dass ein Extravasat oder Transsudat, sei es auf Wundflächen oder in Gewebsspalten, mehr oder weniger lange Zeit, wenigstens bis zum Eintritt kräftiger Resorption, der Einwirkung der Gewebsosmose entzogen bleibt. Hier haben wir gewissermassen einen toten Nährboden, welcher aus dem Bereiche der osmotischen Vorgänge herausgedrängt ist und welcher daher günstige Bedingungen für Bacterienentwickelung darbietet.

2) Verstopfung von Abfuhrkanälen, seien es Blutoder Lymphgefässe oder Lymphspalten, Drüsenausführungsgänge, begünstigt Infection. Hier spielt wohl secundäre Transsudation im verstopften Gebiet dieselbe Rolle wie Extravasate im traumatisierten Gewebe. Vielleicht bewirkt auch die Druckerhöhung im verstopften Bezirk eine Abschwächung der osmotischen Strömungen.

3) Hunger- und schlechte Ernährungszustände erhöhen die Disposition zu Infectionen.

Allgemein wird das auf Verringerung der Widerstandsfähigkeit des Organismus zurückgeführt. Damit ist aber offenbar ebensowenig erklärt, als wenn man sagen würde: das Thermometer sinkt, weil es kalt geworden ist.

Die „osmotische" Theorie lässt uns dagegen einen Schritt weiter gehen. Hungerzustand und Unterernährung ist im allgemeinen ein Zeichen dafür, dass der Verbrauch die Zufuhr von Nährmaterial überwiegt. Die Gewebszellen finden in der Gewebsflüssigkeit die Nährstoffe nicht in genügender Menge oder nicht in nötiger Zusammensetzung vor und daraus resultiert über kurz oder lang Abnahme oder Ausgleich der osmotischen Spannungsunterschiede im Gewebe, welcher Abschwächung oder Sistierung der osmotischen Strömungen zur directen Folge hat. Ganz besonders muss offenbar die Osmose erschwert werden, wenn Wassermangel hinzukommt, weil die Gewebssäfte durch Eindickung ihren normalen osmotischen Druck einbüssen. Tatsächlich sinkt ja auch die Lebenstätigkeit der Gewebe beim Hungern ohne Wasser bedeutend schneller als mit Wasserzufuhr. Durch mangelhafte Ernährung bedingte Disposition zu Infectionen lässt sich somit ebenfalls auf Abschwächung osmotischer Vorgänge im Gewebe zurückführen.

Es mag gleich hier auf den Einwand eingegangen werden, dass mit der Annahme osmotischer Strömungen, die physikalischen Processe im Gewebe lange nicht erschöpft sind, insofern als auch filtrative und Diffusionsprocesse eine Rolle spielen. Für meine Theorie ist dieser Einwand kaum wesentlich, weil ich glaube, dass in letzter Instanz nicht die Osmose als solche, sondern der durch dieselbe verursachte Bewegungszustand des Gewebes die Ursache der antibacteriellen Eigenschaften bildet [4]) In dieser Beziehung dürften auch filtrative und Diffusionsströmungen analoge Bedeutung haben. Welche Gattung von Strömungen prävaliert, wissen wir ja nicht, für die theoretische Betrachtung mussten aber gerade die osmotischen Strömungen in den Vordergrund treten, weil die experimentelle Grundlage der Theorie von denselben ausgeht.

4) Erkältung prädisponiert zu Infection. Diese dunkle Frage lässt sich allerdings nur hypothetisch behandeln, immerhin ist auch in dieser Form eine gewisse Uebereinstimmung mit der Theorie nicht zu verkennen.

Es ist bekannt, dass die Osmose bei höheren Temperaturen lebhafter verläuft, als bei niedrigen. Nach meinen Beobachtungen verhält sich das in folgender Weise: Verfolgen wir in einer „geladenen" halbdurchlässigen Thonzelle [5]) das Steigen der Flüssigkeitssäule in der Glasröhre, so sehen wir, dass eine auf bestimmten Grad temperierte Lösung im Wasser von derselben Temperatur mit einer gewissen Geschwindigkeit ansteigt. Wird nun die Thonzelle in Wasser von höherer Temperatur gebracht, so nimmt die Geschwindigkeit des Steigens mächtig zu, bis sich die Temperaturen von Lösung und Wasser ausgeglichen haben. Dann fällt die Flüssigkeitssäule in der Röhre um nachher wieder mit normaler Geschwindigkeit langsam in die Höhe zu gehen. Die secundäre Senkung kann übrigens ausbleiben. Wird aber die Zelle in kälteres Wasser gestellt, so rührt sich die Flüssigkeitssäule nicht von der Stelle bis beide Temperaturen sich ausgeglichen haben und steigt dann mit normaler Geschwindigkeit constant an. Wir sehen also, dass höhere Aussentemperatur die Osmose mächtig anregt, während niedrigere Aussentemperatur sie zum Stillstand bringt. Dabei kommt es nur auf den Unterschied zwischen den Temperaturen beider Flüssigkeiten an.

---

[4]) Vergl. Holzinger. Mitteilung im Verein russischer Aerzte in St. Petersburg. Mai 1908.

[5]) Holzinger. Centralbl. f. Bacteriologie II. Abt. Bd. XXI. 1908.

Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Um diese Verhältnisse auf das lebende Gewebe zu beziehen, müsste allerdings erst nachgewiesen werden, dass durch äussere Einflüsse Temperaturdifferenzen im Gewebe hervorgerufen werden können und zwar in der Weise, dass Gewebsflüssigkeit niedriger temperiert sei, als die Zellelemente. A priori ist es schon denkbar, dass „tote" Gewebssäfte und „lebende" Substanz vorübergehend derartige Temperaturunterschiede, wenigstens in der Nähe der Körperoberfläche, aufweisen. An solchen Stellen müsste dann die Osmose stillstehen und hier würden sich die Entwicklungsbedingungen für Bacterien günstig gestalten.

Wir sehen also, dass die verschiedenen Umstände, welchen eine zu Infectionen prädisponierende Bedeutung beigemessen wird, sich ohne Zwang in den Rahmen der „osmotischen" Theorie fügen und einer einheitlichen Erklärung zugänglich sind, indem für alle Abschwächung und Stillstand osmotischer Strömungen angenommen werden kann.

Wenn auf den ersten Blick vielleicht die Biersche Stauung einen Einwand bedeutet, insofern als dieselbe mit Erschwerung des Abflusses von Abfuhrstoffen einhergeht und trotzdem durch die Stauung antibacterielle Wirkung erzielt wird, so hält dieser Einwand der Kritik nicht Stand.

Es bedarf nämlich kaum eines besonderen Beweises, dass eine stärkere Anfüllung der Gewebsspalten und Intercellularräume mit dünnflüssigen Säften zu einer Anregung der Osmose beitragen muss. Dadurch wird vor allem das Nachbargewebe um den Infectionsherd herum in einen Zustand verstärkten Schutzes gebracht und die Localisation des Herdes strenger gestaltet. Wird aber die Erschwerung des Abflusses zu weit getrieben, so dass eine Stockung eintritt, so bilden sich die schon besprochenen, für die Osmose ungünstigen Verhältnisse aus und statt einer Anregung der osmotischen Strömungen entwickelt sich Abschwächung und Stillstand. Die Parallelität dieser Erscheinung mit der Bedeutung, welche anerkannter Weise die richtige Dosierung der venösen Hyperämie für den therapeutischen Effect besitzt, ist nicht zu verkennen und vorerwähnter Einwand verwandelt sich in eine Stütze der „osmotischen" Theorie.

Zusammenfassung:

1) In einer von osmotischen Strömungen durchzogenen Nährlösung können sich Bacterien nicht entwickeln.

2) In den Geweben des Organismus spielen osmotische Vorgänge eine hervorragende Rolle und daher müssen die Entwickelungsbedingungen für Spaltpilze im lebenden Gewebe ähnlich denjenigen sein, wie sie in Nährlösungen, welche von osmotischen Strömungen durchzogen werden, gegeben sind.

3) Unter den Schutzmitteln des Organismus gegen eingedrungene Bacterien stehen die osmotischen Vorgänge der Gewebe im Vordertreffen, indem sie die Entwickelung der Bacterien verhindern.

4) Die über Prädisposition zu Infectionen bekannten Tatsachen lassen eine einheitliche Erklärung zu und stehen in vollem Einklang mit der „osmotischen" Theorie der antibacteriellen Eigenschaften des lebenden Gewebes.

Ueber den Wert zweier neuen Eiweissproben.

Von

Dr. J. M. Wolpe (Smolensk).

In letzter Zeit wurden zwei neue Methoden zur Bestimmung des Eiweisses in verschiedenen Ex- und Secreten des Organismus empfohlen: eine qualitative und eine quantitative. Es würde sich fragen, ob die neuen Eiweissproben nicht überflüssig sind und ob sie im Vergleich mit den bereits vorhandenen, ganz bequemen und brauchbaren Methoden tatsächlich eine Bereicherung des diagnostischen Schatzes darstellen? Darauf muss man entschieden folgendes antworten: man soll viele Untersuchungsmethoden besitzen; die einen haben grosse Vorteile, dafür aber solche Nachteile, die in den anderen Methoden nicht vorhanden sind; die einen Methoden sind practischer und bequemer, die anderen genauer, die dritten nehmen weniger Zeit und Material in Anspruch u. s. w. Deshalb ist es sehr wichtig, wenn wir über eine grosse Anzahl von brauchbaren Untersuchungsmethoden verfügen, und somit in dem einen oder anderen Fall die Untersuchung sich präciser und genauer gestalten kann, was für wissenschaftliche Arbeiten durchaus von grossem Wert ist.

Ich will mich zum Thema wenden. Besprechen wir zuerst die qualitative Methode. Sie rührt von Bardach [1]), aus einem Wiener Laboratorium, her. Das Princip dieser Eiweissprobe äussert sich in Folgendem: bei Einwirkung von Jod auf Albuminlösung in Gegenwart geringer Mengen von Aceton wird die Bildung des Jodoforms durch das Albumin verhindert, und Jod tritt in das Albumin substituirend ein; es tritt an Stelle der hexagonalen Jodoformplättchen nach kürzerer oder längerer Zeit ein Niederschlag von gelben und weissen Nädelchen ein.

Diesem Princip unterziehen sich sämtliche, vielmehr, verschiedenartige Repräsentanten der Eiweissgruppe, so z. B. Acidalbuminat, Protalbumosen, Pepton, Vitellin, Caseïn, Nucleïn, Pancreatin, Hämoglobin, Mucin und Leim, resp. Gelatine.

Die Methode eignet sich für Untersuchungen von Urin, Sperma, Blut, Sputum u. s. w. auf Albumin. Die zu untersuchende Flüssigkeit muss alkalisch sein; zu diesem Zweck setzt man dem Urin ein wenig Kalilauge zu. Urin gibt die Reaction nach vorhergegangenem Erhitzen unter Essigsäurezusatz, Filtrieren, Waschen und durch Alkali wieder in Lösung gebracht. Sonst tritt die Reaction bei eiweisshaltigem Urin nur nach $^3/_4$-stündiger Einwirkung ein. Dasselbe kann hervorgerufen werden durch Zusatz von NaOH vor den Reagenzien. Der reagierende Körper ist auch im normalen Eiweiss vorhanden.

Die Ausführung der Reaction ist sehr einfach und nimmt nicht viel Zeit in Anspruch; sie erfordert auch keine besondere Geschicklichkeit. Sie wird in der Weise ausgeführt, dass man zu 5 ccm. der zu untersuchenden Flüssigkeit 2 bis 3 Tropfen einer $^1/_2$% Acetonlösung zusetzt, dazu so viel Lugol'scher Lösung (Jod 4,0, Jodkalium 6,0 Aq. 100 ccm.), bis eine rotbraune Färbung eintritt, die nicht mehr verschwindet, also von 1 Tropfen bis 2 ccm.; dann setzt man Ammoniak im Ueberschuss zu, ungefähr 3 ccm. [2]). Fällt die Probe positiv aus, so bildet sich nach einigen Minuten (je mehr Eiweiss vorhanden ist, desto schneller tritt die Reaction ein) ein crême-gelber Niederschlag, der mikroskopisch aus Krystallen besteht, und zwar kein echtes Jodoform enthält, jedoch nach Jodoform riecht. Beim negativen Ausfall der Untersuchung bildet sich sofort ein dichter schwarzer Niederschlag, der ebenfalls aus Krystallen besteht; die Untersuchung hat aber gezeigt, dass die letzteren Krystalle von den ersteren sich wesentlich unterscheiden. Der gelbe Niederschlag ist eine Jodverbindung mit Eiweiss; ich möchte sie als Jodalbumin bezeichnen. Der schwarze Niederschlag ist eine Jodstickstoffverbindung.

Jodstickstoffverbindungen treten dann auf, wenn Jod in mässigen Ueberschuss vorhanden ist. Auf dieser Niederschlag lagern sich dann die Nädelchen ab. Wenn zu viel Jod genommen wird, so ist die Bildung

Jodstickstoffverbindungen so reichlich, dass sie die Reaction verdecken.

Ich habe diese Methode von Bardach eingehend nachgeprüft, ausführliche mikroskopische Untersuchungen angestellt und mit verschiedenartigen Krystallen dieser Gruppe von Jodverbindungen verglichen. Diese Arbeit führte mich zu manchen practischen Schlüssen und zeigte, dass die Probe in einigen Fällen verwertbar ist, in manchen aber im Stiche lässt.

Ich habe die Probe an Exsudaten, Transsudaten und Urinen angestellt; die Zahl der untersuchten Trans- und Exsudate war aber verhältnismässig so gering, dass ich mich veranlasst sehe, von der Besprechung der Eiweissuntersuchungen der Trans- und Exsudate mittels der Bardach'schen Methode Abstand zu nehmen.

Ich will blos in Kürze meine Erfahrungen über diese qualitative Eiweissbestimmung im Urin auseinandersetzen.

Ich habe bei 125 Personen, die mir als poliklinische Patienten zu Gebote standen, den Urin auf Albumen, resp. auf Serumalbumin und Nucleoalbumin untersucht: es waren darunter 26 Fälle von acuter und chronischer Nephritis; 17 Fälle von Albuminurie ohne dass eine echte Nephritis zu constatieren war; 16 Fälle von Lungenspitzenkatarrhen tuberculöser Natur; 7 Fälle von orthostatischer Albuminurie; 4 — Pertussis, 2 — Gelenkrheumatismus, 3 — Influenza, 3 — Volum. hepat. auct.; 11 — Vitium cordis, von denen 2 Fälle — mit Discompensatio cordis; 3 — Morbilli; 4 Fälle von chronischer habitueller Obstipation; 11 Fälle von verschiedenartigen Magenleiden, meistens Catarrhen; 2 Fälle von Morbus Basedowii; 8 Fälle von Cystitis mit starker Bacteriurie; endlich 6 Fälle von Anaemie und 2 — Chlorose.

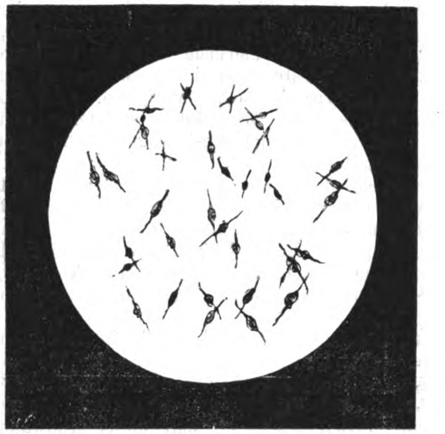
In allen Fällen habe ich den Niederschlag centrifugiert und mikroskopisch, meistens mit der starken Vergrösserung (Leitz, Obj. 7) untersucht. Bevor ich die Probe machte, habe ich jedesmal mit Lacmuspapier die Reaction des Urins geprüft. War die Reaction sauer, so setzte ich so viel Kalilauge zu, bis eine deutliche alkalische Reaction eintrat. In Fällen, wo der Eiweissgehalt ein sehr geringer war, modificierte ich die Ausführung der Probe etwas, in der Weise, dass ich zuerst Ammoniak zusetzte und dann Lugol'sche Lösung, also umgekehrt; dieses Verfahren trägt dazu bei, dass sich der Niederschlag von Jodalbumin viel schneller bildet und deutlicher ausgeprägt ist.

Den centrifugierten Niederschlag habe ich sowohl beim positiven Ausfall der Probe, wie auch beim negativen Ausfall, eingehend mikroskopisch untersucht. Um den Unterschied in der Gestalt der Jodeiweisskrystalle von den gewöhnlichen Jodoformplättchen genauer zu verfolgen, habe ich mir jedesmal frisches Jodoform aus einer Mischung von Alkohol, Jod und Kalilauge künstlich hergestellt und die ersten Krystalle mit denen des Jodoforms unter dem Mikroskop verglichen.

Die Jodalbuminkrystalle unterscheiden sich wesentlich von den gelben, hexagonalen, sternförmigen und geometrisch regelmässigen Jodoformplättchen. In erster Linie fällt der Unterschied in der Farbe auf. Die Jodalbuminkrystalle stellen weisse, durchsichtige, stark lichtbrechende, an grosse Fettnadeln erinnernde Krystalle dar; sie gestalten sich teils in Form von unregelmässigen Sternen, teils aber als eine amorphe krystallinische, weisse starkglänzende Masse, welche, wie die nähere Untersuchung zeigt, aus einzelnen auf einander gelagerten farblosen, krystallinischen kurzen Stäbchen besteht. Die Nadeln, welche diese Sterne bilden, sind viel länger und unregelmässiger als die kurzen Nadeln der gelben Jodoformkrystalle, welche eine rein sechseckige Form haben; auch sind sie nicht so regelmässig, wie die Jodoformkrystalle.

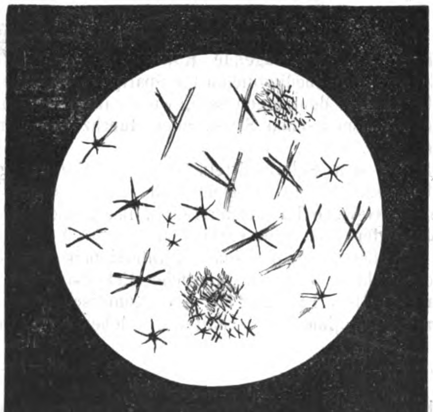
Folgendes mikroskopische Bild veranschaulicht die Gestalt der Jodeiweisskrystalle, welche das Sediment bei positivem Ausfall der Bardach'schen Eiweissprobe bilden:

Fig. I.



Wenden wir uns jetzt zum mikroskopischen Bilde des schwarzen Niederschlages aus Jodstickstoffverbindungen, welcher beim negativen Ausfall der Probe entsteht. Der tiefschwarze Niederschlag, welcher zuerst das ganze Probierglas einnimmt, verschwindet allmählich, indem sich die Krystalle zu Boden setzen. Bei negativem Ausfall der Reaction riecht die Flüssigkeit nicht nach Jodoform, wie es bei Vorhandensein von Eiweiss der Fall ist, jedoch stark nach Jodtinctur, resp. reinem Jod. Im Centrifugat findet man dunkle, lange, in der Mitte stark und plump verdickte, spitze Krystallnadeln, welche nicht glänzen und teilweise ganz schwarz sind; manche von den Krystallen sind aufeinander gelagert, bieten jedoch keine regelmässige, sternförmige Gestalt. Wie gesagt, ist der Unterschied zwischen Jodalbuminkrystallen und Krystallen der Jodstickstoffverbindungen auffallend, was übrigens auf der zweiten Figur zu sehen ist.

Fig. II.



Nun wollen wir uns klar legen, welche Vorteile resp. Nachteile die neue Jodprobe auf Eiweiss im Vergleich mit den bisher üblichen qualitativen Untersuchungsmethoden bietet. Meine Beobachtungen führten mich zu folgenden Ergebnissen, die ich kurz fassen will.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In erster Linie lässt die neue Methode auch minimale Spuren von Eiweiss nachweisen; es handelt sich hier blos um die richtige und genaue Ausführung der Probe; dieser Umstand spielt eine grosse Rolle bei der Untersuchung von Fällen mit einer bestehenden Nierenreizung, mag es infolge einer Tuberculose oder Anämie, eines Vitium cordis oder einer anderen Ursache sein. Bei Kindern mit einer orthotischen Albuminurie, die sehr wenig Eiweiss ausscheiden, lassen sich mittelst der neuen Probe auch geringe Spuren von Albumen nachweisen. Die Probe hat aber einen grossen Nachteil, und zwar, dass die Art des Eiweisses nicht bestimmt werden kann, wie wir es mittelst der Essigsäure- und Ferrocyankaliumprobe bestimmen können: die Bardach'sche Probe fällt positiv bei Anwesenheit sämtlicher Eiweissarten aus, wie z. B. Protalbumosen, Pepton, Acidalbuminat, Vitellin, Caseïn, Pancreatin, Hämoglobin, Mucin und Gelatine (Leim). Dieser Nachteil lässt in manchen Fällen im Stich, namentlich in Fällen, wo es sich um die von Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Pyelonephritis handelt. Wenn diese Probe auch einen Nachteil haben mag, so besitzt sie einen grossen Vorteil, der sich darin äussert, dass wir in Fällen von Harntrübung infolge einer cystitischen Bacteriurie, falls Eiweiss im Urin zugleich vorhanden ist, mittelst der Jodprobe es nachweisen können, während die Essigsäure — Ferrocyankaliumprobe kleine Mengen von Eiweiss bei Anwesenheit einer bacteriellen Harntrübung nachzuweisen nicht imstande ist. Dies ist in vielen Fällen ein grosser Vorteil, der nicht zu unterschätzen ist.

Auch in wissenschaftlicher Beziehung hat die neue Jodprobe ein gewisses Interesse. Es wäre wünschenswert, zu erforschen, was für eine Verbindung das Eiweiss mit Jod gibt, welche die für diese Eiweissprobe charakteristischen Krystalle im mikroskopischen Bilde zeigt. Man sollte diese Krystalle näher untersuchen und zwar auf ihre chemischen Bestandteile. Sollte diese Erforschung günstig ausfallen, so könnten wir, vielleicht eine Erklärung finden, weshalb in manchen Fällen chirurgischer und medikamentöser Jodbehandlung und Jodoformdesinfection schädliche Intoxicationen (Jodismus) auftreten. Die Ursache dieser Erscheinung hängt meines Erachtens von einer giftigen Verbindung des Zellenprotoplasmas resp. seiner Eiweissstoffe mit diesen Jodsubstanzen ab. Wenn wir die Ursache dieser Jodintoxication näher kennen lernen und den chemischen Körper, der die organische Reizung resp. Vergiftung ausübt, nachweisen, so ist es vielleicht auch möglich, diesen Körper aus dem Jodoform und anderen Jodpräparaten auszuschalten, indem man sich ein ähnliches, dieselbe Wirkung besitzendes, aber unschädliches und die Zellen nicht zerstörendes Präparat zur medikamentösen Therapie und zur Desinfection von Wunden herstellt. Das wäre der practische Zweck.

Wenden wir uns nun zur Besprechung der zweiten Untersuchungsmethode auf Eiweiss. Diese ist eine quantitative (volumetrische) und ist von einem japanischen Autor, namens Tsuchiya[5]), der diese Probe in der Mering'schen Klinik (Halle a/S) ausgearbeitet hat, zuerst angegeben.

Mittels einer alcoholischen Phosphorwolframsäurelösung wird die Eiweissmenge in derselben Weise und in demselben Albuminimeter, wie es seinerzeit Esbach angegeben hat, bestimmt. Die Zusammensetzung des Reagens von Tsuchiya ist folgende: Acid. phosphorwolframic. 1,5 Acid. hydrochlor. concentr. 5,0 Alcohol (96%) 100,0. Das Verfahren und auch das Röhrchen sind, wie gesagt, dieselben, wie beim Esbach.

Die Untersuchungen von Tsuchiya führten zu folgenden Resultaten:

a) aus normalen Harnen fällt kein Niederschlag zu Boden, wie es bei Esbachs Reagens nach 24 Stunden der Fall ist;

b) der Niederschlag von Eiweiss setzt sich regelmässig ab; es bilden sich keine Schaumbläschen, wie es bei Esbach beobachtet wird; das Schwimmen von Flocken, wie es bei Esbach der Fall ist, wird ebenfalls nicht beobachtet;

c) die Genauigkeit ist bei gewöhnlicher Zimmertemperatur bedeutend grösser, als beim Esbachschen Verfahren;

d) eine Verdünnung der zu untersuchenden Flüssigkeit ist hier, wie bei Esbach, auch gestattet, wie z. B. bei Untersuchungen von Ex- und Transsudaten; bis 7‰ ist die Genauigkeit ohne Verdünnung noch genügend;

e) die Methode hat einen grossen Vorteil, da auch kleine Mengen von Albumen einen Niederschlag geben, besonders empfehlenswert ist sie bei Fieberharnen, wo man mittelst Esbach keinen Aufschluss bekommen kann;

f) der Niederschlag enthält dieselben Stickstoffverbindungen wie das Eiweiss, welches im Urin vorhanden ist, während bei Esbach im Niederschlag ziemlich viel Harnsäure enthalten ist.

Einen grossen Vorteil sieht der Autor auch darin, dass man dabei mit der giftigen Pikrinsäure nicht zu tun hat. Das Reagens von Tsuchiya (Phosphorwolframsäure in alcoholischer Lösung) gibt auch keine Flecken auf den Händen und der Wäsche, wie es die Pikrinsäure verursacht.

Ich habe an 50 Urinen mit verschiedenen Quantitäten von Eiweiss, von minimalen Spuren angefangen bis 18‰, die von Tsuchiya angegebene Eiweissbestimmung eingehend nachgeprüft und kam zu denselben Ergebnissen, wie der Autor. Die Erfahrung führte mich auch zu anderen Schlüssen, von denen ich Erwähnung tun will.

Werfen wir nun einige Blicke auf die historische Seite der volumetrischen Eiweissbestimmung. Bisher besassen wir einige Methoden zur quantitativen Albuminimetrie, und zwar sind es fünf Methoden, die ich in Kürze besprechen will: die von Esbach, Wassiljeff, Rössler, Christensen und Buchner.

Die Methode Esbach's[6]) ist allgemein bekannt, und es ist kaum nötig, darüber ein Wort zu verlieren. Sie existiert seit dem Jahre 1880.

Vor 19 Jahren hat Christensen[7]) eine Emulsionsmethode vermittelst Gerbsäure und Gummi arabic. angegeben. Er hat sie aber selbst nur zur „approximativen" Bestimmung des Albumens im Harn empfohlen; von einer genauen Bestimmung kann bei der Emulsionsmethode von Christensen absolut keine Rede sein, und daher ist diese Methode gänzlich verworfen.

Das Reagens, welches von Wassiljeff[8]) angegeben ist, ist Sulfosalicylsäure; es hat aber keine Verwendung gefunden.

Rössler[9]) hat vor 5 Jahren ein Reagens angegeben, das aus Essigsäure und Ferrocyankalium besteht: diese Reagentien werden aber bekanntlich nur zur qualitativen Eiweissbestimmung verwendet.

Neulich ist von Buchner[10]) eine Methode beschrieben und angegeben; das Reagens von Buchner besteht aus Salpetersäure und Chlornatrium. Ich brauche kein Wort darüber zu verlieren, dass diese Methode für rein wissenschaftliche Untersuchungen unbrauchbar ist; Buchner selbst hat sie nur für alltägliche, practische Zwecke empfohlen: die Ueberschrift seiner Arbeit lautet: „Eine neue Methode, den Eiweissgehalt eines Harnes mit hinreichender Genauigkeit für klinische Zwecke in einer Stunde zu bestimmen".

Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Es gibt auch andere Methoden z. B. von Jules [11]) und Guttmann [12]), die sich aber für das Albuminimeter nicht eignen; das Reagens von Jules hat folgende Zusammensetzung: Sublimat 10,0 Acid. succin. 20,0 Natr. chlorat. 10,0 Acid. acetic. glacial. 50,0 Alcohol 250,0 Aq. destillat. ad 500,0. Es hat sich aber, wie gesagt, für das Esbachsche Albuminimeter als ungeeignet gezeigt, wie es Tsuchiya [5]) nachgewiesen hat: man muss zu angesäuerte Sublimatlösungen haben.

Was das Guttmann'sche Verfahren anbetrifft, so hat sich herausgestellt, dass es sich für das Albuminimeter ebenfalls nicht eignet, weil der Niederschlag zu voluminös ausfällt.

Um mich von der Genauigkeit der Phosphorwolframsäure-Probe im Vergleich mit der Esbachschen Methode zu überzeugen, habe ich in allen Fällen beide Proben zugleich angestellt. Der benutzte Urin wurde stets bis auf ein specifisches Gewicht von 1006—1008 verdünnt, wie es Huppert [13]) auch bei der Esbachschen Methode angegeben hat. In Fällen, wo der Eiweissgehalt höher als 5—6$^0/_{00}$ war, habe ich den Urin zwei- bis dreifach verdünnt. Harne mit Spuren von Eiweiss gaben mittelst Esbach nur eine Trübung, dagegen kam bei der Phosphorwolframsäure-Methode ein deutlicher Niederschlag zum Vorschein. Die Tatsache, dass in Harnen, wo sehr wenig Eiweiss vorhanden ist, die Esbachsche Lösung nur eine Trübung erzeugt, haben viele Autoren hervorgehoben, wie Moritz, R. v. Jaksch und Huppert [13]).

Was die Genauigkeit der volumetrischen Bestimmung mittelst Phosphorwolframsäure betrifft, so haben meine Untersuchungen zu denselben Resultaten geführt, wie es Tsuchiya angibt, d. h. die Phosphorwolframsäure Methode gibt genauere Resultate, als Esbach's Reagens. In fünf Fällen hat Tsuchiya durch Wägung 0,30$^0/_{00}$ bis 0,93$^0/_{00}$ Albumen gefunden, während Esbachs Reagens in allen 5 Fällen blos eine Trübung gab; Phosphorwolframsäurelösung zeigte dagegen einen Eiweissgehalt von 0,4$^0/_{00}$ bis 0,8$^0/_{00}$ an.

Ich habe 4 Harne mit sehr geringem Eiweissgehalt mittelst Wägung, Esbach und Phosphorwolframsäure genau untersucht. Folgende Tabelle illustriert die augenscheinliche Genauigkeit der Phosphorwolframsäure-Methode:

Harn	Wägung	Esbach	Phosphor-wolframsäure	Differenz
I	0,35$^0/_{00}$	Trübung	0,25$^0/_{00}$	+
II	0,64$^0/_{00}$	Trübung	0,5$^0/_{00}$	+
III	0,82$^0/_{00}$	0,15$^0/_{00}$	0,80$^0/_{00}$	0,65$^0/_{00}$
IV	0,28$^0/_{00}$	Trübung	0,24$^0/_{00}$	+

Die Temperatur der Aussenluft spielt bei der Bildung des Niederschlages eine grosse Rolle. Huppert [13]) nimmt an, dass der Einfluss der Temperatur nicht nur in einer Aenderung des specifischen Gewichts der Flüssigkeit, sondern auch in einer Aenderung der Viscosität, d. h. der inneren Reibung des Harnes zu suchen ist. Eine warme Flüssigkeit ist, so zu sagen, flüssiger als eine kalte und wird daher einem fallenden Körper auch leichter ausweichen und Platz machen als eine kalte Flüssigkeit. Daher ist auch der Niederschlag bei niederer Aussentemperatur erheblich grösser, als bei Zimmertemperatur, und umgekehrt, ist er bedeutend kleiner bei höherer als die Zimmertemperatur, bei welcher die Probe angestellt werden soll. Diese Bedeutung der Aussentemperatur auf die Genauigkeit der Bestimmung hoben bereits einige Autoren hervor, wie Geissler, Schulz, Christensen und Huppert [13, 14]). Wie sich Tsuchiya überzeugen konnte, eignet sich für seine volumetrische Methode am besten die Zimmertemperatur, wie aus der Tabelle V seiner Arbeit hervorgeht.

Es bleibt noch ein Vorteil des neuen Reagens zu besprechen, den der Autor nicht in betracht gezogen hat. Die Phosphorwolframsäurelösung hat den practischen Vorteil, dass man nicht so lange wie bei der Anwendung des Esbachschen Reagens zu warten braucht, bis der Niederschlag sich vollständig gesetzt hat. Meine Beobachtungen zeigten, dass in der Regel nicht mehr als 10 bis 12 Stunden zur Bildung des gesamten Niederschlags erforderlich sind, während die Esbachsche Methode 24 Stunden in Anspruch nimmt, was zweifellos einen grossen, nicht zu unterschätzenden Vorteil bietet.

In jüngster Zeit hat Tsuchiya [15]) eine zweite Arbeit über die volumetrische Eiweissbestimmung mittelst der alcoholischen Lösung von Phosphorwolframsäure publiciert. Diese Arbeit enthält einige wertvolle Ergänzungen. Tsuchiya hat Röhrchen herstellen lassen, welche sich nach unten derart verengen, dass man auch bei geringen Eiweissmengen den entstehenden Niederschlag noch ablesen kann. Auch die Scala ist für grössere Eiweissmengen gegenüber der Esbachschen Scala verändert. Wie der Verfasser angibt, liess sich in zahlreichen Versuchen feststellen, dass das mit dem neuen Reagens niedergeschlagene Eiweissvolumen immer etwas grösser war als das mit der Esbachschen Lösung. Die Scala des Esbachschen Albuminimeters ergab infolgedessen bei Anwendung der alcoholischen Phosphorwolframsäurelösung für die Eiweisssäule immer etwas höhere Werte als es dem richtigen Eiweissgehalt entsprach.

Die Scala von Tsuchiya läuft von 1—7, wie beim Esbachschen Albuminimeter. Unterhalb 1 ist das Röhrchen in 5 Teile geteilt und jeder Teilstrich mit 0,2$^0/_{00}$ bezeichnet *).

Tsuchiya hat auch das Reagens etwas modificiert, in der Weise, dass er statt einer 1,5$^0/_0$ alcohol. Phosphorwolframsäurelösung sich jetzt nur mit einer 1$^0/_0$ Lösung begnügte, da es sich bei weiteren Untersuchungen herausgestellt hat, dass auch eine 1$^0/_0$ Lösung alles Eiweiss niederzuschlagen vermag. Das Recept gestaltet sich also jetzt folgendermassen: Acid. phosphor.wolframic. 1,0
Acid. hydrochloricі puri 5,0
Alcohol (96$^0/_0$) 100,0

Im neu construierten Röhrchen ist das Verhältnis des Urins zum Reagens wie 9 : 8. Man kann aber mit gleichen Teilen von Urin und Reagens auch minimale Spuren von Albumen qualitativ nachweisen. Ich habe an vielen Urinen diese Probe angestellt, und es zeigte sich, dass die alcoholische Phosphorwolframsäurelösung ein ebenso empfindliches Reagens ist, wie die Essigsäure-Ferrocyankalium- und die Hellersche Kochprobe. In vielen Fällen ist diese Probe sogar vorzuziehen. Wenn man aber vom Reagens viel weniger als die Hälfte zusetzt, so fallen normale Harnbestandteile aus; diese Erscheinung beruht darauf, dass im neuen Reagens zur Lösung normaler Harnbestandteile Alcohol vorhanden ist, welcher zu diesem Zweck in genügender Menge auch bei der qualitativen Untersuchung vorhanden sein muss.

Tsuchiya hat mittelst seines neu construierten Albuminimeters neue Eiweissbestimmungen angestellt und hat das zweite Mal noch genauere Resultate erzielt. Wie aus seinen wiederholten Untersuchungen hervorgeht, beträgt die Differenz zwischen der Esbachschen Methode und dem Wägungsverfahren etwa 0,95—1,0$^0/_{00}$, während der Fehler bei der neuen Methode etwa 0,21$^0/_{00}$ beträgt. Daraus ergibt sich, dass die neue Methode von Tsuchiya um 80$^0/_0$ genauer arbeitet als das Esbachsche Verfahren. Die Verbesserung beruht auf der neuen Aichung des Albuminimeters; im Esbachschen Röhrchen verhält sich Urin zu Reagens wie 10 : 8. Die

*) Die Abbildung des Röhrchens findet man im Centralbl. f. innere Medicin, 1908, Nr. 24. — D. R. G. M. Nr. 338189. Zu beziehen durch Rudolf Schoeps, Halle.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

groben Fehler des Esbach'schen Verfahrens sind dadurch zweifellos verringert.

Leider war ich nicht in der Lage, die zweite Arbeit von Tsuchiya, in welcher genauere Resultate angegeben sind, nachzuprüfen, die weitere Praxis wird auch dies zeigen.

Fassen wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen betreffs beider beschriebenen Eiweissproben, der qualitativen von Bardach und quantitativen von Tsuchiya, zusammen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

I. 1) Die Probe auf Eiweiss mittelst Acetonlösung, Jodjodkali und Ammoniak hat keinen practischen Vorteil im Vergleich mit den bisher bewährten üblichen Eiweissproben.

2) Die qualitative Probe von Bardach lässt auch geringe Spuren von Eiweiss nachweisen in Fällen mit vollständig klarem Urin; die Ausführung der Probe muss eine recht genaue sin.

3) Die Art des Eiweisses kann mittelst der Bardach'schen Probe nicht festgestellt werden, und das ist für klinische Zwecke ein grosser Nachteil.

4) In Fällen von Harntrübung, wie es z. B. bei Cystitis mit Bacteriurie der Fall ist, ist die neue qualitative Eiweissprobe der bisher existierenden vorzuziehen.

5) Die neue Aceton-Jod-Ammoniak-Eiweissprobe hat ein gewisses wissenschaftliches Interesse, da sie eine neue, bisher noch unbekannte Verbindung des Jods mit Eiweiss darstellt.

II. 6) Die volumetrische Eiweissbestimmungen mittelst alcoholischer Phosphorwolframsäurelösung ist eine wertvolle Bereicherung der Untersuchungsmethoden, da sie eine vollständig genaue, ich möchte sagen, ideale quantitative Bestimmungsmethode, die der Esbach-schen Methode unbedingt vorzuziehen ist, darstellt.

7) Das Albuminimeter von Tsuchiya zeigt bei der neuen volumetrischen Methode genauere Graduierung und gibt genauere Resultate als es beim Esbach'schen Verfahren der Fall ist. Die Ergebnisse dieses Verfahrens stimmen mit den Zahlen der Wägungsmethode fast überein.

8) Wie meine eigenen Beobachtungen gezeigt haben, erfordert die neue volumetrische Methode viel weniger Zeit, als 24 Stunden, wie es der Autor angegeben hat. Ich kann noch genau die Stundenzahl nicht feststellen; in der Regel genügen 10—12 Stunden.

Literatur.

1) B. Bardach — Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 54, H. 4. 2) Hoppe-Seyler und Tierfelder — «Handbuch der physiol. und patholog. = chem. Analyse». 3) O. Hammarsten — Lehrbuch der physiolog. Chemie. 4) A. Daiber — Mikroskopie der Harnsedimente 2 Aufl. 1906. 5) J. Tsuchiya — Centralbl. f. innere Med., Nr. 5, 1908. 6) Esbach — Bull. générale de thérapeutique, 1880. 7) Wassilieff — St. Petersburger med. Wochenschr. 1896, Nr. 37. 8) Rössler — Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 19. 9) Christensen — Virchow-Archiv, 1889, Nr. 115. 10) Buchner — Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 24. 11) Jules — Revue méd. de la Suisse romande, XX, p. 321. 12) Guttmann — Berl. klin. Wochenschrift 1886, Nr. 8. 13) Huppert — Anleit. zur qualit. und quantit. Analyse des Harnes, 1898, S. 854—855. 14) H. Sahli — Lehrb. der klin. Untersuchungsmethoden, 1902, S. 517. 15) J. Tsuchiya — Centralblatt f. innere Med., 1908, Nr. 24.

Referat.

Prof. Dr. J. Morgenroth (Berlin): Ueber Diphtherietoxin und Antitoxin. Therap. Monatshefte 1909. Januar.

Nach der nunmehr herrschenden Anschauung beruht die Heilwirkung des antitoxischen Serums auf seiner bindenden Kraft und Unschädlichmachung der im Blute sich befindlichen Toxine. Im allgemeinen vollzieht sich nun eine derartige Bindung von Diphtherietoxin und Antitoxin sowohl in vitro als auch in der Blutbahn mit einer ziemlichen Langsamkeit, wobei das Antitoxin noch mit einer gewissen Leichtigkeit mit dem im Blute kreisenden Toxin fertig wird, dagegen aber nur mit einer Anstrengung das an die giftempfindlichen Zellen gebundene Toxin denselben zu entreissen imstande ist. Es findet ein gewisser Wettstreit statt zwischen den giftbindenden Receptoren, wie sie den giftempfindlichen Zellen eigen sind, und den freien Receptoren, welche das Antitoxin darstellen, und es lässt sich a priori behaupten, dass die Verhältnisse um so günstiger liegen werden, je mehr Antitoxin das in die Blutbahn gelangende Toxin dort vorfindet.

Daraus ergibt sich die Forderung von Anfang der Behandlung an möglichst rasch für eine möglichst hohe Concentration des Antitoxins im Blute zu sorgen. Solches könnte am besten nur durch eine intravenöse Injection der notwendigen Antitoxinmenge erreicht werden, und werden in England bereits auf diesem Wege in schweren Fällen 2 000, ja 30000 Immunitätseinheiten nicht selten eingeführt. M. glaubt nun, dass zu diesem Zwecke, zur intravenösen Injection, die Darstellung unserer flüssigen Heilsera modificiert werden müsste, weil die intravenöse Einführung der mit Phenol resp. Trikresol versetzten Sera mit Recht einigen Bedenken begegnet. Die subcutane Injection grosser Serummengen erreiche nicht eine schnelle Wirkung, weil die Resorption bei dieser Anwendungsweise nur langsam von statten gehe, und es 2 bis 3 Tage vergehen, bis die volle Wirkung erreicht wird.

Wesentlich bessere und schnellere Erfolge wären nach den Untersuchungen Verf.'s, gemeinsam mit R. Levy angestellt, erzielt durch die intramuskuläre Injection, wodurch weit raschere Resorption, als durch das Subcutangewebe erzielt wurde. Beim Menschen wäre die Streckmuskulatur des Oberschenkels dem M. pectoralis und vor allem den Glutaeis vorzuziehen. Weitere Versuche in dieser Richtung wären sehr wünschenswert.

Zur Vermeidung der Serumkrankheit wäre bei der Einführung von hohen Antitoxindosen das hochwertige Serum in allen Fällen vorzuziehen.

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Wullstein und Prof. Wilms: Lehrbuch der Chirurgie. Erster Band. Allgemeiner Teil. Chirurgie des Kopfes, des Halses, der Brust und der Wirbelsäule. Mit 326 Abbildungen. Verlag von Gustav Fischer in Jena. Preis 10 Mark.

Das Buch ist als Pendant zum Lehrbuch der inneren Medicin von Mehring gedacht. Als Mitarbeiter sind eine Reihe der jüngeren Generation angehöriger deutscher Chirurgen — durchweg Namen von bestem Klang — gewonnen worden. Dementsprechend weht ein frischer und moderner Hauch durch das Werk. Bei aller Knappheit ist es reich an Inhalt, die Abbildungen sind sehr anschaulich und gut gewählt. Etwas zu kurz gekommen ist die allgemeine Chirurgie, so weit sie nicht der Darstellung der speciellen Capitel eingefügt ist. Das Buch wird sich gewiss viele Freunde erwerben, namentlich dürfte es auch unter den Studenten weite Verbreitung verdienen, da es glücklich die Mitte hält zwischen den grossen Handbüchern und den gar zu knappen Compendien. — Der zweite Band ist uns noch nicht zugegangen.

Wanach.

Prof. Dr. med. et jur. Rudolf Kobert. Lehrbuch der Pharmakotherapie. Zweite durchweg neu bearbeitete Auflage. II. Hälfte, mit zahlreichen Tabellen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1908. Preis geh. M. 11,40.

Die zweite Hälfte des vor kurzem an dieser Stelle besprochenen Lehrbuches liegt uns in einem stattlichen Bande von 28 Druckbogen vor. Sie enthält die in der ersten Hälfte begonnene III. Abteilung: Pharmakotherapeutische Mittel, deren Wirkung an ein bestimmtes Organ oder Organsystem gebunden ist. Diese Abteilung nimmt allein 352 Seiten des Werkes ein, so eingehend und sorgfältig sind alle einschlägigen Mittel berücksichtigt. Die IV. Abteilung — Antidota beschliesst das Werk. Ein Verzeichnis der 36 Tabellen, ein Sachregister sind mit der dem Verfasser eigenen, peinlichsten Sorgfalt ausgearbeitet und erleichtern wesentlich das Auffinden der einzelnen Abschnitte.

Mickwitz.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Felix Freiherr v. Kuester: Grundzüge der Allgemeinen Chirurgie und chirurgischen Technik. Urban und Schwarzenberg 1908.

Die Zahl der Lehrbücher der allgemeinen Chirurgie ist recht gross, und soll ein neues den Wettbewerb auf dem Büchermarkte erfolgreich bestehen, so muss es Vorzüge aufweisen können, die ihm den Leserkreis sichern. Der Verf. des vorliegenden Werkes hat es sich zur Aufgabe gestellt, in möglichst knapper Form die Grundzüge der allgemeinen Chirurgie darzustellen und will damit dem Bedürfnis sowohl der Studierenden als auch des practischen Arztes entgegenkommen, für welche die bisher vorhandenen Lehrbücher meist zu umfangreich seien, um eine rasche Orientierung zu ermöglichen. Dem Bedürfnis des Practikers entspricht es wohl auch, dass die allgemeine chirurgische Technik einen relativ grossen Raum in dem Lehrbuche einnimmt und dass auch die Verbandtechnik eine genügende Behandlung erfährt, ein Capitel, das häufig in den Lehrbüchern der allgemeinen Chirurgie nicht zu finden ist und speciellen Leitfäden überlassen bleibt. Bei dieser Bevorzugung der allgemeinen chirurgischen Technik kommt indessen die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie nicht zu kurz, und wir glauben, dass es dem Verfasser tatsächlich gelungen ist, in möglichst knapper Form alles practisch Wichtige zu bringen. Die neuesten Errungenschaften, soweit sie sich bewährt haben, sind berücksichtigt worden, z. B. die diagnostischen Tuberculinreactionen. Ueberhaupt wird die Diagnose der chirurgischen Erkrankungen erfreulicher Weise mit genügender Ausführlichkeit behandelt. Die Ausstattung des Buches ist gut.

Wold. Fick.

Prof. Dr. Paul Reichel: Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. Wiesbaden. J. F. Bergmann 1909. 2. Auflage.

Als im Jahre 1897 die erste Auflage des Reichelschen Buches erschien, mag es Vielen zweifelhaft erschienen sein, ob es zweckentsprechend sei, die Nachbehandlung nach Operationen gesondert darzustellen. Der Erfolg des Buches hat bewiesen, dass es tatsächlich einem Bedürfnis entsprach. Die erste Auflage war rasch vergriffen. Die jetzt vorliegende zweite hat entsprechend den raschen Fortschritten der chirurgischen Wissenschaft nur äusserlich die Form der ersten beibehalten, inhaltlich handelt es sich fast um ein neues Werk, jedenfalls sind ganze Abschnitte umgearbeitet worden, einige sind neu hinzugekommen. Es liegt jetzt ein Lehrbuch vor, das alle modernen Errungenschaften berücksichtigt, sehr fliessend und anregend geschrieben ist und eine Fülle vorzüglicher Ratschläge enthält. Ist das Buch auch in erster Linie für den jungen Arzt bestimmt, der nach absolviertem Studium zum ersten Male mit der Nachbehandlung Operierter betraut wird, so wird doch auch der erfahrenere Practiker viele wertvolle Ratschläge und Hinweise darin finden. Auf den reichen Inhalt des Werkes genauer einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. Der erste, allgemeine Teil behandelt die Grundsätze der Nachbehandlung nach Operationen, die Störungen des Wundverlaufes etc., während der zweite Teil der speciellen Nachbehandlung nach bestimmten Operationen gewidmet ist, die nach Körperregionen und Organen geordnet sind. Gute Abbildungen, deren Zahl in der zweiten Auflage beträchtlich vermehrt ist, sind dem Texte beigegeben. Das Buch kann bestens empfohlen werden und wird sich rasch einen grossen Leserkreis erobern.

Wold. Fick.

Ergebnisse der inneren Medicin und Kinderheilkunde. I. Band, herausgegeben v. F. Kraus, O. Minkowski, Fr. Mueller, H. Sahli, A. Czerny, O. Heubner.

In diesem dankenswerten Werke sollen die Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medicin und ihrer Grenzgebiete in Einzeldarstellungen niedergelegt werden, wie das Vorwort sagt. Leider ist es bei der Mannigfaltigkeit des Stoffes nicht leicht ein Referat jeder einzelnen Abhandlung zu bringen, und es muss dem Leser überlassen bleiben, sich selbst einen genauen Einblick in dieses, sowohl für den Forscher als auch practischen Arzt unentbehrliche Werk zu verschaffen. Zur Orientierung gebe ich das Inhaltsverzeichnis des I. Bandes:

I. Kraus, F. Die Abhängigkeitsbeziehung zwischen Seele und Körper in Fragen der inneren Medicin. II. Pletnew, D. Der Morgagni-Adams-Stokessche Symptomenkomplex. III. Fraenkel, A. Ueber Digitalistherapie. IV. Eppinger, H. Ikterus. V. Lewin, C. Die Ergebnisse der experimentellen Erforschung der bösartigen Geschwülste. VI. Ibrahim, J. Die Pylorusstenose der Säuglinge. VII. Huebner, W. Experimentelle Arteriosclerose. VIII. Cimbal, W. Die Arteriosclerose des Centralnervensystems. IX. Meyer, F. Ernährungsstörungen und Salzstoffwechsel beim Säugling. X. Magnus-Levy, A. Die Acetonkörper. XI. v. Pirquet, C. Allergie. XII. Bergell, P. Aeltere und neuere Fermentforschungen. XIII. Salge, B. Die biologische Forschung in den Fragen der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung. XIV. Tobler, L. Ueber die Verdauung der Milch im Magen. XV. Frenkel-Heiden. Die Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung der Uebungstherapie. XVI. de la Camp, O. Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsentuberculose, XVII. Peritz, G. Die Pseudobulbärparalyse.

Jedes Jahr sollen zwei Bände erscheinen. Da die Subjectivität nicht ausgeschlossen, liest sich das Werk besonders leicht und angenehm, — vor vielen Sammelwerken ein entschiedener Vorzug. Vom Neuen das Neueste in gediegener Form und Inhalt.

Baron W. Ungern-Sternberg.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

(Schluss.)

Dr. Krannhals betont, dass er in Bezug auf die Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit nur Vermutungen aussprechen könne.

Dr. Ed. Schwarz unterbricht ihn mit der Bitte in Bezug auf die Aetiologie das mitteilen zu dürfen, was er im Vortrag vergessen habe zu erwähnen. Während der schwedischen Epidemie 1905 sei es nicht gelungen ein Bacterium zu züchten; auch sind in den anatomischen Präparaten nie Bacterien gefunden worden. Während einer gleichzeitigen Epidemie in Norwegen aber sei es Geiersvold gelungen einen bohnenförmigen Diplo- resp. Tetracoccus zu züchten, der in grossen Kolonien wächst, die bald weisslich werden; er ist grampositiv, wächst auf verschiedenen Nährböden und färbt sich gut. In zwei in den ersten Tagen der Erkrankung zu Grunde gegangenen Fällen, konnte Geiersvold an den Leichen die Lumbalpunction ausführen; in beiden Fällen machte der Liquor den Eindruck einer frischen Cultur, sah hellrosa aus, war in dem einen Falle klar, im anderen trübe. Falls sich diese Befunde bestätigen, so ist der Feind entdeckt; hat man ihn erst, so wird die Bacteriologie hoffentlich auch Waffen gegen ihn zu schmieden wissen. Der Coccus scheint kurzlebig zu sein, erzeugt keine eitrige Entzündung, stiftet aber durch Wahl des Ortes seiner Tätigkeit irreparable Schäden.

(Autoreferat.)

Dr. Krannhals meint, dass die Heine-Medinsche Krankheit vom epidemiologischen Standpunct aus der epidemischen Cerebrospinalmeningitis parallel zu stellen wäre. Die von Dr. Ed. Schwarz angeführte Lymphocytose, spreche dafür, dass die Mikroorganismen in diesem Falle dem menschlichen Organismus gegenüber eine geringe Virulenz zeigen. Lymphocytosen sehe man mehr bei den chronischen Processen. Das Vorhandensein einer solchen bei einem acuten Processe spreche für die Gutartigkeit des letzteren. Wahrscheinlich handele es sich im vorliegenden Falle um eine Abart der zur Gruppe der Meningococcen gehörigen Mikroorganismen, die im Allgemeinen eine mildere Infection erzeuge.

Dr. Voss fragt den Vortragenden, ob er ihn richtig verstanden habe, dass diese Untersuchungen den Nachweis bieten sollen, dass diese ganze Gruppe von Krankheiten, zu denen die essentielle Kinder-Lähmung und die anderen genannten gehören, als zusammengehörige infectiöse Gruppe zu gelten habe? und ob sich beim Vorhandensein einer diffusen Infiltration auch Erscheinungen an den Sinnesorganen, besonders an Augen und Ohren, einstellen?

Dr. Ed. Schwarz erinnert sich nicht in den von Wickmann referierten Fällen über Ohrenstörungen, speciell Taubheit, etwas gelesen zu haben. Im Gegensatz zur Cerebrospinalmeningitis, bei denen Augenstörungen häufig sind, erinnere er sich nur in einem Falle eine vorübergehende Sehstörung referiert gefunden zu haben.

P. II. Dr. Poorten demonstriert mikroskopische Präparate von

Chorionepitheliom der Vagina.

Der Fall war kurz folgender: Im Juli a. c. wandte sich die 29-jährige M. P. aus Polnisch-Russland an ihn. Aus der Anamnese zu ersehen, dass sie aus einer tuberculös belasteten Familie stammt. Der Vater lungenkrank, eine Schwester an der Schwindsucht gestorben. Ihr sind früher die Drüsen der einen Achselhöhle ausgeräumt worden. Hat früher an Husten ohne Auswurf gelitten. Niemals in früherer Zeit Blutbusten. In 4 Jahren 2 Aborte gewesen. Vor einem Jahr Abrasio. (Dr. Hach.) Bald nach derselben concipierte Patientin. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwangerschaft verlief mit Ausnahme geringer Blutung im 3. Monat, die auf Bettruhe und Opium stand, gut. Am 30. Mai spontane Geburt eines lebenden gesunden Kindes. Nachgeburt «vollständig» gewesen. Zwei Monate vor der Geburt starker Bluthusten. Abmagerung, Stiche und Schmerzen in der linken Seite. 14 Tage vor dem Partus traten starke Genitalblutungen auf, die mit Unterbrechungen bis zur Geburt andauerten. Ein Arzt fand nichts. Nach der Geburt kein Blutspeien. Seit der Geburt 8 Wochen Blutungen von verschiedener Stärke. 10 Wochen nach der Geburt hat der Arzt gesagt, dass Geschwülste in der Scheide seien. Pat. hat aber schon 5 Wochen vorher bemerkt, dass etwas aus der Scheide heraustrete, ist aber darüber beruhigt worden. 2 Wochen nach der Geburt «Schleier vor beiden Augen», so dass Patientin schwach sehen kann. Das rechte Auge nach 8 Wochen besser. Das linke noch jetzt verschleiert, doch bessere es sich auch. Die Frau ist gut genährt, von blassem etwas pastösem Aussehen. An der vorderen Scheidenwand eine kleine wallnussgrosse Verdickung, der Vaginalschleimhaut breitbasig aufsitzend, dicht hinter der Urethralmündung anfangend; vorne und auf der Kuppe schwarzblaue dickere Partie, die schwammig gequollen erscheint, dort auch ein Defect in der bedeckenden Schleimhaut, der mit schwarzem Gerinnsel ausgefüllt erscheint. An der hinteren Vaginalwand gegenüber dieser Geschwulst eine glasig ödematöse von gleichem Aussehen, von der Grösse einer kleinen Birne, sich nach oben verjüngend. Die combinierte Untersuchung ergab keine Besonderheiten, mehrfache Untersuchung mit dem Speculum zeigte, dass aus dem Uterus kein Blut trat. Dr. P. stellte die Diagnose Chorionepitheliom. Eine mikroskopische Untersuchung von (vorne und hinten) excidierten Stücken bestätigte die Diagnose. Die Excisionswunde an dem hinteren Vaginaltumor blutet sehr stark, und die Blutung kann wegen Brüchigkeit des Gewebes mit Umstechungen nicht beherrscht werden. Blutung steht auf Tamponade. Katheterurin — chemisch und mikroskopisch normal. Die Patientin sollte operiert werden, und zwar hatte Vortragender die Exstirpation des ganzen Genitale vorgeschlagen. Sie entzog sich aber der Behandlung. Während der Beobachtung trat Blutspeien auf ohne höhere Temperaturen. Es liess sich kein Lungenherd nachweisen. An der Hand dieses Falles bespricht Vortragender kurz das seltene Vorkommen dieser Fälle. Er erwähnt die verschiedenen Theorien über die Aetiologie dieser Tumoren, welche, nach Blasenmole — in 50% — nach Abort und normaler Geburt vorkämen. Es gebe bösartige und gutartige Chorionepitheliome, doch lasse sich dieses nicht mikroskopisch unterscheiden. Vortragender habe wegen der möglichst bald vorzunehmenden Exstirpation eine Abrasio nicht ausgeführt, so dass sich nicht entscheiden lasse, ob hier ein primäres Vaginalepitheliom vorliege oder ein metastatisches. Immerhin gehöre der Tumor, der nach normaler Gravidität aufgetreten, zu den selteneren und interessanteren. Dr. P. ist der Ansicht, dass in diesen Fällen radical und schnell operiert werden müsse, dass man es nicht darauf ankommen lassen dürfe, dass der in Frage kommende Tumor vielleicht gutartig sei. Die Blutungen vor der Geburt lassen es nicht ausgeschlossen erscheinen, dass der Tumor schon vor Beendigung der Schwangerschaft aufgetreten war.

(Autoreferat.)

Dr. Hach: Was die Indication zur Operation anbetrifft, so seien Fälle veröffentlicht worden, in denen nach 1 resp. 2 maliger Abrasio vollkommene Genesung eingetreten sei. Ferner seien auch Fälle bekannt geworden, in denen keine Gravidität vorhergegangen sei.

Dr. Poorten stimmt dem bei und weist gleichzeitig darauf hin, dass Geschwülste von demselben Bau auch bei männlichen Individuen beobachtet worden sind. Es seien das wohl Fälle, bei denen es sich um Tumoren handele, deren Anlage aus dem Fötalleben stamme und die dann später durch irgendwelche Einflüsse mit einem Mal zur Entwicklung kommen.

(Autoreferat.)

Nachtrag: Da Dr. P. einige Tage nach seiner Demonstration erfahren hatte, dass dieselbe Patientin nachträglich unter der auch von einem Syphilidologen für wahrscheinlich gehaltenen Diagnose Lues in specialärztlicher Behandlung gestanden hatte und nach Gebrauch von Jodkalium unter Rückgang aller krankhaften Erscheinungen am Genitalorgan als vollständig genesen entlassen worden war, schickte er, indem er an seiner Diagnose Chorionepithelion festhielt und annahm, dass es sich in diesem Falle dann um eine gutartige Form von Chorionepitheliom gehandelt hatte, das auf der Sitzung vom 19. Nov. c. gezeigte mikroskopische Präparat dem Berliner Prof. der gynäkologischen pathologisch-anatomischen Mikroskopie, C. Ruge zu, der nach Besichtigung desselben Präparates der Diagnose «Chorionepitheliom» beistimmte.

Dr. G. Kieseritzky,
d. Z. Secretär.

Der erste russische oto-laryngologische Congress zu St. Petersburg am 26. bis 30. December 1908.

Der Congress war ausserordentlich zahlreich besucht, die Präsenzliste zeigt etwa 150 Teilnehmer, darunter viele aus den entferntesten Gegenden des weiten russischen Reiches, selbst aus Sibirien; dies will sagen, dass einige Teilnehmer mit der Eisenbahn eine ununterbrochene Reise von 5—6 Tagen zurücklegen mussten, um in St. Petersburg anzulangen— ein Beweis, dass die Idee des Congresses trotz des von vielen Seiten geäusserten Skepticismus grossen Anklang bei den Fachcollegen gefunden hat. Die Idee ging von der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft aus, ihre Durchführung war mit sehr grossen Schwierigkeiten verbunden, von welchen hier nicht die Rede sein kann. Und jetzt, da diese Idee dank der fast 2-jährigen unermüdlichen Arbeit des Organisationsbureau sich glänzend verwirklicht hat, können wir mit voller Genugtuung sagen, dass der erste Baustein zum Fundament der Vereinigung der russischen Otologen und Laryngologen gelegt worden ist, und hoffnungsvoll sehen wir dem ferneren Ausbau des Gebäudes entgegen.

Der Abend des 26. Decembers sah die Teilnehmer des Congresses im Pirogowschen Museum zu einem Concert versammelt. In fröhlicher und gemütlicher Stunde wurden hier die ersten gegenseitigen Begrüssungen ausgetauscht. Am Vormittage des 27. Decembers fand die officielle feierliche Eröffnung des Congresses und Begrüssung desselben durch Vertreter der Behörden der Residenz, einiger Universitäten, medicinischer Anstalten, Gesellschaften und der Presse statt. Telegraphische Glückwünsche sind unter anderen auch von vielen hervorragenden Vertretern der Oto-Laryngologie Deutschlands und Oesterreichs eingelaufen, so von Prof. A. Politzer, Prof. A. Lucae, Prof. H. Schwartze, Prof. B. Fraenkel etc. Am Nachmittage desselben 27. Decembers nahmen die wissenschaftlichen Sitzungen ihren Anfang unter dem Vorsitze von Prof. W. Okunew — Petersburg. Zum Ehrenpräsidenten des Congresses wurde Dr. St. von Stein — Moskau gewählt. Die Sitzungen fanden 2 Mal täglich, von 10 bis 1 Uhr vormittags und von 3 bis 7 Uhr abends statt; im Ganzen wurden 7 Sitzungen abgehalten. Von den angemeldeten etwa 60 Vorträgen aus allen Gebieten der Oto-Laryngologie konnte wegen Zeitmangels leider nur etwas mehr als die Hälfte verlesen werden. In einer den Fach- und Standesangelegenheiten gewidmeten Sitzung wurde von einigen Rednern die anormale Stellung der Oto-Laryngologie in Russland, wie der Mangel an speciellen Lehrstühlen und Kliniken an den medicinischen Facultäten etc., besonders hervorgehoben. Zur Förderung der Specialfächer wurde vom Congress eine russische oto-laryngologische Gesellschaft gegründet nach einem vom Privatdocenten L. Lewin auf Veranlassung der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft ausgearbeiteten Projecte. In der Geschäftssitzung dieser neugegründeten Gesellschaft wurde der vom Congress acceptierte Beschluss gefasst, alle 2 Jahre einen Congress abzuhalten: der nächste wird in Moskau zu Weihnachten 1910 tagen.

A. Sacher.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Im Medicinalrat hat eine Commission, bestehend aus den Mitgliedern Professoren W. Podwyssozki und G. Chlopin unter dem Vorsitz von Geheimrat, Dr. L. Berthenson «Grundbestimmungen bei der Anwendung der Schutzimpfung gegen die Cholera» ausgearbeitet. Dieselben sind am 11. Nov. 1908 vom Medicinalrat bestätigt worden und lauten folgendermassen: 1) Die gesammelten statistischen Daten lassen darauf schliessen, dass die Impfungen bis zu einem gewissen Grade vor Erkrankung an Cholera garantieren; natürlich aber müssen auch die Geimpften allgemeine hygienische Vorsichtsmassregeln beobachten. 2) Schutzimpfungen gegen die Cholera dürfen nur freiwillig vorgenommen werden. 3) Die Schutzimpfungen gegen die Cholera sind ungefährlich und rufen nur eine kurzdauernde Reaction von Seiten des Organismus hervor, wie: leichte Anschwellung und Empfindlichkeit der Stichwunde, erhöhte Temperatur, Kopfschmerz, bisweilen Drüsenschwellung und leichte Digestionsstörung. Schwere Reactionserscheinungen kommen nur selten vor. 4) Von den 2 proponierten Methoden: Impfung mit lebenden Culturen (Hawkin) und mit abgetöteten (Kolle) ist die zweite vorzuziehen, weil sie im Publicum mehr Zutrauen findet. 5) Während einer Choleraepidemie muss mit Vorsicht geimpft werden, da sich den Impfungen bereits inficierte Menschen unterziehen können, andrerseits aber die bereits Geimpften in den 5 ersten Tagen nach der Impfung (d. h. in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Zeit, wo Immunität noch nicht eingetreten ist), sich inficieren können. Deswegen müssen allen, die geimpft zu werden wünschen, die Excremente auf Choleravibrionen untersucht werden und falls letztere sich nachweisen lassen, darf eine Impfung nicht vorgenommen werden. Alle Geimpften müssen praeveniert werden, dass die Immunität erst nach 5—6 Tagen eintritt. Leute, die mit der Pflege von Cholerakranken zu tun haben, müssen mindestens 6 Tage, bevor sie zu den Cholerakranken zugelassen werden, geimpft werden. 6) Was die Impfungen selbst anbetrifft, so müssen dieselben 2—3 mal vorgenommen werden mit einer Zwischenpause von 5—7 Tagen zwischen jeder Impfung (in jedem Falle aber erst nach Schwinden der Reactionserscheinungen), wobei die Dosis von 0,5—1,0 ccm. (das erste Mal) bis 2,0—3,0 ccm. gesteigert werden muss. Kinder bis 2 J. erhalten $^1/_{10}$; von 2—10 J. — $^1/_{10}$—$^1/_2$; von 10—15 J. $^1/_2$—$^3/_4$ der vollen Dosis. Bei Gravidität dürfen nur kleine Dosen angewandt werden. Contraindicationen bilden acute Krankheiten mit Fieber und acute Magen-Darmcatarrhe. Bei schwachen, anaemischen Subjecten darf nur mit Vorsicht vorgegangen werden. Die Injection geschieht unter strenger Beobachtung von aseptischen Massregeln am besten in den Oberarm oder in die Scapulagegend. 7) Es soll den Aerzten zur Pflicht gemacht werden, eine genaue Registrierung der Impfungen zu führen, wobei folgendes vermerkt werden muss: Tauf-Vaters- und Familienname. Alter. Beruf. Wohnort. Gesundheitszustand. Ob die Excremente vor der Impfung auf Choleravibrionen untersucht worden sind. Was für eine Art Choleravaccine angewandt worden ist. Wie und wann zubereitet. Wohin injiciert und in welcher Dosis jedesmal. Wann die Impfung vorgenommen wurde. In welcher Form und wielange die Reaction sich äusserte. Und schliesslich das Resultat der Impfung, ob erkrankt (wann?), gestorben (wann?), oder ob nicht erkrankt.

— Bei der Beratung der Frage, unter welchen Bedingungen während einer Choleraepidemie Früchte ohne Gefahr für die Gesundheit genossen werden können, kam die beim Medicinalrat unter dem Praesidium von Geheimrat Dr. L. Berthenson gebildete Commission (bestehend aus 4 Mitgliedern des Medicinalrats, 2 Vertretern der Fruchtbörse und 3 Vertretern der Kaiserlichen Obstbau-Gesellschaft) zu folgendem Beschluss, welcher vom Medicinalrat am 9. December 1908 acceptiert und bestätigt worden ist. In Bezug auf den Genuss von Obst im allgemeinen, d. h. unabhängig von dem Vorhandensein einer Choleraepidemie, muss vor allem darauf geachtet werden, dass die Frucht reif ist, ohne äusseren Defect und frei von jeglicher Art Schmutz und Schimmel und es dürfen keine Anzeichen von Fäulnis vorhanden sein. Beim Genuss von Obst muss stets Mass gehalten werden, um den Magen nicht zu überladen und müssen die Früchte ohne Schale und Kerne genossen werden, wobei diejenigen Sorten, welche Verdauungsstörungen hervorrufen, vollständig vermieden werden müssen. Während einer Choleraepidemie müssen die Früchte vor dem Genuss in heissem Wasser abgewaschen werden oder noch besser nur in gekochtem oder gebackenem Zustande genossen werden. Natürlich bleiben die oben erwähnten Vorschriften während der Epidemie auch bestehen. Früchte aus cholerafreien Gegenden, die in örtlicher Originalverpackung verkauft werden, können auch in ungekochtem Zustande consumiert werden.

— Vom 14. bis zum 15. Januar erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 25 Personen, starben 7, genasen 16, in Behandlung verblieben 341. Seit Beginn der Epidemie sind 9552 Personen erkrankt, 3780 gestorben und 5432 genesen.

— In der Woche vom 4. bis zum 10. Januar waren in St. Petersburg (mit den Vorstädten) 273 Personen an der Cholera erkrankt und 114 gestorben, im Gebiet der Donkosaken — 13 erkrankt und 7 gestorben und in dem Gouvernement Tomsk — 3 erkrankt und 1 gestorben.

— Auf dem letzten Congress Russischer Chirurgen wurde beschlossen, zu Ehren des verstorbenen Prof. P. Djakonow bei der Russischen Chirurgischen Gesellschaft einen Fond zu stiften zur Verleihung einer Prämie seines Namens für die besten Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie. Ausserdem soll zu seinem Andenken an der Moskauer Universität ein Stipendium gestiftet werden.

— Die Russische Chirurgische Gesellschaft (in Moskau) hat einen Wettbewerb eröffnet zur Erlangung der Prämie auf den Namen J. Langs im Betrage von 200 Rbl., die für die beste in russischer Sprache verfasste und mit einem Wahlspruch versehene Arbeit aus dem Gebiete der Chirurgie in der Jahressitzung der Gesellschaft im October 1911 zur Auszahlung gelangen soll. Der letzte Termin zur Einsendung der Arbeiten läuft am 1. März 1911 ab.

— Zu Geheimräten sind befördert die wirklichen Staatsräte Dr. J. Raptschewski, ständiges Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten Comitees und der Akademiker, Prof. der Oto- und Laryngologie Dr. N. Simanowskij, beratendes Mitglied desselben Comitees.

— Der Vorstand des XVI. Internationalen Aerztecongresses in Budapest hat den Privat-Docenten an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. W. Boldyrew aufgefordert, in der Section für Physiologie einen Vortrag zu halten «über neue Untersuchungsmethoden der Function der Verdauungsorgane und die damit erzielten Resultate».

— Der 7. Internationale Congress für Hydrologie, Klimatologie, Geologie und physikalische Therapie findet am 4.—10. April (n. St.) in Algier statt. An den Congress wird sich eine Ausstellung anschliessen und vor und nach demselben werden grössere Ausflüge veranstaltet werden.

— Der dritte Congress für Schulhygiene findet am 29. März—2. April in Paris statt, verbunden mit einer Ausstellung für Pädagogik und Schulhygiene.

— Der nächste Cyklus der Feriencurse der Berliner Docenten-Vereinigung beginnt am 4. März 1909 und dauert bis zum 31. März 1909 und die unentgeltliche Zusendung des Lections Verzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langebeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Berichtigung. In unserer in Nr. 52, 1908 erschienenen Besprechung der von dem Mitglied des Medicinalrats, Dr. L. Berthenson hergestellten russischen Uebersetzung des deutschen Gesetzes zum Schutz der Quellen hatten wir unser Bedauern darüber geäussert, dass es in Russland kein Gesetz gebe, durch welches die Erhaltung der Mineral- und Thermalquellen gesichert werde. Durch eine freundliche Mitteilung macht uns nun Dr. L. Berthenson auf einen Irrtum aufmerksam, indem er auf das im XIII. Bande des russischen Gesetzcodex enthaltene Gesetz zum Schutze der Quellen hinweist, das im wesentlichen dem deutschen Gesetze gleichkommt, welches sich von dem russischen nur durch detailliertere Ausführung und dadurch unterscheidet, dass es nicht nur die Interessen des Reiches und der Besitzer der Quellen wahrt, sondern auch die Interessen derjenigen Personen und Institutionen, welche infolge der durch das Quellenschutzgesetz gegebenen Einschränkungen materiellen Verlust und Schaden leiden können.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Der Privatdocent für Syphilidologie an der Militär-Medicinischen Akademie zu St. Petersburg, Dr. M. Tschistjakow — am 31. Dec. 1908 in Jalta. 2) Der Oberarzt der Garde-Flottenequipage, Dr. M. Benezé am 31. Dec. 1908 in St. Petersburg, geb. 1863, Arzt seit 1890. 3) Dr. C. Syliwanowicz am 2. Januar 1909 in Wilna. 4) Der Priv.-Doc. für Neurologie an der Militär-Medicinischen Akademie und Oberarzt der Abteilung für Nervenkranke am Marien-Hospital zu St. Petersburg Dr. J. Rybalkin am 10 Januar in St. Petersburg. Er war seit 1878 als practischer Arzt tätig, war sehr beliebt unter den Patienten und von den Collegen hoch geschätzt und geachtet. 5) Der Professor der Anatomie an der Universität zu Cagliari, Dr. Francesco Legge. 6) Der Professor der Anatomie an der Medicinischen Schule zu Limoges, Dr. J. Lemaistre. 7) Der Professor der Chirurgie am College of physicians and surgeons zu New-York, Dr. A. Mc Cosh. 8) Der Professor der Physiologie an der Medicin-Schule zu Dublin, Dr. C. Doppinger. 9) Der Professor der Medicin in Coimbra, Dr. E. Marques. 10) In Gondal (Indien) Dr. Douglas Argyll Robertson, der zuerst auf die diagnostische Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre bei der Tabes dorsalis hingewiesen hatte.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. Jan. 1909.

Tagesordnung: Dr. S. Unterberger: Die Vererbung bei der Schwindsucht.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Jan. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals**, Riga.
Dr. Franz Dörbeck, St. Petersburg.

№ 4 St. Petersburg, den 24. Januar (6. Febr.) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Magenkrebs und Magenresection.

Von
Priv. doc. Dr. med. J. Dsirne.
(Moskau).

Bevor ich über einen von mir im Sommer 1908 operierten Fall referiere, sei es mir gestattet in ganz kurzen Zügen einiges aus der Fülle der Magencarcinomliteratur und — praxis zu skizzieren.

Auf Grund der in der v. Mikuliczschen Klinik gemachten Erfahrungen kann angenommen werden, dass ein mit Magenkrebs Behafteter von dem Zeitpuncte an, wo die ersten unzweifelhaften Symptome wahrgenommen wurden, ohne operativen Eingriff im Durchschnitt ungefähr ein Jahr lebt; als maximum dürfte wohl kaum mehr wie 3 Jahre angenommen werden.

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass der Magenkrebs fast immer als primäre Affection aufzutreten pflegt, sehr selten aber secundär zur Erscheinung kommt, — wie beispielsweise nach Speiseröhrencarcinom.

Ueber die Ursache für die Entstehung des Magenkrebses sind wir vorläufig noch lange nicht im Klaren, für uns bleibt diese Frage leider noch immer offen.

Es gehört nicht in den Rahmen dieser kleinen Skizze all die vielen Theorieen über die Aetiologie des Krebses resp. des Magenkrebses an dieser Stelle detailliert zu besprechen, ich beschränke mich darauf das Allerwichtigste kurz in Erinnerung zu bringen:

Die Theorie vom irritativen Ursprung des Carcinoms fand bekanntlich in Virchow und einem Teile seiner Schüler eine Stütze; für diese Theorie wurden von ihm und seinen Gesinnungsgenossen vielfach Belege erbracht, welche in Folgendem gipfelten: verhältnismässig häufig sind in Organen, welche physiologisch periodischen Irritationen, Bewegungen etc. unterworfen sind (Eierstöcke, Gebärmutter, Brustdrüsen, Magen u. a. m.) krebsige Veränderungen zur Beobachtung gelangt; ferner kommen weiter Regionen in Betracht, welche vornehmlich und häufig mechanischen Reizen ausgesetzt sind, wie z. B. Lippe, Kehlkopf, Mageneingang und Magenpförtner, Speiseröhre, After, Gallenblase (bei Steinbildung), Muttermund u. s. w.

Auch bei langdauernden oder häufig sich wiederholenden chemischen Reizungen (Berufscarcinome: Paraffinkrebse, Scrotalkrebse bei Essenkehrern, carcin. Degeneration nach häufiger Röntgenstrahlenwirkung) kann es zu Carcinombildung kommen.

Schliesslich wäre noch auf die chronisch entzündlichen und geschwürigen zur Krebsbildung führenden Zustände hinzuweisen. Hier steht das Magengeschwür an erster Stelle, wenngleich diese Erkrankung als ätiologisches Moment für Krebsbildung vielfach überschätzt wird. Nach Dittrich kommen auf 160 Fälle von Magenkrebs nur 8 in Betracht, bei welchen der Zusammenhang mit Magengeschwür oder Narben nachweisbar war. Andere Autoren, wie Häberlin (8,7%), Sonnichsen (14%) und Reimers (22%) constatierten einen weit höheren Procensatz.

Nach Thiorsch sind es Veränderungen im Bindegewebe (senile Involution u. a.), welche zu Carcinomentwicklung führen sollen. Cohnheim macht bekanntlich verlagerte embryonale Keime verantwortlich. Im Anschluss an die Cohnheimsche Geschwulsttheorie versuchte man die Hypothese von der hereditären Disposition zu stützen, doch ist man bisher hier noch zu keinem absolut überzeugenden Resultat gelangt (Vierordt, Klebs, v. Esmarch, Haeberlin u. a.).

Auch die Ribbertsche Theorie, — nach welcher die Carcinome vor allem durch Abschnürung von Epithelzellen seitens gewucherten Bindegewebes, die sich „ausserhalb der organischen Zellverbände" befinden, — entstehen, gibt keinen genügenden Aufschluss über die Frage von der Aetiologie des Krebses.

Anschliessend an die Anschauungen Ribberts ging Boas noch weiter; er hält es nicht für absolut erforderlich, dass das Trauma den Magen selbst oder seine nächste Umgebung getroffen haben muss. Jede mit einer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

starken Körpererschütterung vergesellschaftete Gewalteinwirkung ist seiner Meinung nach imstande die von Ribbert angenommene Keimisolierung zu bewerkstelligen und Carcinombildung hervorzurufen.

In allerletzter Zeit hat F. Sanfelice die Resultate seiner ungemein interessanten Versuche veröffentlicht, welche vielleicht geeignet sein dürften, die Frage von der Aetiologie des Krebses ihrer Lösung näher zu bringen. Dieser Autor schreibt den löslichen Producten der Blastomyceten eine ausschlaggebende ätiologische Bedeutung für die Entstehung bösartiger Geschwülste zu.

Das einzige Resultat, welches die zahlreichen Versuche zur Ergründung des Entstehens von Krebs gezeitigt haben, besteht in Feststellung der allgemeinen Tatsache, dass in eine somatische Zelle irgend etwas eindringen muss und sich mit ihr verbindet, wodurch dieselbe in eine bösartige Zelle verwandelt wird. Dieses „irgend etwas" ist trotz eifrigster Bemühungen noch nicht in concreter Form gefunden worden, wenngleich Aichel angibt, diese Frage auf einfache Weise endgültig gelöst zu haben. Derselbe behauptet, dass durch Amphimixis einer fixen somatischen Zelle mit einer weissen Blutzelle sämtliche Eigenschaften einer malignen Zelle erworben werden. Diese ungemein bestrickende Eröffnung bedarf jedoch noch eingehender Nachprüfung, um als allgemein gültig anerkannt zu werden.

Die ungemein interessanten Versuche wurden an Hunden und Katzen gemacht. Es kamen Kartoffelculturen, welche mehrere Monate in verschlossenen Röhrchen aufbewahrt waren, zur Verwendung. Sanfelice gelang es bei allen Versuchen positive Resultate zu erzielen und eine grosse Zahl von Geschwülsten, — Carcinome, Adenocarcinome, Epithelialkrebse —, auf experimentellem Wege zu erhalten. Die Erfahrungen dieses Forschers gipfeln in folgender Zusammenfassung: „Die Zellen des Organismus reagieren zu der Wirkung löslicher Producte der Blastomyceten, indem sie sich unter Wandlung von Form und Function (Anaplasie) vermehren und locale Bildung eines neoplastischen Gewebes veranlassen. Ausgelöste Bestandteile des letzteren können auf dem Wege der Lymph- und Blutgefässgänge sich in beliebiger Entfernung auf den Organen niederlassen und hier neues Gewebe aufbauen, identisch von Structur mit dem Gebilde, von dem sie ausgingen. Dieses Factum bildet den Grundstein der Differentiation der malignen Tumoren von den Geschwülsten chronischer Entzündung. Somit müssen durch Sprosshefen hervorgerufene Veränderungen der Classe der echten Neoplasien zugeteilt werden." Wahrlich eine interessante, weite und verlockende Perspective, welche uns Sanfelice eröffnet!

An dieser Stelle möchte ich noch die unheimliche Tatsache erwähnen, dass nach Virchow 35% (!) sämtlicher Carcinome im Magen ihren Sitz haben. Nach Ansicht von Wyss und Haeberlin waren 1—2% sämtlicher Todesfälle auf Rechnung des Magencarcinoms zu setzen.

Seinen Ursprung nimmt der Magenkrebs von der Schleimhaut. Die breit aufsitzende in die Magenhöhle hineinwuchernde, adenomähnliche Form kommt verhältnismässig äusserst selten zur Beobachtung und zeigt keine Tendenz nach Durchwucherung der Submucosa sich weiter in die Magenwand hinein zu entwickeln. Dieser letztere Umstand bewirkt es, dass hierbei der Magen in seiner äusseren Gestalt so gut wie keine augenfällige Veränderung erleidet und der von der Neubildung eingenommene Abschnitt der Magenwand noch verhältnismässig lange leichte Verschieblichkeit zeigt. Auf Grund des soeben Gesagten muss die beschriebene Krebsform als eine relativ günstige betrachtet werden.

Im Gegensatz hierzu stehen diejenigen Formen, welche in beschleunigtem Wachstum rasch sämtliche Schichten der Magenwand durchdringen. Die hierbei auftretende Gewebsneubildung hat ihren Sitz zunächst ebenfalls in der Mucosa, erfasst jedoch sehr bald die Submucosa, in welch letzterer man nicht selten die Hauptmasse der Neubildung findet. Die weitere Verbreitung drückt sich dann in Form von krebsiger Infiltration in die Muscularis und Serosa aus.

Bezüglich der Histogenese des Schleimhautcarcinoms— als solches wäre ja der Magenkrebs anzusehen, — fasse ich mich kurz. Zu Untersuchungszwecken hat man als ganz besonders geeignet Magen- und Dickdarmkrebse benutzt (Hauser) und hierbei Folgendes feststellen können: zuerst erfährt das Kryptenepithel der Drüsen in typischer Weise eine Vermehrung; die Zellen gehen die mannigfachsten Veränderungen ein, cylindrische Zellformen verwandeln sich in kubische, polygonale, ja ganz unregelmässige Formen; das Protoplasma verdickt sich, es sondert sich grösstenteils kein Schleim mehr ab; weiter kommt es zur Vergrösserung der Kerne, welche chromatinreicher werden und sich in einer vom normalen Typus abweichenden Form miotisch teilen. Ferner entsteht mehrschichtiges Epithel, es bilden sich vielfache Sprossen, welche miteinander verschmelzen, schliesslich das Lumen der Drüsen ganz verschliessen und solide aus unregelmässigen Zellen bestehende Cylinder bilden. Schliesslich wuchern, — nach Durchbrechung der Membrana propria der Drüsen, — die Drüsenschläuche in die Muscularis mucosae und Submucosa hinein. Gleichzeitig mit dieser Epithelproliferation kann eine entzündliche Bindegewebswucherung in der Schleimhaut sich etablieren; dieselbe stellt durchaus keine unbedingte Begleiterscheinung dar, wenngleich es Autoren (Ribbert) gibt, welche diesen entzündlichen Vorgang im Bindegewebe für das Primäre halten.

Je nachdem Stroma und Parenchym in einer Krebsgeschwulst reichlicher oder spärlicher vorhanden sind zeigt dieselbe einen dem entsprechend specifischen Charakter. Je mehr sich Bindegewebe entwickelt, je parenchymärmer der Tumor ist, eine um so derbere Beschaffenheit zeigt er; — wir sprechen dann von einem Faserkrebs, Skirrhus (Carc. solidum Borrmanns, Carcinoma fibrosum Zieglers).

Es sei mir gestattet hier nur auf den Faserkrebs näher einzugehen, da der weiter unten von mir referierte Fall zu dieser Kategorie von Geschwülsten gehört.

Im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass jede Krebsart, mit Ausnahme des „diffusen polymorphzelligen" durch stärkere Beteiligung des Bindegewebes skirrhös werden kann.

Da der Faserkrebs einen sehr protrahierten Verlauf zeigt und jahrelang zu bestehen vermag, so hat man denselben seinerzeit für eine klinisch gutartige Geschwulstform gehalten; erst mit dem weiteren Fortschreiten der Krebsforschung gelangte man zu der Ueberzeugung, dass ein grosser Teil der Fälle, welche mit der Diagnose „Magenverhärtung" abgefertigt worden waren, sich in der Folge als skirrhöse Carcinome erwiesen.

Das Vorwiegen des Bindegewebes im Faserkrebs gestaltet sich dermassen deutlich, dass sich diese Geschwulstform schon grob anatomisch charakteristisch repräsentiert. Das schrumpfende Bindegewebe des oft deutlich sich über das Niveau erhebenden Tumors, welcher eine weissliche, trockne Schnittfläche zeigt, — bewirkt narbige Einziehungen an seiner Oberfläche, während eine regressive Metamorphose recht selten zur Wahrnehmung gelangt und eine Metastasenbildung erst sehr spät beobachtet wird.

Es gibt nun aber auch Faserkrebse des Magens, — zu diesen rechne ich meinen Fall, — welche weniger ausgesprochene Tumorenform aufweisen, als vielmehr gleichmässig wuchernd die Magenwand durchsetzen; wir

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gewinnen dann den Eindruck, als ob wir es mit einem chronischen, die Magenwände infiltrierenden, verhärtenden Entzündungsvorgang zu tun hätten. Der Zweifel wird gehoben, sobald es uns gelingt epitheliale, atypische Zellzüge im reichlichen bindegewebigen Stroma nachzuweisen. Einer Verwechslung mit Endotheliom beugt einmal der mikroskopische Nachweis vor, dass kein Uebergang der epithelialen Zellen in bindegewebige Stromazellen der Geschwulst wahrzunehmen ist und ferner, dass man zwischen den einzelnen Zellen eine Intercellularsubstanz nicht differencieren kann.

In seinem makroskopischen Verhalten neigt der Skirrhus mehr zu narbiger Schrumpfung und oberflächlicher Ulceration als das Endotheliom, welch' letzteres meist feste, knollige abgekapselte Tumoren bildet.

Hier möchte ich noch darauf hinweisen, dass der Faserkrebs, nachdem er die Oberfläche durchbrochen, sich in einen Medullarkrebs zu verwandeln vermag. Es gibt selbstredend zwischen diesen beiden Typen eine ganze Reihe von Uebergängen.

Die sich rasch in alle Schichten ausbreitenden Carcinome greifen, wenn sie am Pylorus sitzen, in der Regel selten auf den Zwölffingerdarm über; die Ausbreitung erfolgt vielmehr in der Richtung nach der Cardia hin. Die erwähnte Art der krebsigen Neubildung zeigt in der Schleimhaut eine recht gleichmässige Ausbreitung und gelangen weit vorgeschobene, alleinstehende Herde verhältnismässig selten zur Beobachtung. In der Submucosa dahingegen sind Krebsmassen in bedeutender Menge und zwar in ganz unregelmässiger Verbreitung zu finden: es werden Geschwulstpartikelchen durch Vermittelung der Gefässbahnen mehr oder weniger weit fortgeführt, was zur Bildung von, vom Ursprung oft weit entfernten, Knoten führen kann. Es braucht wohl nicht besonders betont zu werden, dass die Anwesenheit derartiger vorgeschobener Krebsherde für die Indication resp. Prognose einer Operation von allergrösster, ja ausschlaggebender Bedeutung sein müssen.

Hier will ich gleich bemerken, dass die Verbreitung des Carcinoms auf dem Wege der Blutbahn und seine metastatische Localisation in mehr oder weniger weit vom Ursprungsherde gelegenen Körperregionen jeglichen radicalen chirurgischen Eingriff illusorisch macht.

Verhältnismässig selten erfolgt die Weiterverbreitung des Krebses auf dem Wege der Blutbahn. Hier vermögen die Krebskeime nach Durchlaufen der ganzen „Lymphstrasse" zusammen mit der Lymphe in die Venen hineinzugeraten, oder aber es findet ein directes Durchwachsen der Gefässwände statt. Ueberaus häufig wurde das Einbrechen der Krebszellen in die Venen beobachtet (Goldmann). Schliesslich kommt es zu sog. capillaren Embolien oder, was als Ausnahme betrachtet werden muss, — die Carcinompartikelchen passieren gelegentlich ohne Schaden zu stiften den Capillarkreislauf.

Was den anderen weitaus häufigeren Weg der Weiterverbreitung von Carcinom, den der Lymphbahnen anlangt, so gelang es oft sehr weit vom Entstehungsort in den Lymphgefässen und Lymphdrüsen mikroskopisch Krebszellen nachzuweisen. Eingehende Untersuchungen haben festgestellt, dass die Weiterverbreitung des Krebses vornehmlich auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt und zwar sind es hauptsächlich die perivasculären Lymphräume der Venen, welche hierbei in Mitleidenschaft gezogen werden (Seelig). Die Krebseinwanderung in grössere Lymphgefässe ist gewöhnlich mit Thromhose vergesellschaftet.

Bezüglich der Frage über den Modus der Verbreitung des Krebses in den Lymphgefässen wäre kurz Folgendes zu bemerken: man hat es entweder mit einem continuierlichen Weiterwachsen zu tun, die krebsige Entartung etabliert sich ununterbrochen von der Magengeschwulst bis zur befallenen Drüse (Borrmann), — oder aber — und es ist das als ein verhältnismässig nicht häufiges Ereignis zu betrachten — Krebspartikelchen oder einzelne Zellen können, vom Mutterboden losgerissen, in den Lymphstrom geraten und weiter verschleppt in der Nähe des primären Herdes sich ansiedeln und entwickeln (Renner u. a.). Nicht unerwähnt will ich die Annahme lassen, dass eine gewisse der Krebszelle eigene amöboide Beweglichkeit zugegeben werden muss und dass folglich nach Auswanderung und Festliegen einer solchen beweglichen Zelle sich aus derselben irgendwo in der Umgebung des ursprünglichen Herdes ein neuer Krebstumor zu bilden imstande ist (locale Metastasenbildung).

Sobald das Carcinom die Magenwand durchwuchert hat, wird, wie bereits erwähnt, auch das Bauchfell in geringerer oder weiterer Ausdehnung in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Für die Prognose ist es von allergrösster Bedeutung in wie weit die Lymphdrüsen und — gefässe bei krebsiger Entartung beteiligt sind. Aus den eingehenden Untersuchungen von Mikulicz ersehen wir Folgendes: am allerfrühesten verfallen die längs und hinter der kleiner Curvatur gelegenen, sich bis zur Cardia und dem Zwergfell hinziehenden Drüsen der krebsigen Entartung, wohingegen an der grossen Curvatur meist nur die am Pförtner befindlichen Drüsen ergriffen werden. Weiter kommen die Drüsen am Lig. gastro-colicum in Betracht, welche krebsig verändert mit dem Mesocolon verwachsen können; Netz, Darm und Mesenterium werden in Mitleidenschaft gezogen. — Schliesslich wäre noch auf die hinter dem Pförtner an der Bauchspeicheldrüse gelegenen Drüsen hinzuweisen, deren Entfernung wegen Verwachsungen mit letzterem Organ, dem Gallengang und grossen Gefässen, mit den allergrössten Schwierigkeiten verbunden ist.

An dieser Stelle möchte ich auf folgende bemerkenswerte und wichtige Tatsache hinweisen: nicht selten zerfällt die Neubildung an der Innenfläche des Magens ganz, sodass eine glatte Geschwürsfläche entsteht. Wenn nun hierbei die Submucosa, Muscularis und Serosa nicht von deutlich wahrnehmbaren Krebsnestern durchsetzt erscheint, sondern nur durch Bindegewebshyperplasie verhärtet ist, so macht die ganze Affection den Eindruck einer gutartigen fibrösen Induration. Es kommen Fälle vor, in denen selbst eine eingehende mikroskopische Untersuchung nirgends mehr Krebsherde in der Magenwand nachzuweisen vermag, sodass lediglich aus etwa vorhandenen Metastasen zu ersehen ist, dass es sich um eine krebsige Infiltration handelt.

Für die primäre Localisation des Magenkrebses gibt es gewisse Prädilectionsstellen; nach König u. a. sitzt derselbe gewöhnlich an der kleinen Curvatur und geht von dort aus meistenteils auf den Pylorus über. Ich jedoch möchte mich auf Grund persönlicher Erfahrungen den Autoren anschliessen, welche als häufigsten Sitz des Magenkrebses den Pylorus rsp. die pars pylorica bezeichnen, in zweiter Linie aber erst die Curvatura minor in Betracht ziehen.

Meine eigene diesbezügliche Statistik umfasst im Ganzen 68 Fälle von primärem Magenkrebs: 40 Mal sass der Krebs am Pylorus und dem sich direct daran schliessenden Magenteil, in 19 Fällen war die kleine Curvatur befallen, in 6 Fällen die hintere obere Magenwand, 2 Mal die grosse Curvatur und 1 Mal die pars cardiaca krebsig afficiert.

Nach ihrer Ausbreitung und ihren klinischen Symptomen unterscheiden wir Krebsgeschwülste an der Cardia, am Pylorus und solche, welche die zwischen diesen beiden Magenteilen befindliche Region befallen. Im Rahmen meiner Arbeit bleibend möchte ich hier ausschliesslich die letzteren berücksichtigen.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich schicke voraus, dass bei Anwesenheit von Krebs im Magen eine palpable Geschwulst fehlen kann; ich weise vor allem auf die flachen Krebse (Skirrhus) hin, welche, besonders wenn sie an der Hinterwand des Magens sitzen, mit unseren gebräuchlichen diagnostischen Hilfsmitteln in den seltensten Fällen wahrgenommen werden können. Auf Grund des riesigen Materiales der Mikuliczschen Klinik (allein 163 Fälle von Magenresection) erweist sich, dass Nichtfühlbarkeit einer krebsigen Magengeschwulst weder für ein frühes Stadium derselben spricht, noch die Möglichkeit einer radicalen Operation beweist: in 41 Fällen, in denen keine Geschwulst nachzuweisen war, konnte nur 10 Mal radical operiert werden!

Aus dem eben Gesagten müssen wir den practisch ungemein wichtigen Schluss ziehen, dass zur Stellung der Diagnose auf Magenkrebs nicht erst auf das Auftreten einer palpablen Geschwulst gewartet werden darf; hieraus muss man jedoch nicht folgern, jeder palpable Magenkrebs sei nicht mehr radical operabel.

Ohne mich auf die Besprechung der bekannten klinischen Untersuchungsmethoden einzulassen, möchte ich an dieser Stelle auf die leider noch bislang bestehende grosse Unsicherheit bezüglich der Frühdiagnose des Magenkrebses hinweisen. Ein beginnendes Carcinoma ventriculi lässt sich wohl in manchen Fällen vermuten, häufig jedoch macht dasselbe überhaupt erst characteristische Symptome, wenn es bereits weit in seiner Entwicklung vorgeschritten ist; — eine Radicaloperation erscheint dann sehr oft nicht mehr anwendbar.

Man hat darnach gestrebt, — und tut es heute noch — irgend welche Anhaltspuncte zu finden um die Anwesenheit von Magenkrebs rechtzeitig, d. h. früh festzustellen; — keiner der gemachten Vorschläge hat sich bislang als absolut brauchbar erwiesen. In allerletzter Zeit glaubte Przewalski ein Frühsymptom gefunden zu haben. Derselbe gibt an, dass im frühesten Stadium des Magenkrebses eine Verengerung der mittleren, an der rechten Thoraxseite gelegenen Intercostalräume bestehe. Diese Erscheinung betrachtet P. als eine vom rechten Vagus ausgehende „Reflexcontractur". Nach Ansicht erwähnten Autors sind dagegen in weit vorgeschrittenen Fällen von Magenkrebs die Zwischenrippenräume auf beiden Thoraxseiten verstrichen.

In Anbetracht solcher Unsicherheit einer Frühdiagnose kann nicht dringend genug zur Probelaparotomie geraten werden. Dieselbe lässt nur in den allerseltensten Fällen im Stich und gibt die Möglichkeit, sofort, wenn nötig, einen radicalen Eingriff anzuschliessen. Würde von der Probelaparotomie häufiger als bisher Gebrauch gemacht, so böten die Berichte über Magenkrebsoperationen ein ganz anderes Bild. Dieser diagnostische Eingriff ist nicht nur im Frühstadium des Magenkrebses anzuraten, sondern vermag auch noch bei schon deutlich fühlbarem Tumor insofern von Nutzen zu sein, als die Möglichkeit geboten wird festzustellen, ob Palliativ- oder Radicalbehandlung Anwendung zu finden hat.

Die erwähnte Unsicherheit bei Stellung einer Frühdiagnose auf Magenkrebs hat u. a. die Giessener Klinik veranlasst sich principiell auf den Standpunct zu stellen bei älteren Personen, welche chronisch magenleidend sind und infolge von stetiger Abmagerung und hartnäckiger Obstipation auf Magenkrebs verdächtig erscheinen, die Probelaparotomie auszuführen. Auch die Breslauer (früher Mikuliczsche) Klinik ist nach diesem Grundsatz verfahren und eine ganze Reihe namhafter Chirurgen aller Länder, wie Kelling u. a., hat sich nunmehr dazu bekannt.

Die weiter vom Pylorus im Mittelteil des Magens, gewöhnlich in der Gegend der kleinen Curvatur, gelegenen Krebse sind mit gewissen klinischen Besonderheiten ausgestattet und unterscheiden sich auffallend vom Carcinoma pylori und cardiae. Bard, Hayem, Delore und Leriche muss das Verdienst zugeschrieben werden hierauf aufmerksam gemacht zu haben. Die beiden letzteren konnten unter 30 an Magenkrebs leidenden — 19 mit Krebs des „präpylorischen Teiles behaftete finden. Der Verlauf dieser Krebsform gestaltet sich mit einer gewissen Regelmässigkeit folgendermassen: lange Zeit bestehen als einziges Symptom Magenbeschwerden — es wird Dyspepsie beobachtet, wobei sogar Hyperacidität bestehen kann. Der Allgemeinzustand zeigt das Bild mehr und mehr zunehmender Schwäche combiniert mit fortschreitender Anämie. Erst wenn es nach längerer Beobachtung gelingt eine tastbare Geschwulst herauszufinden, können wir von einem für Magenkrebs sprechenden Symptomcomplex reden. Entwickelt sich plötzlich noch, was selten der Fall ist, eine secundäre Stenose vergesellschaftet mit anfänglich morgentlichem Erbrechen wässriger Massen, so kann kein Zweifel mehr über den Charakter der Erkrankung bestehen; dann jedoch ist es gewöhnlich schon zu spät für einen radicalen Eingriff, wenngleich nach Kelling sogar Drüsen an der kleinen oder grossen Curvatur keine Gegenanzeige für eine Resection bilden, dahingegen wohl Krebsknötchen im grossen Netz.

In vielen Fällen kommt es bei den flachen infiltrierenden, skirrhösen Krebsen des mittleren Magenabschnittes, wie schon erwähnt, gar nicht einmal zur Bildung eines palpierbaren Tumors; der Process entwickelt sich flächenhaft, macht keine Beschwerden, welche sich auf Stenose und Retention zurückführen lassen und führt, oft nicht als krebsige Erkrankung des Magens diagnosticiert, zum Tode, wie u. a. der von E. v. Rindfleisch mitgeteilte Fall zeigt. Es handelte sich um einen 25-jährigen Mann, dessen Krankheit unter dem Bilde von dyspeptischen Magenstörungen und schwerer perniciöser Anämie verlief. Die Diagnose Skirrhus ventriculi diffusus konnte erst durch Section gestellt werden. Der von mir frühzeitig und mit Erfolg operierte, weiter unten mitgeteilte Fall ist dem von Rindfleisch beobachteten ganz analog. — Derartige Fälle gehören zu den seltenen Vorkommnissen, so hat z. B. Kocher nur 2 Magenkrebse operiert, welche entfernt vom Pylorus am mittleren Magenteil sassen.

Nun noch einige Worte über die Magenresection (Gastrectomia partialis). Diese Operation kommt als radicaler Eingriff als unregelmässige oder circuläre Resection dann in Betracht, wenn die krebsige Erkrankung die kleine Curvatur, die hintere Wand und andere vom Pförtner entfernte Magenabschnitte betrifft, hierbei dürfen im äussersten Falle nur die nächstliegendsten, regionären Drüsen erkrankt sein und müssen dieselben zudem derartig gelegen sein, dass sie mit Wahrscheinlichkeit alle entfernt werden können.

Was die Gefahr der Resection bei Carcinom betrifft, so beträgt nach Mayo Robson die Sterblichkeit an der Operation etwa 14—16%, nach Kausch 27%, nach Goldschwend (Material des Städt. Krankenhauses zu Linz) 35,5%.

Die Frage, wie lange die Operierten recidivfrei waren, wird statistisch ganz verschieden beantwortet; so gibt Goldschwend 11,4% 4—8 J. als recidivfrei an, aus Mikulicz' Klinik berichtet man von 30%, Leriche gibt 20% an. — Kelling schreibt einen grossen Teil der Neuerkrankungen nach Magenresection dem Umstande zu, dass die Patienten rohe Eier resp. rohes Hackfleisch zu essen bekamen. Nach Ansicht K.s spielen diese Producte in ungekochtem Zustande in der Frage von der Krebsätiologie eine grosse Rolle.

Bezüglich der Operationstechnik bemerke ich, dass ich bei der Operation den erkrankten Magenteil zwecks festen Abschlusses der restierenden Partien vermittelst Darmklemmen abgrenze und dann abtrage. Nach Ko-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cher ligiere ich die Gefässe der Magenschnittwand nicht, sondern verschliesse dieselben durch Naht. Ich wende wenn die Klemmen lange gelegen haben und das Material reicht, in letzter Zeit eine 3-reihige Naht (Seide) an: die erste Nahtreihe vereinigt die Schleimhaut, die zweite, Muskel- und Serosaschicht; dann entferne ich die Klammern und lege noch eine Sero-seröse Naht an, welche die Magenwände jenseits der Druckfurche fasst und vereinigt. Ich tue das, um ev. schädlichen Folgen langdauernden Klemmendruckes vorzubeugen — die Naht dient sozusagen als Sicherheitsvorrichtung. — Ich muss bemerken, dass die Gefahren, welche die Anwendung der Darmklemmen mit sich bringen sollen von mancher Seite sehr übertrieben werden; man fürchtet Gangrän, Nachblutungen nach Abnahme der Klammern. Auf Grund von Erfahrungen vielbeschäftigter Chirurgen (Kocher u. a.) und fussend auf meinem eigenen recht grossen Materiale muss ich sagen, dass auch ohne die von mir in letzter Zeit hin und wieder angewendete „Sicherheitsnaht" jenseits der Druckfurche keine üblen auf Klammerdruck zurückzuführenden Zufälle zu verzeichnen waren. Mir ist aus meiner Praxis nur ein Fall erinnerlich, wo nach Resection von $^3/_4$ des Magens am 5. Tage p. op. die Naht insufficient wurde, weil die bei ihrem Manne dejourierende Ehefrau demselben auf ein Mal fast einen ganzen Liter Milch verabreichte.

In Folgendem gebe ich die kurze Krankengeschichte eines von mir im August 1908 operierten Falles.

P. G. 44 J. alt fühlt sich seit 11 Monaten krank. Hauptsächlich klagt er über Schmerzen, Gefühl von Schwere und Völle im Epigastrium; es besteht chronische Obstipation, häufige Uebelkeit, Widerwillen gegen Fleischnahrung. Der Appetit ist recht gut, Pat. isst ziemlich viel und oft, nichtsdestoweniger magert er stetig ab und wird mit jedem Tage schwächer. Die erwähnten Schmerzen stellen sich gewöhnlich zur Zeit der Nahrungsaufnahme ein, nach Beendigung der Mahlzeit hören dieselben auf. Leichte Schmerzen im Epigastrium kommen hin und wieder unabhängig von Nahrungsaufnahme vor.

Der äusserst herabgekommene, anämische, abgemagerte Patient hat einen hochgradig eingezogenen Leib. Bei sorgfältiger Palpation fühlt man im Epigastrium einen halben Querfinger breit nach rechts von der Mittellinie eine schmerzhafte Resistenz von unbestimmten Grenzen, welche bei tiefem Atemholen nur wenig herabsteigt. Nach Aufblähung des Magens mit Kohlensäure lässt sich erwähnte Resistenz nur sehr undeutlich wahrnehmen. Der Magensaft zeigt deutlich ausgeprägte alkalische Reaction, freie Salzsäure ist nicht vorhanden, Milchsäure dagegen reichlich. Peptone nachweisbar. Mikroskopisch constatiert man Hefepilze. Körpertemperatur normal (36,6).

Da ein flaches Carcinom in der Gegend der kleinen Curvatur angenommen wird, so beschloss ich Probelaparotomie, um nach Sicherung der Diagnose und bei ev. Operationsmöglichkeit eine Magenresection anzuschliessen.

23./VIII. 1908. Operation unter Chloroform-Sauerstoff-Narcose. Schnitt durch den rechten m. rectus parallel der Mittellinie. Magen kleiner als normal, im präpylorischen Teil an der kleinen Curvatur und hinten stellweise durch Schrumpfung eingezogen, hier eine sehr flache die obere hintere Magenwand (3 cm. entfernt vom Pylorus) stark infiltrierende, stellweise leicht eingezogene, kleinhöckrige Induration, deren Grenzen ohne deutliche Conturen in die gesunde Magenwand übergehen. Diese Induration beginnt hinten an der kleinen Curvatur, hat eine Breite von ca. 1—4 cm., nimmt etwa $^1/_3$ der hinteren Magenwand ein, schlägt dann auf die Vorderwand um und ist ca. 8 cm. lang. Im kleinen Netz dicht an der Curvatur 2 kleine Drüsen, grosses Netz frei. Nach Ablösung beider Netze im Bereiche der zu entfernenden Magenpartie und Auslösung der erwähnten beiden Drüsen, wird zwischen zwei elastischen Darmklemmen ein circuläres, die Induration enthaltendes Stück der Magenwand im Gesunden entfernt. Seidennaht der Schleimhaut, desgleichen sero-musculäre Naht. Die abgelösten Netzpartien werden oben und unten wieder an den Magen mit je 3 feinen Katgutnähten befestigt. Bauchwunde mit 3-etag. Naht geschlossen (die beiden inneren Nähte Catgut, die Hautnaht Seide). Collodium-Heftpflasterverband.

26./VIII.—28./VIII. Heftige Durchfälle, welche nach Tannigen sistieren.

29./VIII.—8./IX. Völliges Wohlbefinden. Chemische Untersuchung ergibt alkalische Reaction, motorische Function des Magens und Darmes völlig normal. Appetit gut.

9./IX. 5 Pfund Körpergewichtszunahme, mit prima intentio entlassen.

Die makroskopische Besichtigung des herausgeschnittenen Stückes zeigte auch auf der Schleimhautseite keine ausgesprochenen Ulcerationen, sondern kleinhöckrige, feste Beschaffenheit.

Mikroskopisch ergab sich das typische Bild eines Skirrhus: in einem sehr reichlichen bindegewebigen, kernarmen, dickfasrigen Stroma sehr spärliche kleinzellige epitheliale Züge und Haufen, hin und wieder vereinzelte solide Zapfen epithelialer polymorpher Rundzellen. An einzelnen Stellen Spuren glatter Magenmuskulatur.

Zum Schluss möchte ich noch zwei Puncte aus obiger Krankengeschichte kurz berühren — die postoperative Diarrhoe und die alkalische Reaction des Mageninhaltes nach geglückter Resection.

Unter den mannigfachen Gefahren, welche nach Magenoperationen das Leben der Kranken bedrohen, sind die postoperativen Durchfälle leider nur wenig beachtet worden. Es liegt auf der Hand, dass nach operativen Eingriffen am Magen durch Sepsis, vor der Operation bestehenden Darmkatarrh, Dickdarmgangrän, Diätfehler, eine Prädisposition für die Entwicklung einer acuten Diarrhoe, welche den schon ohnedies geschwächten Kranken aufs Aeusserste herunterbringen, ja ins Grab bringen kann, — gegeben ist. Das sind ätiologisch klare Fälle, welche weiter keiner Erklärung bedürfen. Bei meinem Kranken konnte keine der angedeuteten Momente ursächlich in Betracht kommen: die ganze postoperative Periode verlief ohne Temperatursteigerung, vorherige, katarrhalische Erkrankung des Darmes war völlig auszuschliessen, ein Diätfehler war nicht begangen worden. Aus der Breslauer Klinik ist neuerdings eine ganze Reihe von Beobachtungen bekannt gegeben worden, wo solche Diarrhoen nach Magenoperationen eintraten und deren Entstehungsart nicht eruiert zu werden vermochte: in 11 Fällen von Magenoperation wegen Carcinom endeten 5 tödlich lediglich infolge rätselhaften Darmkatarrhs.

Es ist eine vielfach beobachtete Tatsache, dass nach geglückter Magenoperation sich die motorische Function des Magens gewöhnlich völlig wiederherstellt, während die chemische Untersuchung des nach Probemahlzeit gewonnenen Magensaftes stets Fehlen von Salzsäure, oft von Milchsäure ergab. Appetit, Ernährung, Stuhl dagegen pflegten gut zu sein. In der Giessener chirurgischen Klinik fand man unter 26 Fällen von Magenresection 25 Mal die motorische Function des Magens wiederhergestellt, während Salz- und Milchsäure fehlten. Sämtliche Operierte nährten sich normal und zeigten bedeutende Gewichtszunahme. Dasselbe berichtet auch Leriche. Mein Fall zeigt gleichfalls ein derartiges Verhalten.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ueber den postdiphtheritischen Herztod*).

Von

D. E. Michlin, in Riga.

Die von Behring inaugurierte Serumtherapie der Diphtheritis hat im Laufe des verflossenen Decenniums ihren siegreichen Weg durch die Praxis glänzend fortgesetzt, und nach den Erfahrungen der letzten Jahre ist es Pflicht eines jeden Arztes, auch des grössten Skeptikers, bei jeder echten, durch den Löfflerschen Bacillus verursachten Diphtherie das Heilserum in Anwendung zu bringen. Hat doch, nach Baginsky[1]), Behrings grosse und segensreiche Entdeckung der Blutserumtherapie in einer weit alle Erwartungen und Hoffnungen überragenden Weise die Prognose der Diphtherie von Grund aus umgestaltet und dieser früher so bösartigen und so tückischen Krankheit die Spitze gebrochen. Nach den übereinstimmenden Berichten fast aller hervorragenden Kliniker, ich nenne nur Heubner, Baginsky, Dieudonné, Ganghofer, Rauchfuss, ist die Mortalität der Diphtherie, die in der Vorserum-Zeit im Mittel um 40% schwankte, in den letzten Jahren dank dem Heilserum in den Krankenhäusern auf ca. 12% gesunken, ja in manchen Epidemien und in der Privatpraxis ist sie, nach Baginsky[2]), sogar auf 0% bis höchstens 2,7% heruntergegangen, wenn nur die Kinder frühzeitig genug gespritzt werden. Nach Jucker[3]) (Graz) hat die Gesamtletalität im letzten Decennium ziemlich gleichmässig abgenommen. Hierfür entscheidend war die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie, während eine Aenderung des Krankheitscharakters nicht nachzuweisen war. Nach Dr. Rabnow[4]) betrug die Diphtherie-Mortalität in dem Gross-Lichterfelder-Krankenhause, woselbst, wie er sich ausdrückt, Schweninger seine naturheilkünstlerischen Ideale verwirklichte, während des zweiten Halbjahrs 1900 nicht weniger als 59,2%, in den Berliner Krankenhäusern dagegen gleichzeitig 12—17%. Ein schlagendes Experiment zu Gunsten der Heilserumtherapie!

Und nicht nur die allgemeine Diphtherie-Sterblichkeit wird durch das Heilserum stark vermindert, sondern es wird auch die Häufigkeit der Complicationen, in erster Linie der so bedrohlichen Larynxaffectionen, ebenfalls erheblich reduciert, wenn das Serum alsbald nach dem Auftreten der Affection angewandt wird. Etwas anders verhält es sich scheinbar mit der postdiphtheritischen Herzlähmung oder mit dem sogen. postdiphtheritischen Herztode. Während nämlich die Herzlähmung nach der Diphtherie in der Vorserum-Zeit offenbar sehr selten beobachtet worden ist —, wir finden z. B. bei Biedert, Gundobin, Dieulafoi u. A., nichts oder fast nichts über diesen Punct, gelangt sie jetzt in der Zeit der Serumtherapie, nach den Erhebungen von Prof. Eppinger[5]) aus dem pathologo-anatomischen Institut in Graz, sogar auffallend häufig zur Beobachtung. Diese Tatsache beansprucht das grösste Interesse des practischen Arztes und rechtfertigt, meiner Ansicht nach, einen jeden weiteren Beitrag zu dieser Frage.

Was zunächst die pathologische Anatomie der Herzaffectionen im Verlaufe der Diphtherie betrifft, so gehen noch die Meinungen der Forscher sehr auseinander. Im allgemeinen lassen sich nach Eppinger[6]) folgende 4 Hauptgruppen von Veränderungen als Ursache der postdiphtheritischen Herzlähmung aufstellen: 1) parenchymatöse, aber auch fettige, hyaline, wachsige, vacuoläre Degeneration des Herzens (Ribbert). 2) Endocarditis, Herzthrombose und entzündliche Veränderung einzelner Teile des Herzfleisches (Myocarditis diphtheritica-Leyden). 3) Andere Autoren wieder (z. B. Veronese) glauben, dass Veränderungen der nervösen Elemente des Herzens der Grund der Lähmung desselben seien, gewissermassen analog den bekannten Veränderungen der peripheren Nerven bei der Polyneuritis diphtheritica. 4) Prof. Eppinger endlich, der an 18 Fällen von postdiphtheritischer Herzlähmung ausgiebige pathologo-anatomische Untersuchungen anstellte, ist der Ansicht, dass es sich um Auflösung der Herzmuskelfasern handelt infolge eines toxischen Oedems des Herzens, das durch das Diphtheriegift herbeigeführt wird. Der Eintritt der Veränderungen des Herzens in verschiedener Form und verschiedener Zeit nach der Infection hängt von der Schnelligkeit der Entfaltung der Toxinwirkung ab. Die Steigerung der Veränderungen bis zu der Höhe, dass Herzparalyse eintreten muss, ist den Verschiedenheiten der Toxinmenge und Toxinintensität unterworfen.

Am Krankenbette sind die Fälle nach 2 Richtungen zu unterscheiden und zwar die Herzaffectionen 1) auf der Höhe der Diphtherie und 2) in dem postdiphtheritischen Stadium. Zur ersten Gruppe gehören jene Fälle, bei welchen der tödliche Collaps unter den schwersten Krankheitserscheinungen auftritt, das sind also Fälle von Diphtheritis gravis oder gravissima (nicht aber maligna!) nach Heubner. Nach meist plötzlichem Beginn der Erkrankung, bisweilen unter Erbrechen, liegen die Kinder schwer darnieder: der Puls ist klein und frequent, bisweilen aussetzend, das Gesicht ist erdfahl und totenbleich; plötzlich wird dann das Kind von einer Schwierigkeit der Respiration ergriffen, bald steigert sich die Beschwerde zu einer wahren Angst, und der Anfall endet nicht selten tödlich. Ueberwindet das Kind den toxämischen Herzcollaps, so kehrt das Herz gewöhnlich ziemlich schnell zur Norm zurück. White[1]) hat im Jahre 1904 das Schicksal von 78 Patienten weiter verfolgt, die das Bostoner City-Hospital nach Bestehen einer Diphtherie mit Herzaffectionen verliessen. Die Mehrzahl der Kinder zeigte ein systolisches Geräusch, verstärkten 2. Pulmonalton, eine besonders nach links verbreitete Herzdämpfung, beschleunigten oft auch irregulären Puls. Die Erscheinungen verloren sich recht schnell, nur in 17% der Fälle dauerten sie länger als 6 Monate, aber auch bei dieser längeren Dauer ist nach White die Prognose recht günstig. Auch Dielten[2]), der unter 47 Fällen von Diphtherie in 20 myocarditische Erscheinungen verschiedenen Grades feststellen konnte, darunter 15 Mal auch orthodiagraphisch, fand, dass selbst die schwersten Grade rückbildungsfähig sind.

Weniger günstig gestaltet sich der Verlauf der Fälle der zweiten Gruppe, d. i. der Fälle von Herzaffectionen im postdiphtheritischen Stadium. Hier tritt der Herztod gewöhnlich ganz unerwartet erst nach vollendeter Heilung der Local-Affection, ja zuweilen sogar nach eingetretener vollständiger Reconvalescenz ein. Der Verlauf der Fälle, die mit der späten Herzlähmung, mit dem postdiphtheritischen Herztod abschliessen, ist gewöhnlich folgender: Das Kind erkrankt an erwiesener Diphtherie mehr oder weniger intensiv; diese läuft insofern ab, als die localen diphtheritischen Veränderungen ganz und gar zurückgehen und auch vollkommen schwinden, so dass die Kinder in das Stadium der Reconvalescenz treten und von nun ab keine weiteren Organverände-

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der freien ärztlichen Vereinigung in Riga.

[1]) Baginsky, Lehrbuch d. Kinderkrankh., 1899.

[2]) Baginsky, l. c.

[3]) Deutsche Med. Woch. Liter. B. N. 47, 1905.

[4]) Dr. Rabnow, Berliner Aerzte-Correspondenz, 1902.

[5]) Deutsche Medicinische Wochenschr., 1903.

[6]) l. c., Seite 257.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. Literatur-Beilage Nr. 45, 1905.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. Literatur-Beilage Nr. 47, 1905.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rungen verraten. 6—16 Tage, aber auch in der 3—4, ja selbst in der 6—8 Woche nach Beginn der Erkrankung und nach entsprechend soviel Tagen oder sogar Wochen nach Schwinden der localen diphtheritischen Veränderungen und vom Stadium der Reconvalescenz an gerechnet, treten ganz plötzlich oder in manchen Fällen, nachdem schon früher Unruhe oder Apathie oder auch Abnormitäten der Herzaction beobachtet wurden, bedrohliche Herzerscheinungen auf, die ganz unerwartet und zuweilen fast blitzartig unter Erbrechen zum tödlichen Collaps durch Herzlähmung führen. Oder der Tod tritt weniger stürmisch ein im Zustande völliger Adynamie, unter dem Bilde eines Besiegtwerdens ohne Kampf, wie sich Heubner sehr bezeichnend ausdrückt.

Ein 4-jähriges anämisches Kind meiner Beobachtung, das an einer mittelschweren Rachendiphtheritis erkrankt und einen sog. Normalfall darstellt: Temperatur nicht übermässig hoch, die Beläge nicht sehr ausgedehnt, Submaxillardrüsen mässig vergrössert, Herzaction regelmässig, subjectives Befinden gut, zeigt nach einer Heilseruminjection schnelles Verschwinden aller objectiven Zeichen der Rachenaffection, normale Temperaturen sowie überhaupt keine Organveränderungen. erholt sich aber nicht recht, hat wenig Appetit, bleibt apathisch und blass. Am 12. Krankheitstage tritt ohne erkennbare Ursache unter mehrmaligem Erbrechen und Collapsanfällen der Exitus ein.

Einen Fall von blitzartigem postdiphtheritischem Herztode beschreibt Bendix[1]).

Ein 8-jähriges Kind, das die Diphtheritis bereits gut überstanden hatte, erscheint wieder frisch und gesund, ist vollkommen kräftig und munter. Als es am 56. Krankheitstage von seinen Eltern aus der Charité abgeholt werden sollte, brach das Kind in der Freude des Wiedersehens vor den Füssen der Eltern tot zusammen. Die Section ergibt postdiphtheritische Herzlähmung.

Die genaue Kenntnis der Herzveränderung nach der Diphtherie ist von grosser Wichtigkeit, sowohl für die Prognose, als auch für die Therapie des einzelnen Falles, da die Herzerscheinungen leicht übersehen und der allgemeinen Schwäche zugeschrieben werden. Was die Therapie anbetrifft, so weist schon Mosler mit Recht darauf hin, dass die Behandlung der Diphtherie wegen bestehender Gefahr der Herzlähmung von vornherein eine excitierende sein muss. Hinzuzufügen ist noch, dass Medicamente, welche auf die Herztätigkeit abschwächend wirken, bei der Diphtherie vermieden werden müssen, dass also die Behandlung mit grossen Dosen Salicylsäure oder Aspirin, ebenso die Anwendung von Brechmitteln oder des Pilocarpins gefährlich sind. Die späteren Formen der Herzaffectionen erheischen die grösste Vorsicht während der Reconvalescenz-Periode. Das Herz erfordert vor allen Dingen Ruhe und Schonung; mit der grössten Sorgfalt sind alle Aufregungen physischer wie auch diätetischer Natur zu vermeiden, der Patient darf nicht zu früh aufstehen, darf nicht zu viel gehen und darf sich auch nicht plötzlich aufrichten; die Diät muss schon frühzeitig eine roborierende und stimulierende sein. Bei nicht gestörter Verdauung empfiehlt es sich, am besten eine kräftige gemischte Kost, Milch, Eier, Brot, Butter, Gemüse, leichtes Fleisch zu verordnen. Bei dem diphtheritischen Herzcollaps und namentlich auch bei unter grosser Schwäche und Anorexie hinsiechenden Kindern kommen neben stimulierenden Getränken und der T-rae Valerian. aeth., hauptsächlich Campher oder Aether sulfur. oder beides zusammen (Ol. camph. 8,0, Aeth. sulfur. 2,0) in grossen Dosen in Betracht; auch empfiehlt es sich, schon frühzeitig kleine Gaben von Strychnin zu verabreichen. Bei Dilatation des linken Ventrikels ist die Digitalis in kleinen Dosen indiciert.

Was nun zum Schluss die allerdings berechtigte Frage anbetrifft, ob nicht am Ende die späte Herzlähmung auf das jetzt soviel angewandte Diphtherie-Heilserum zurückzuführen ist, so muss diese Frage durchaus verneint werden. So hat Eppinger [1]) unter den 18 oben citierten Fällen einen beobachtet, der „einen echtesten postdiphtheritischen Herztod am 13 Tage nach der Erkrankung betrifft und in welchem ganz bestimmt eine Serumbehandlung nicht stattgefunden hat". In diesem Falle konnte er in einer über alle Zweifel erhabenen Weise genau dieselben Herzveränderungen nachweisen, wie in den anderen 17 gespritzten Fällen. Weiter finden wir in dem Strümpellschen Lehrbuche [2]) von 1894, also noch aus der Vorserum-Zeit stammend, folgende wenige, aber sehr bedeutsame Zeilen: „Besonders wichtig ist der Umstand, dass auch in leichten Fällen von Diphtheritis zuweilen eine recht starke Herzschwäche auftritt; ja sogar nach eingetretener Genesung wurden mehrmals Fälle beobachtet, wo der Tod ganz plötzlich eintrat, und welche nur als Herzlähmung gedeutet werden konnten".

Ein Fall von postdiphtheritischem Herztod, den Leyden [3]) schon im Jahre 1882 beschrieben hat, sei hier noch ganz kurz angeführt:

Ein 30-jähriger Mann war an der Diphtherie erkrankt und von dieser genesen; es blieb nur noch ein Schwächezustand zurück; von seiten des Herzens aber keine Symptome. Nach wenigen Tagen starb der Patient plötzlich, und die Autopsie ergab eine Dilatation des linken Ventrikels und Myocarditis diphtheritica.

Ein Analogon dessen, dass die Fälle von postdiphtheritischer Herzlähmung jetzt öfter, als früher zur Beobachtung gelangen, sehen wir in den postdiphtheritischen Lähmungen, die bei der Anwendung des Heilserums nach Meyer [4])-Bern von 3,4% auf 5,9%, nach Tatarow [5]) auf 12,2% und nach René Petit [6]) sogar auf 15,6% gestiegen sind. Meyer sucht mit Recht die Ursache der vergrösserten Zahl der Lähmungen darin, dass eben mehr Diphtherie-Kranke gesund werden.

Resumé. Die Diphtheritis-Reconvalescenten müssen sehr lange Zeit nach überstandener Krankheit jegliche Anstrengung des Herzens vermeiden. Die medicamentöse Therapie bei der Diphtheritis darf das Herz nicht schwächen, die Diät muss roborierend und stimulierend sein. Der postdiphtheritische Herztod wird jetzt häufiger, als in der Vorserum-Zeit beobachtet, weil mehr schwere Fälle am Leben bleiben.

Sibirische Bäder.

Sammelreferat aus der Sibirskaja Wratschebnaja Gaseta 1908.

Unter den Bodenreichtümern Sibiriens nehmen die Heilquellen eine hervorragende Stellung ein, aber wie viele andere, liegen auch diese Schätze brach. In allerletzter Zeit beginnt jedoch auch auf diesem Gebiet das Leben zu pulsieren und endlich wird zu einer geregelten Exploitation der Anlauf genommen. Für Transbaikalien führt Bagaschew [*]) ca. 250 von Alters her bekannter Quellen an, welche zu Heilzwecken benutzt werden, es sind aber ihrer viel mehr vorhanden, denn es gibt kaum einen Kreis und Bezirk, welcher nicht eine oder einige Mineralquellen besitzt und von vielen mag ihre Existenz noch unbekannt sein (Tschunichin). Die meisten dieser Quellen zeichnen sich durch niedrige Temperatur aus und Quellen von 1—2° C. sind keine Seltenheit, während umgekehrt selten eine Temperatur über 3—4° anzutreffen ist. Dadurch erklärt sich auch der auffallende CO_2 Reichtum vieler Wässer, welche selbst den Narsan darin übertreffen, z. B. Darassun 2.979 CO^2 gegen Narsan 2.868 CO^2. Eine weitere Eigentümlichkeit der

[1]) Bendix, Lehrb. d. Kinderkrankheiten. 1903. S. 495.

[1]) L. c. Seite 288.
[2]) Strümpell, Lehrbuch, (russisch) 1894, S. 108.
[3]) Citiert n. d. «Pract. Arzt», 1882, Nr. 3, Seite 81.
[4]) Citiert n. d. Wratsch, 1898, Nr. 4.
[5]) Wratsch, 1897, Nr. 24.
[6]) Citiert n. d. Wratsch, 1897, Nr. 41.
[*]) J. Bagaschew. Mineralquellen des Transbaikal-Gebietes. Moskau 1905 (russ.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

transbaikalischen Quellen ist ihr bedeutender Mangangehalt, z. B. Darassun 0.027 MnO gegen 0.008 MnO in Marienbad, und hohe Zahlen für Eisen — Darassun 10 pCt. FeO gegen 3.6 pCt. Lipetzk oder 0.2 pCt. Shelesnowodsk. Trotzdem ist im allgemeinen die Mineralisation der Wässer bedeutend geringer als in den kaukasischen oder mitteleuropäischen Quellen, was übrigens die Reputation ihrer Heilkraft nicht beeinträchtigt und der Grund ihres ausserordentlichen Wohlgeschmackes ist.

Es ist fast ausschliesslich Privatinitiative, welche sich in dem Ausbau der Bäder bemerkbar macht. So hat sich zur Exploitation der Makowejew'schen Quellen bei Tschita eine Aktiengesellschaft mit einem Grundkapital von 300.000 Rbl. gebildet. Diese Quellen sind kalkhaltige alkalisch-erdige Kohlensäuerlinge von 1—5° C. Das Debit beträgt ca. 1152 Eimer pro Tag.

Ueber die Jamarow'schen Quellen (eisenhaltiger Kohlensäuerling von 2° C.) im Kreise Werchneudinsk wird berichtet, dass bedeutende Quantitäten Mineralwasser für den Export vorbereitet sind und Massregeln ergriffen werden um der Wohnungsnot abzuhelfen. Eine Kumysanstalt functioniert hier schon seit 2 Jahren.

Noch mehr scheint für die Schiwanda Quelle (die eine eisenhaltig, die andere alkalischer Kohlensäuerling. T. 2° C.) an der Sretensker Zweigbahn der Transbaikalbahn getan zu werden. Hier steht schon gegenwärtig den Curgästen zur Verfügung: tägliche Post, Lesezimmer mit Zeitungen und Journalen, grosser Cursaal, ein Kaufhaus für die notwendigsten Bedarfsartikel zu mässigen Preisen, genügend Küchen für Familientisch und ca. 50 Einzelzimmer und Familienwohnungen mit comfortabler Ausstattung. Was die Balneologie anlangt, so sind hier 2 Baderäume mit 15 Wannen vorhanden, ständiger Arzt für die Saison und eine Apotheke. Eingeleitet ist der Export von Mineralwasser.

Ferner ist bei Pawlodar im Gebiete Ssemipalatinsk ein Moorbad in der Gründung begriffen am Mujaldy-See. Trotz guter Verbindung mit Pawlodar (Dampfer und gute Fahrstrasse durch die Steppe) wird die Wahl des Ortes getadelt, weil der See in heissen Sommern bisweilen total austrocknen soll. Dagegen ist nur 12 Kilom. weiter der viel grössere Korjakow-See gelegen, dessen Wasser sich in der Zusammensetzung vom vorigen nicht unterscheidet; hier wäre die Anstalt weit günstiger placiert.

Von Thermen sind zu erwähnen die Turkinschen Quellen oder Gorjatschinskoje, 130 Kilom. von Irkutsk und $1^1/_2$ Kilom. vom nördlichen Ufer des Baikal, auf der Höhe von 1350 Fuss gelegen. Das Wasser ist schwefelhaltig von + 44° R. (Wintertemperatur 43° R.). Debit ca. 70.000 Eimer pro Tag. Das Bad besitzt 4 Baderäume mit zusammen 32 Wannen, ein Hotel und ca. 60 Wohnungen im Dorfe, welches das Centrum des Curortes bildet. Die Cursaison läuft von Juni bis September (incl.).

Es bleibt zu hoffen, dass die sibirischen Bäder auf ihrem Entwickelungswege ungestört werden fortschreiten können und dass der Privatinitiative keine Hindernisse in den Weg gelegt werden. Viel ist es ja nicht was getan ist, überlegt man aber, dass noch 1899 ein Bad wie die Schiwanda-Quellen für 15 Rbl. pro Saison verarrendiert wurde, während der Preis jetzt ca. Rbl. 1000 beträgt, dass dort damals nur 11 Hütten standen und keine richtigen Wannen, geschweige denn Thermometer vorhanden waren, dass 1870 in Darassun, dem zukünftigen Rivalen des Narsan, das Wasser in Eimern von der Quelle in die Wanne gebracht und hier auf glühend gemachten eisernen Bomben erwärmt wurde, so ist der Fortschritt nicht zu verkennen.

Uebrigens fehlt, nach der Schilderung von Dr. Tschumitschin auch gegenwärtig noch in den meisten Bädern des Transbaikalgebietes alles was an Cultur und Comfort erinnert. Die Curgäste müssen vorlieb nehmen mit engen, dunklen, schmutzigen, übelriechenden Wohnungen, ohne Oefen, mit primitivstem Ameublement, mit Löchern in Wänden und Dielen, durch welche der Wind pfeift, Vögel hereinfliegen und Schlangen kriechen, mit Dächern, welche Regen durchfliessen lassen und ebensolchen Lagen; oder mit durchräucherten, verlausten, von kranken Burjaten angefüllten Filzzelten; oder mit luftigen Laubhütten, wenn sie es nicht vorziehen die Höhlen wilder Tiere in den Bergen zu bewohnen. Von Aborten fehlt jede Spur und die Gegend um die Quellen ist meist von Faekalien verunreinigt, welche die Luft verpesten. Nahrungsmittel sind schwer oder am Orte garnicht zu bekommen. Von Zerstreuungen ist keine Rede. Die Cur wird ohne ärztliche Aufsicht durchgeführt, da keine Aerzte vorhanden sind. Die Wannen sind so ekelhaft schmutzig, dass man sich kaum überwinden kann hineinzusteigen und dazu müssen sie noch häufig im Kampfe erobert werden, weil ihrer wenig und die Nachfrage gross ist. Das ist in kurzen Zügen das trostlose Bild der meisten sibirischen Bäder, welche an ihren Quellen wahre Schätze besitzen.

Und trotzdem werden dieselben von tausenden Curbedürftiger besucht und der Ruf ihrer Heilkraft wächst alljährlich, obgleich therapeutisch ausschliesslich das Mineralwasser in Betracht kommen kann und von den sogenannten «Imponderabilien» moderner Bäder keine Spur vorhanden ist.

Bemerkenswert für die Indication von Brunnencuren ist die Erscheinung, dass im Transbaikalgebiet gerade die ungemein schwach mineralisierten Kohlensäuerlinge den grössten Zuzug haben und fast gegen alle chronischen Krankheiten gesucht und bevorzugt werden. Katarrhalische und rheumatische Affectionen, Muskelschmerzen, Neuralgien, Anaemie u. s. w. finden hier Linderung und Heilung. So ist z. B. von den beiden Schiwanda-Quellen die Untere eisenhaltig, während die Obere ein sehr schwach mineralisierter Kohlensäuerling ist, welcher nur Spuren von Eisen enthält. Und gerade die Obere Quelle zieht in grosser Zahl Anaemiker heran, welche sich hier auffallend schnell erholen sollen. Dabei liegen beide Quellen von einander kaum $1^1/_2$ Kilom. entfernt und sind somit beide ebenso leicht zugänglich.

F. Holzinger.

Referate.

N. Astachow. Ueber die Pathogenese der Zahnwurzelcysten (O patogenese subnych okolokorowych kist). Inaug.-Dissert. St. Petersburg 1908.

Der Frage hinsichtlich der Pathogenese der Cysten dentalen Ursprungs, die sich in den Kieferknochen entwickeln, wird in der letzten Zeit in der ausländischen odontologischen Literatur grosses Interesse entgegengebracht, und die Lehre über ihre Entstehung gilt noch lange nicht für abgeschlossen. Diese pathologischen Neubildungen werden in der zahnärztlichen Praxis fast täglich beobachtet und bringen sich den Aerzten sozusagen beständig von neuem in Erinnerung. In Russland, wo die Zahnheilkunde sich weder von seiten der Regierung noch der medicinischen Facultäten eines besonderen Schutzes erfreut, fanden bisher Fragen aus dem Gebiete der Odontologie fast gar keine wissenschaftliche Bearbeitung. Deswegen ist das Erscheinen einer Arbeit, wie die vorliegende von Dr. Astachow, freudig zu begrüssen, ist sie doch in Russland die erste und einzige auf diesem Gebiet. Hierbei muss hervorgehoben werden, dass Verf. sich der grossen Mühe unterzogen hat, 98 Kiefer mikroskopisch zu untersuchen, worauf er 2 Jahre verwenden musste. Die Ergebnisse, zu denen Verf. bei seinen mühevollen Untersuchungen gelangte, sind folgende: 1) Das Epithel der Zahnwurzelcysten stammt in der Mehrzahl der Fälle aus den Resten des embryonalen Epithels, die beständig in der Zahnwurzelhaut gefunden werden. 2) Der Entwickelung der Zahnwurzelcysten geht das Auftreten von Granulomen in der Zahnwurzelhaut voraus, die von embryonalen Epithelzügen durchwachsen sind. 3) Diese epithelhaltigen Zahnwurzelgranulome sind die Folge einer chronischen hyperplastischen Periodontitis. Sie bilden sich leicht in Cysten um, am häufigsten infolge von eitriger Erweichung des Grundgewebes, zuweilen aber auch infolge von degenerativer Alteration (schleimige Degeneration) der Zellen der Epithelzüge. 4) Die epithelhaltigen Granulome kann man von diesem Gesichtspuncte kaum als Cysten betrachten, die nicht ihre volle Entwicklung erreicht haben. Am richtigsten ist es, sie als eigentümliche entzündliche Bildungen aufzufassen, welche sich leicht in Cysten umwandeln. 5) Die Zahnwurzelcysten sind meistenteils einkammerige, wenn sie auch nicht selten durch Confluenz mehrerer Kammern entstehen. Das Wachstum der Zahnwurzelcysten ist im allgemeinen kein bedeutendes, sodass sie selten grössere Dimensionen erreichen, um so mehr da sie oft vereitern mit Bildung von Fisteln, die sich in die Mundhöhle entleeren. 7) Das die Höhlen der Zahnwurzelcysten auskleidende Epithel ist gewöhnlich polymorph und mehrschichtig; oftmals ist es nach dem Typus des Rete Malpighi angeordnet, nicht selten finden sich an ihm Anzeichen von degenerativen Veränderungen, unter denen am häufigsten schleimige Entartung und Verhornung der Epithelzellen beobachtet wird, sowie die Bildung von Epithelzwiebeln. 8) Die Zahnwurzelcysten entwickeln sich in der Mehrzahl der Fälle über Wurzeln von Zähnen mit necrotisierter Pulpa und enthalten weder Zähne noch Teile derselben. 9) Die Zahnwurzelcysten können mitunter eine Rückbildung erleiden; ihre Höhle obliteriert in solchen Fällen bis auf einen kaum merklichen Spalt, aber das sie auskleidende Epithel bleibt erhalten, indem es später mit dem Epithel des Zahnfleisches verschmilzt, nachdem vollständige Atrophie der Alveola eingetreten und die in ihr enthaltene Zahnwurzel geschwunden ist. In anderen Fällen beobachtet man ein progressives Wachstum dieser Cysten, sogar nach Entfernung des Zahnes, an dessen Wurzel sie entstanden waren. 10) In den vom Verfasser von 98 Leichen gesammelten Kieferstücken mit gangränösen Zahnwurzeln

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wurde in 36 Fällen die Bildung von epithelialen Wurzelgranulomen beobachtet, in 52 Fällen wurden Zahnwurzelcysten gefunden und in den übrigen 10 Fällen fanden sich in der Zahnwurzelhaut nur Reste von embryonalem Epithel.

D.

Prof. O. Wandel: Ueber nervöse Störungen der oberen Extremität bei Arteriosclerose. (Münchener med. W. 1908, Nr. 44).

Die vom Verfasser an der Kieler medicinischen Klinik in den letzten 4 Jahren gesammelten Beobachtungen zeigten sämtlich das Auftreten peripherer Gefässstörungen, die sich unter bestimmten Bedingungen zu schmerzhaften Paroxysmen und motorischen Ausfallserscheinungen steigerten. Von den für die Aetiologie der Arteriosclerose anerkannten Allgemeinschädlichkeiten: Alcoholismus, Syphilis, Bleivergiftung, Nicotinismus und häufigen Infectionen spielte keine in den angeführten Fällen eine bemerkenswerte Rolle. Nur das Alter mit seinen Abnutzungserscheinungen kam in allen Fällen in Betracht.

Als ätiologisches Moment für die Entstehung und Localisation der Arteriosclerose in der oberen Extremität tritt ein schon von Erb erkannter, aber noch wenig gewürdigter Factor hervor, die functionelle Belastung. Locale Erkältung und Durchnässung der Glieder (Wäscherinnen, Scheuerfrauen) sind mit ihrem abnutzenden reflectorischen Reiz auf das Spiel der peripheren Gefässe, deren Insufficienz wir bei Ueberschreiten gewisser Grenzwerte thermischer Reize oft beobachten, gleichwertig mit den functionellen Reizen, wie sie die einförmigen beruflichen Anstrengungen (z. B. bei Kesselschmieden, Maschinenbauern, Briefsortierern) auf die Länge der Zeit mit sich bringen. Als Analogon kann der Versuch von Klotz dienen, dem es gelang, durch Ueberlastung eines bestimmten Gefässsystems künstlich Arteriosclerose zu erzeugen: es traten bei Versuchstieren, die täglich nur 3 Minuten lang an den Hinterbeinen in der Luft gehalten wurden, in der functionell belasteten Carotis Intimaveränderungen auf. Auch die periphere Beschäftigungsarteriosclerose zeigt die zur Endarteriitis obliterans mit ihren schädlichen Consequenzen für die Ernährung und Function der peripheren Nerven führenden Läsionen der Intima.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ratner: Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Wirkung des Tabakrauches auf den Organismus. Separatabdruck aus dem Archiv für die gesamte Physiologie. Bonn, 1908. Verlag von Martin Hager.

Aus den Untersuchungen geht hervor:

1) Die in Wasser löslichen Verbrennungsprodukte nikotinhaltigen Tabaks rufen bei der subcutanen Injection am Herzen der Kaltblüter (Frösche und Schildkröten) eine Bradykardie hervor, die mit mehr oder weniger ausgesprochener Arhythmie einhergehen kann.

2) Bei einem Warmblüter (Kaninchen) erzeugt die subcutane Injection derselben Stoffe eine anfängliche Steigerung des Blutdrucks, der eine Senkung nachfolgt. In diesem letzten Stadium bildet sich eine Bradykardie aus; gelegentlich traten auch Arhythmien ein.

3) Lässt man Kaninchen nikotinhaltigen Tabak durch die Trachea einatmen, so tritt allmählich Vergiftung des Tieres ein, die durch Unregelmässigkeit in der Atmung, eine Verlangsamung des Herzschlags und praemortale Blutdrucksenkung ausgezeichnet ist.

4) Bei gesunden Menschen, die Nichtraucher sind, stellt sich beim Rauchen unter anderen Vergiftungserscheinungen von seiten des Kreislaufs eine Bradykardie ein. Bei solchen Individuen, die das Rauchen in hohem Masse gewohnt sind, bleiben diese Erscheinungen aus oder sind nur bei sehr grossen Vergiftungsdosen andeutungsweise vorhanden.

5) Bei Kontrollversuchen mit sogenanntem «nikotinfreien» Tabak bleiben die Kreislaufstörungen mehr oder weniger ganz aus oder sind nur in geringem Masse vorhanden.

6) Die in Wasser löslichen Rauchprodukte sowohl «nikotinarmer» als auch «nikotinreicher» Tabake schädigen die verdauende Kraft des Magensaftes beim Hunde wie beim Menschen, aber erstere scheinbar weniger als letztere.

7) Das Nikotin scheint daher der giftige Bestandteil des gewöhnlichen Tabakrauchs zu sein, da die übrigen giftigen Produkte, wie Pyridinbasen, Cyanwasserstoff u. s. w., auch in dem «nikotinfreien» Tabakrauch enthalten sind, wie sie überhaupt bei der «trockenen Destillation von jedem Laub entstehen».

Michelson.

P. Näcke: Ueber Familienmord durch Geisteskranke. Halle a. S. Carl Marhold. Verlagsbuchhandlung. 1908. 140 Seiten.

Seine Untersuchungs-Ergebnisse fasst Verf. folgendermassen zusammen:

1) Die Familienmorde überhaupt, besonders aber durch Geisteskranke, scheinen zugenommen zu haben.

2) Man kann einen «vollständigen» vom «unvollständigen» Familienmord unterscheiden. Der erstere, wenn alle Familienmitglieder, eventuell inclusive der Täter, getötet wurden. Er scheint bei geistig oder anscheinend geistig Gesunden häufiger zu sein als bei Geisteskranken; der «unvollständige» Familienmord dagegen mehr bei Irren.

3) Ob mehr Männer als Frauen die Täter sind, ist z. Z. nicht zu sagen.

4) Sie stehen aber beide meist in der Blüte der Jahre.

5) Bei Männern und Frauen betragen die vollendeten Morde doppelt so viel als die Mordversuche. In den unteren Volksschichten geschehen sie wahrscheinlich auch relativ häufiger.

6) Die Opfer sind bei den Männern in der Mehrzahl die Ehefrau, bei der Frau die Kinder, besonders das jüngste. Für die Ehefrau ist also der Mann, für die Kinder die Frau am gefährlichsten.

7) Bei den Männern wurden meist scharfe und stumpfe Schlaginstrumente, dann Schuss- und Stichwaffen zur Tat gebraucht, bei den Frauen dagegen geschah dieselbe mit dem Messer oder durch Erwürgen.

8) Die Motive zur Tat sind sehr schwer sicher festzustellen. Eifersucht ist durchaus nicht für die Säufer pathognomisch. Sehr oft ging Streit nach Alcoholgenuss der Tat voraus.

9) Bei den Männern kamen der Häufigkeit nach chron. Alcoholismus, Paranoia und Epilepsie am meisten in Betracht, bei den Frauen Melancholie, Paranoia und Dementia praecox.

10) Die erbliche Belastung (sicher oder wahrscheinlich) betrug bei den Männern ca. 75 pCt., bei den Frauen 95 pCt., also viel mehr als bei den anderen Geisteskranken, und dasselbe liess sich auch von der angeborenen abnormen Anlage sagen. Die Familienmörder scheinen also entarteter zu sein als die anderen Irren.

11) Gerade der Familienmord zeigt uns die engen Beziehungen zwischen Verbrechen und Wahnsinn, ihre gemeinsame Wurzel, ohne dass aber beide identisch wären.

12) Prophylaktisch lässt sich auch gegen den Familienmord vielfach ankämpfen.

Michelson.

Emil Redlich und Giulio Bonvicini: Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 1908. 133 Seiten. Preis 3 Mark.

Die Schlussfolgerungen der Autoren lauten:

1) Das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit ist eine nicht allzuseltene Erscheinung, die vielmehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden.

2) Die Störung der Wahrnehmung dieses Sinnesdefektes kommt vorwiegend bei Fällen von doppelseitiger cerebraler Hemianopsie mit absoluter Blindheit vor, aber auch bei solchen, wo noch Spuren von Lichtempfindung im peripheren Gesichtsfelde vorhanden sind.

3) Das Symptom wird aber nicht nur bei Hirnblindheit infolge doppelseitiger Erkrankung der Occipitallappen, sondern auch bei Fällen von Blindheit infolge von Allgemeinerkrankungen des Gehirns gefunden.

4) Die Nichtwahrnehmung der Blindheit braucht keine konstante Erscheinung zu sein, sie kann vielmehr auch intermittierend auftreten.

5) Das Symptom ist weder durch die Annahme einer dauernden Vernichtung aller Gesichtswahrnehmungen und Vorstellungen, oder durch die vollständige Zerstörung und Ausschaltung der optischen Centren und Bahnen in ihrer associativen Verbindung, noch durch die Störungen des Gedächtnisses oder der Merkfähigkeit allein zu erklären, aber auch nicht durch Hallucinationen oder Konfabulation.

6) Trotz seiner auffallenden Häufigkeit bei doppelseitigen Erkrankungen des Occipitalhirns hat dieses Symptom keine localdiagnostische Bedeutung und ist an keine bestimmte Läsion von Centren oder Bahnen unbedingt gebunden; es stellt vielmehr eine Teilerscheinung einer allgemeinen und hochgradigen Störung der Hirnfunctionen bei bestehender Blindheit dar.

7) Häufig ist an Stelle des erwähnten Symptoms eine auffallende Resignation oder Indolenz dem Defecte gegenüber zu beobachten.

8) In Fällen von hochgradiger concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes infolge doppelseitiger cerebraler Hemia-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nopsie fehlt dagegen häufig — besonders im Anfange der Erkrankung — das Bewusstsein des noch erhaltenen Gesichtsfeldrestes.

Michelson.

Oestreich, R. Grundriss der allgemeinen Symptomatologie. 320 Seiten 8°. Verlag A. Hirschwald. Berlin 1908.

Das Buch ist der Feder eines pathologischen Anatomen entsprungen und verdankt seinen Ursprung Erfahrungen am Sectionstisch, welchen die nötige Correctur in vielfachen kritischen Besprechungen des Anatomen mit dem Kliniker zu Teil geworden war. Dank diesem Umstande ist ein einheitliches Werk entstanden, welches das capriciöse Material in übersichtlicher Weise, systematisch geordnet, in gedrängter Form vorlegt und nicht nur dem Anfänger für das Studium ein wertvolles Hilfsmittel bietet, sondern auch dem Erfahrenen dienstlich sein kann, besonders für Vermeidung mancher «Ueberraschungen» bei der Autopsie. Von Einzelheiten befremdet etwas die Bedeutung, welche Verf. den anamnestischen Angaben über Luftdruck und Gehalt der Luft an Elektricität, beilegt. Dass die Beschaffenheit des Pulses der Art rad. nach dem Tode eine andere ist, als vorher — diese Behauptung beruht wohl auf einem lapsus calami.

F. Holzinger.

Schmidt, Hans. Die Projection photographischer Aufnahmen. VIII 220 Seiten 8°. Mit 174 Figuren im Text. Geh. M. 4, geb. M. 4.80. 2. Auflage. Verl. von Gustav Schmidt Berlin W. 10. 1908.

Bei der grossen Bedeutung, welche die Projection photographischer Aufnahmen für Vorträge auf wissenschaftlichem, künstlerischen und technischen Gebiete, als Unterrichtsmittel in höheren und niederen Schulen schon jetzt herrscht, ist das Erscheinen eines neuen Leitfadens mit Freuden zu begrüssen um so mehr, wenn er aus der Feder eines so gediegenen Kenners stammt, wie der Verf. es ist. Gegen die erste Auflage hat sich der Umfang des Buches fast verdoppelt und tatsächlich ist ein ganz neues Buch daraus geworden, welches übrigens ebenfalls darauf bedacht ist vor allem eine Anleitung für die Praxis zu geben. Die Theorie findet darin nur soweit Berücksichtigung, als dieselbe zum Verständnis unbedingt erforderlich ist, und aller wissenschaftlicher Ballast ist vollständig vermieden. Dafür aber finden alle Fragen, welche mit der Praxis der Projection zusammenhängen, eine klare Beantwortung. Besonders sei es auch Interessenten für Vergrösserungsarbeiten empfohlen. Druck und Papier sind vorzüglich.

F. Holzinger.

G. Zuelzer: Die diätetisch-physikalische Therapie in der täglichen Praxis. Berlin. Verlag von Otto Salle. 1909. Preis 8 Mark.

Die diätetisch-physikalische Therapie, die einen untrennbaren Teil der Gesamttherapie bildet und eine immer grössere Bedeutung gewinnt, wird in dem vorliegenden Handbuch besprochen. Der allgemeine Teil behandelt die Physiologie des Stoffwechsels, die Technik und Methodik der Hydrotherapie, der specielle die Anwendung der diätetisch-physikalischen Therapie bei einzelnen Krankheitsgruppen, wie Infectionskrankheiten, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren-, Herzkrankheiten, bei Erkrankungen des Respirationstractus, Stoffwechselkrankheiten und functionellen Nervenkrankheiten. In den verschiedenen Capiteln finden sich Beschreibungen von Apparaten, so bei Gelegenheit der Besprechung der Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus wird die Anwendungsweise und Wirkung der Heissluftapparate (Kastenapparate, Heissluftdusche etc.), bei der Lungentuberculose die Inhalationsapparate besprochen. Eines der Hauptcapitel bildet die diätetische Behandlung des Verdauungstractus (Hyperacidität, Achylie, Dünn- und Dickdarmkatarrh, Obstipation, Enteritis, Hämorrhoiden etc.). Sehr lehrreich sind die Capitel über Diabetes, in dem die diätetischen Principien bei der Behandlung dieser Krankheit besprochen werden und das Capitel über Entfettungscuren, die Gefahren einer forcierten Entfettungscur etc. Das Lehrbuch ist, wie aus Obigem hervorgeht, sehr reichhaltig, berührt zahlreiche Gebiete nicht allein der inneren Medicin und macht den Leser mit den modernen Principien der physikalischen und diätetischen Behandlungsmethoden bekannt.

Lingen.

Prof. E. Lexer: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 2 Bände. Dritte Auflage. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1908.

Es dürfte nicht zu viel gesagt sein, wenn man das Lexersche Buch als klassisch bezeichnet. Seit dem Erscheinen des Billrothschen Werkes ist die allgemeine Chirurgie nicht in so vollendeter Weise dargestellt worden, wie von Lexer. Es ist schwer zu sagen, was man mehr bewundern soll, den echt modern-chirurgischen Geist, der das Ganze beherrscht, die bei aller Kürze erschöpfende Vollständigkeit, die meisterhaft klare und plastische Form, oder das bei aller Objectivität gewährte individuelle Gepräge, das die Lectüre des Buches zu einem Genuss macht. Der Erfolg des Werkes — 3 Auflagen in 4 Jahren — ist verständlich und völlig berechtigt. Die Ausstattung ist dem Inhalt entsprechend glänzend; gutes Papier, sehr übersichtlicher Druck, gegen 400 vorzügliche Abbildungen. Auch der erfahrene Chirurg findet in dem Buch eine Fülle des Neuen und Wissenswerten.

Wanach.

Prof. H. Trendelenburg: Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichts. 2. Hälfte, I. Teil. — Deutsche Chirurgie, Lieferung 33, 2. Hälfte, I. Teil. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1908.

In diesem Bande der «Deutschen Chirurgie» sind besprochen die Neuralgie und Lähmung des N. trigeminus, die Lähmung und der Krampf des N. facialis. Vorzüglich ist die Bearbeitung der Trigeminusneuralgie, sie lässt an Klarheit und Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig, auch die Errungenschaften der neuesten Zeit sind darin verwertet. In Betreff der Facialislähmung verweist T. auf die Handbücher der Nervenkrankheiten und geht nur auf die chirurgische Seite dieser wichtigen Krankheit ein; eine vollständige einheitliche Besprechung von so competenter Seite wäre vielen erwünscht gewesen. — 30 Abbildungen im Text, meist anatomische Verhältnisse betreffend, tragen zur Erleichterung des Verständnisses bei. Die Ausstattung des Buches ist die bekannte gute.

Wanach.

Prof. J. Schwalbe. Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Leipzig. Verlag von G. Thieme. 1908. Pr. 3 M. 50.

Der Kampf ums Dasein, der auf ärztlichem Berufsgebiet nicht geringer ist als auf anderen, bringt es mit sich, dass Aerzte, die im Heimatlande kein genügendes Fortkommen finden, in die Fremde ziehen, in der Hoffnung dort eher und leichter eine gesicherte Existenz zu finden. Aber allmählich bildet sich ein Ueberschuss an Aerzten auch in solchen Ländern, wo es vor einigen Jahrzehnten überhaupt noch keine Aerzte gab und deswegen suchen die Landesregierungen ihre eigenen Staatsbürger vor der Concurrenz der Einwanderer zu schützen und die Niederlassung fremder Aerzte möglichst zu erschweren. Aus dem Schwalbeschen Buche sehen wir, dass es gegenwärtig nur sehr wenig Staaten gibt, die gar keine Anforderungen an die einwandernden Aerzte für ihre Zulassung zur Praxis stellen, und auch diese wenigen sind meist solche, welche kaum einen Arzt, der in einem Culturlande gelebt hat, zur Niederlassung anlocken werden. Die nächste Kategorie bilden solche Länder, die den Nachweis eines zur Ausübung der ärztlichen Praxis im Heimatlande berechtigenden Universitätsdiploms verlangen. Das sind Länder, die selbst über keine oder nicht in genügender Anzahl vorhandene medicinische Schulen verfügen. Dann kommen die Staaten, die für die fremden Aerzte dieselben Prüfungen fordern wie für die eigenen Bürger. Ihnen folgen solche Staaten, die ein regelrechtes Studium der Medicin im Inlande mit nachfolgender Prüfung verlangen, dann ein Staat (Deutsches Reich), wo der Ausweis sämtlicher Vorbedingungen, wie Maturitätsprüfung etc. gefordert wird und den Schluss bilden Staaten, welche Ausländer ganz von der Ausübung der ärztlichen Praxis ausschliessen.

Verfasser hat die grosse Mühe auf sich genommen, die betr. Bestimmungen, wie sie in 175 Staaten bestehen, zu erforschen und den Lesern in knapper, übersichtlicher Form zur Kenntnis zu bringen. Ein dankenswertes Unternehmen und zwar besonders im Interesse der deutschen Aerzte, die nicht die bekannte deutsche Wanderlust sondern vielmehr noch die Ueberproduction in der Heimat in die Fremde treibt. Diesem Ueberschuss, der sich einen natürlichen Abfluss sucht, werden nun überall Schranken entgegengesetzt, die in manchen Ländern ziemlich unberechtigt erscheinen und vielleicht mehr durch nationalen Stolz oder Dünkel als durch die Notwendigkeit des Schutzes der eigenen Untertanen motiviert sind. Deswegen kann man dem Verfasser nur beistimmen, wenn er dafür eintritt, dass die einzelnen Staaten unter einander Reciprocitätsverträge abschliessen zur gegenseitigen Anerkennung der ärztlichen Diplome, unter Berücksichtigung der politischen und oekonomischen Verhältnisse der betr. Staaten und der Anforderungen, die an die Aerzte bei der Prüfung im Heimatlande gestellt werden.

Gegenüber der ersten im Jahre 1899 erschienenen Auflage ist die neue bedeutend erweitert, denn in jener waren nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

98 Staaten berücksichtigt. Dementsprechend ist auch der Umfang des Buches um 51 Seiten gewachsen. Den Schluss des Werkes bildet eine sehr übersichtliche Zusammenstellung aller Staaten nach ihren Anforderungen an die Aerzte. Einem jeden Arzt, der die Heimat zu verlassen genötigt ist, wird das Schwalbesche Buch ein nützlicher und sicherer Führer sein.

F. Dörbeck.

Kuttner, L. Prof. Ueber abdominale Schmerzanfälle. 69 Seiten 8⁰. Halle a. S. Carl Marhold. 1908.

Das 3. Heft des 1. Bandes der «Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten» herausg. von Prof. Dr. Albu in Berlin, besteht aus vorliegendem Artikel. Der bekannte Internist des Rudolf Virchow Krankenhauses sichtet das Material, welches unter der Bezeichnung Gastralgie, Magenkrampf, Darmkolik etc. ein wirres Durcheinander ätiologisch und topisch verschiedenartiger Zustände enthält und bespricht Localisation, Wesen und anatomischen Sitz der verschiedenen abdominalen Schmerzanfälle. Dieselben werden in 5 Gruppen untergebracht und zwar: 1) Krampfartige Schmerzen, die von der Magengegend ausgehen. 2) Leber- und Gallensteinkoliken 3) Darmkolik. 4) Nieren und Harnblasenkolik. 5) Pancreaskolik. In jeder Gruppe findet Aetiologie und Differentialdiagnose eingehende Berücksichtigung und alles was pathologische Anatomie vereint mit der Chirurgie über diese Erkrankungen in den letzten Jahren ergründet haben, ist hier gesammelt und kritisch beleuchtet dem Leser entgegengebracht.

Da die Behandlung der besprochenen Schmerzanfälle sich nach dem Grundleiden richtet, dessen Diagnose zu fördern der einzige Zweck der Abhandlung ist, so hält der Verf. es für überflüssig auf die Therapie einzugehen, denn «qui bene diagnoscit, bene curat».

F. Holzinger.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 11. November 1908.

O. Moritz. Ueber malignes Granulom des lymphatischen Apparates.

Bericht über einen Fall obiger Erkrankung. Pat., 40 a. n., kam nach 7-monatlicher Krankheit im Alexander-Hospital zur Section. Klinisch bestanden Milz- und Lebervergrösserung; Drüsentumoren, besonders im Abdomen; Kachexie; Temperatursteigerung; zeitweilig Durchfälle. Blutbefund normal. Arseninjectionen und Röntgenbestrahlungen brachten zeitweilige Besserung. Die Obduction ergab makroskopisch kein eindeutiges Resultat. Es schien sich um eine leukämische Erkrankung zu handeln, doch wurde auch an Sarcomatose gedacht. Das Knochenmark der Diaphysen war relativ frei, d. h. gelatinös-fettig mit eingesprengten roten Herden. Mikroskopisch fanden sich die charakteristischen Veränderungen des «Granulom»: Grosse Zellen mit oft in Teilung begriffenem Kern, zerstreut im Gewebe der Leber, Nieren, Milz und Drüsen. Hier und da Langhanssche Riesenzellen. Massenhaft Necrosen in der Milz. Lymphome in Leber und Niere. Follikelhyperplasie im Darm. Verdrängung des normalen lymphatischen Drüsengewebes durch granulomatöses. Nirgends Tuberkelbacillen, nirgends Luesspirochaeten.

Sternberg hat das grösste Verdienst um die Präcisierung der betr. Krankheit. Er fusste sie als «eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberculose» auf. Diese Ansicht ist anfechtbar: oft sind keine tuberculösen Veränderungen zu constatieren. Es scheint, dass hier und da auch die Lues ätiologisch in Betracht kommt. Die Erkrankung kann in Sarcom übergehn (Chiasi); wird als besondere Form von Sarcom (von Dietrich) aufgefasst. Es scheint, dass die Fälle von Pel-Ebsteinschen Drüsenfieber zu dieser Erkrankung gehören. Jedenfalls gehört ein Teil der als Morbus Hodgkin bekannten Fälle hierher. Man könnte die Krankheit auch als «Morbus Sternberg» bezeichnen. Differentialdiagnostisch müssen echte Pseudoleukämie, Tumoren, typische Tuberculose und Syphilis abgegrenzt werden. Die Pseudoleukämie lässt sich meist durch den Blutbefund ausschliessen. Die Diagnose kann in vivo unmöglich sein; eventuell Excision einer erkrankten Drüse.

(Autoreferat).

Sitzung am 25. November.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

Kallmeyer hält seinen angekündigten Vortrag »Zur Casuistik des Paratyphus».

Blessig. Da der Paratyphus B durch Genuss verdorbenen Fleisches hervorgerufen wird und bisweilen solche Massenvergiftungen vorgekommen sind, z. B. einmal während der letzten Choleraepidemie, so wird es sich wohl hier ebenso wie bei den Massenerkrankungen anlässlich der Georgsfeier vor einigen Jahren um Epidemien von Paratyphus handeln.

Kallmeyer gibt dieses zu.

Schwanebach fragt ob irgend welche Beziehungen zwischen Typhus und den beiden Formen Paratyphus bestehen?

Kallmeyer. Zweifellos kommen Mischinfectionen vor.

Feldt fragt ob der Bacillus paratyphi A, in Trinkwasser beobachtet worden sei oder überhaupt ausserhalb des menschlichen Organismus aufgefunden worden wäre, und fragt ob Sectionsergebnisse bekannt seien.

Kallmeyer. Fälle von Paratyphus A sind bisher überhaupt nicht tödlich verlaufen. Bei den Fällen von Paratyphus B. scheint des öfteren Mischinfection mit Typhus vorgelegen zu haben.

Hartoch. Die Erscheinung der Mitagglutination findet ihre Erklärung möglicher Weise darin, dass neuerdings das specifische Antigen nicht als einheitlicher Körper aufgefasst wird, sondern als eine Summe einzelner Componenten gedacht wird, deren jede die Bildung specifischer Antikörper im Organismus bedingt. Besitzen nun artverwandte Bacterien, wie im gegebenen Falle Typhus und Paratyphus, gewisse gemeinsame Componenten, so tritt die Mitagglutination in Erscheinung.

Der Beleg für solche Annahme findet sich in den Complementbindungsversuchen, bei welchen sich herausgestellt hat, dass bei Verwendung eines nicht adäquaten Antigens die im Serum vorhandenen Antikörper nur zum Teil gebunden werden. Filtriert man das Gemisch und stellt man alsdann die Complementbindungsreaction mit dem specifischen Antigen an, so bekommt man eine positive Reaction.

Bei Umkehrung der Versuchsanordnung tritt dieses Phänomen nicht in Erscheinung. Das letzte Verfahren dürfte daher wohl auch Aufschluss geben ob es sich um eine Mischinfection im einzelnen Falle handelt.

(Autoreferat).

Sitzung vom 9. December 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

Fick: Ueber paranephritische Abscesse. (In Nr. 1 erschienen.)

Schmitz erwähnt einen Fall von paranephritischem Abscess aus seiner Praxis, in dem er als Frühsymptom eine Behinderung der Extension des Beines auf der Seite der erkrankten Niere beobachtete. In Rückenlage fiel eine leichte Flexion des Beines auf, da die Gelenke frei waren und die Bewegungen sonst schmerzlos, so wurde auf eine beginnende Eiterung in der Nähe der Wirbelsäule in dem Gebiet des Ileopsoas vermutet. Diese Flexionsstellung des Beines in Rückenlage dürfte als Frühsymptom sehr wichtig sein. Und die Richtigkeit der Diagnose hat sich bestätigt.

Heuking. Das Krankheitsbild ist vom Vortragenden in erschöpfender Weise behandelt, aber es erweckt einigermassen den Eindruck, als sei nur von acuten Eiterungen gesprochen worden. Es gibt aber zweifellos sehr chronisch verlaufende Fälle, die erst nach langem latenten Verlauf sich als Abscesse entpuppen. In diesen Fällen handelt es sich oft um Tuberculose, die zwar ausheilen kann, in manchen Fällen aber durch allgemeine Tuberculose compliciert wird.

Schmitz fragt, welche Infectionskrankheiten Vortragender im Auge gehabt habe, er habe Fälle von paranephritischer Art wohl im Anschluss an Typhus, nie aber im Anschluss an Scharlach oder Diphtherie gesehen.

Heuking erinnert sich eines Falles — der allerdings sehr lange — nach einem Scharlach auftrat.

Kreps. Das Vorkommen von Blutkörperchen in dem durch den Ureterenkatheterismus erhaltenen Harn, beweist nur das Vorhandensein irgend eines Processes in der Niere nicht aber notwendig einen paranephritischen Abscess. Was das Ileopsoassymptom betrifft, so findet es sich überhaupt bei gewissen Erkrankungen der Niere und des Harnleiters, besonders in seinem oberen Drittel.

Fick. Die von Schmitz erwähnte Beugecontractur ist bekannt. Vortragender hat aber in der Literatur keine Hinweise auf die allerdings sehr interessante Tatsache gefunden diese Erscheinung als Frühsymptom verwerten zu können. Auch er hat wohl einen Fall nach Typhus entstehen sehen, während ihm solche nach Diphtherie und Scharlach nicht vorgekommen, wohl aber aus der Literatur bekannt sind. Es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unterliegt keinem Zweifel, dass gewiss sehr oft chronische und unter diesen auch Fälle von Tuberculose vorkommen, in diesem Falle greift der Process von der primär erkrankten Niere auf das Paranephrium über. Der Befund von roten Blutkörperchen im Harn beim Ureterenkatheterismus spricht nicht für Paranephritis als solche, sondern für die Beteiligung der Niere. Wichtig ist es, wenn man aus dem einen Ureter Blut erhält, aus dem anderen aber nicht.

2. Lange berichtet über einen Fall von Bronchoskopie.

Lorenz hat neuerdings einen Fall bei Simanowsky gesehen. Es handelte sich um einen Grammophonstift, der in einen Bronchus II. Ordnung geraten war. Die angewandte obere Bronchoskopie zeigte die im Bronchus querstehende Nadel, es gelang zwar nicht sie zu entfernen, da aber die Beschwerden zurückgingen, wird die Nadel sich wohl gedreht haben.

Schmitz erwähnt zur Casuistik der Fremdkörper eines Falles, wo er einst von Obermüller zu einem Stallknecht consultiert wurde. Letzterer trug seit Jahren eine Kanüle nach einer Tracheotomie. Diese Kanüle war gebrochen und der untere Teil in die Tiefe geraten. Oeffnung der Trachea erweitert, starkes Auseinanderziehen der Wundränder, mehrere starke Hustenstösse in abschüssigerLage und die Röhre wurde ausgehustet.

Masing berichtet über einen Fall, der dem Schmitzschen insoweit ähnt als auch eine durch Jahre getragene Kanüle aspiriert wurde, letzteres geschah unbewusst. Viele Monate nach diesem Vorgang starb Pat. an einer Bronchopneumonie — bei der Section wurde die Röhre in der gesunden Lunge gefunden!

Fuhrmann berichtet über einen Fall, wo bei einem Mädchen, das an hartnäckiger, langwieriger Pneumonie einging, bei der Section, als unerwarteter Befund in der Lunge ein aspirierter Milchzahn gefunden wurde, der mit seiner scharfen Spitze fest eingekeilt in einem Bronchus sass. In einem anderen Falle hatte ein Knabe einen halbaufgeknackten Sonnenblumensamen aspiriert, der nach 7 monatlichem Verweilen spontan ausgehustet wurde. Der Knabe litt in den 7 Monaten an einer äusserst hartnäckigen rechtseitigen Pneumonie.

Schmidt berichtet über einen interessanten Fall in dem eine käsige Drüse aspiriert worden war.

Blessig erwähnt auch eines Falles wo ein Sonnenblumensame aspiriert worden war, der durch Tracheotomie entfernt werden konnte.

Masing. In einem Falle, wo es sich um einen aspirierten Knopf handelte, konnte derselbe durch Hustenstösse bei geneigter Lage des Pat. mit herabhängendem Kopf entfernt werden.

Ucke. In einem Falle von sehr hartnäckigem Lungenabscess wurde gelegentlich eines starken Hustenanfalles, wobei sich der Mann sehr stark vorbeugte, eine Zahnplombe expectoriert, darauf baldige Heilung.

Hesse fragt woran es gelegen haben mag, dass der Zangenflügel brach.

Lange. Für die Entfernung der Fremdkörper ist die Lage des Pat. in der Tat von grosser Bedeutung. In den von Ucke und Schmidt erwähnten Fällen hat es sich augenscheinlich um Abscesse gehandelt. Fälle wie der von Schmidt hat Lange dreimal gesehen. In diesen Fällen kam die bronchoskopia inf. zur Anwendung zwei von ihnen kamen zur Heilung. Die von Fuhrmann erwähnten Fälle gehören sozusagen zu den chronischen Fremdkörperfällen. In einem Falle wurde einmal ein Pfeifenstiel nach 3 Jahren herausgehustet, wonach Heilung eintrat. Wie es zum Bruch der Instrumente kommt, ist unbekannt. Interessant übrigens ist es hier, dass obwohl der aspirierte Fremdkörper nur 3 Stunden im Bronchus gelegen hatte, der abgebrochene Zangenflügel doch in den anderen Bronchus flog, was darauf hinweist, dass die Luft von der anderen Lunge stärker eingezogen wurde.

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte im Jahre 1908.

Zusammengestellt vom wissenschaftlichen Secretär

E. Fuhrmann.

Im Jahre 1908 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, auf welchen von 28 Mitgliedern und 3 Gästen 35 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, mehrere Kranke und eine grössere Anzahl makroskopischer und mikroskopischer Präparate und verschiedene Apparate demonstriert wurden.

Die Vorträge verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disciplinen:

I. Pathologische Anatomie.

1) Ucke: Demonstration von Pankreassteinen.

II. Chirurgie.

1) Thilo (Gast): Die Verhütung der Winkelstellungen nach Lähmungen mit Demonstration von Apparaten.
2) Wanach: Zur Pathologie der Patella.
3) Heuking: Ueber Ileus in Verbindung mit Meckelschem Divertikel.
4) Weber: Ueber Appendicitis in der Gravidität.
5) Lange: Demonstration eines Falles von geheilter tiefer Stichwunde der Lunge.
6) Hesse: Myositis ossificans circumscripta. Demonstration zweier Patienten.
7) Fick: Ueber paranephritische Abscesse.
8) Lange: Ein Fall von Bronchoskopie.

III. Gynäcologie und Geburtshilfe.

1) Hein: Ueber Chorionepitheliom.
2) Lingen: Ueber hyperemesis gravidarum.
3) Dobbert: Der verstärkte Wundschutz im Lichte einer Reihe von 500 Laparatomien.

IV. Innere Medicin.

1) Masing: Ueber die Tuberculose in den letzten 25 Jahren.
2) Westphalen: Ueber die diffuse idiopathische Dilatation des Oesophagus.
3) Johannson: Bericht über einen Fall von Chlorom.
4) Hausmann (Gast): Ueber die therapeutische Verwendung von pyrogenen Mitteln bei der Cholera asiatica.
5) O. Moritz: Ueber einen Fall von malignem Granulom.
6) Kallmeyer: Zur Casuistik des Paratyphus.

V. Kinderheilkunde.

1) Hecker: Ueber die diagnostische Bedeutung der cutanen Tuberculinimpfung nach v. Pirquet im Kindesalter.
2) Schmidt: Zur Statistik u. Diagnostik der cutanen Tuberculinprobe nach v. Pirquet auf Grund von 1000 Beobachtungen.
3) Hörschelmann: Berichtet über einen Fall von Sclerödem.

VI. Nervenheilkunde.

1) Amburger: Zwei Fälle von traumatischer Rückenmarkblutung.
2) Giese: Durch Operation Heilung von einem Rückenmarkstumor. (Demonstration des Patienten).

VII. Ohren- und Nasenheilkunde.

1) Feldt: Demonstrationen: a) Ein wegen narbiger Stenose des äusseren Gehörganges operierter Patient. b) Ein wegen rechtseitigen otitischen Kleinhirnabscesses vor 15 Monaten operierter Patient.
2) Siebert: Ein Fall von Neoplasma der Nasenhöhle. (Demonstration des Präparates).
3) Feldt: Ueber ein Angiofibrom der Nase. (Demonstration).
4) Neumann: Ueber die Mechanik des Hörens.

VIII. Augenheilkunde.

1) German: Zur Myopiefrage und über die Gläsercorrection der Myopie.
2) Blessig: Einige Daten zur Statistik der schweren Augenverletzungen.

IX. Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane.

1) Kreps: Zur Pathologie und Therapie der Anurie.
2) v. Wichert: Ueber die operative Behandlung der Prostatitis.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

X. Diversa.

1) Hesse: Ueber die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf Aerzte und Patienten.
2) German: Bericht über den Tuberculosecongress in Washington.
3) Petersen und Bormann (Gast): demonstrieren eine Reihe von Patienten, die wegen verschiedener Leiden mit Röntgenstrahlen behandelt wurden.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der Medicinalrat hat bestimmt eine Censur der Annoncen und Reclamen von Seiten der örtlichen Medicinalbehörden einzuführen.

§ 1. Die örtlichen Medicinalverwaltungen werden mit der Censur von jeglicher Art Annoncen und Reclamen betraut, die sich beziehen 1) auf den Verkauf von Heilmitteln und Heilapparaten, deren Wirkung und Gebrauchsanweisung; 2) auf hygienische, kosmetische und dergl. Mittel; 3) auf Berufsausübung von Seiten der Aerzte, Zahnärzte, Dentisten, Feldscher, Hebammen, Masseure und dergl.; 4) auf Pharmazeuten und Leute, die sich mit der Verfertigung und dem Verkauf von Apothekerwaren beschäftigen; 5) auf Curorte, Heil- und Tafelwasser. § 2. Die in § 1 erwähnten Annoncen und Reclamen müssen in die örtliche Medicinalverwaltung vorgestellt werden, bevor sie in Druck gegeben werden. Wobei die Erlaubnis nur für das betreffende Gouvernement resp. Gebiet von der örtlichen Medicinalverwaltung erteilt werden kann. Annoncen, die im «Prawitelstwenny Westnik» und im «Westnik obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediciny» erschienen sind, werden in demselben Wortlaut von den örtlichen Medicinalverwaltungen zum Abdruck unbehindert gestattet. § 3. Bei Erteilung der Erlaubnis zum Druck haben die örtlichen Medicinalverwaltungen sich an folgende Vorschriften zu halten: 1) Ist der Text der Annonce mit event. Zeichnungen von der Behörde acceptiert und zum Druck gestattet, so darf die Annonce inbezug auf die äussere Form, die Art der Reproduction (Preis-courant, einzelne Bogen, Plakate, Stempelabdrücke und dergl.) nicht beeinträchtigt werden. 2) Besondere Vermerke über Erlaubnis oder Approbation von Heilmitteln und Heilapparaten, von kosmetischen und dergl. Mitteln von Seiten des Medicinalrates oder medicinischer Behörden dürfen in keinem Fall gestattet werden. 3) Mittel und Apparate, die Befruchtung verhüten oder Fruchtabtreibung bewirken, dürfen nicht annonciert werden. 4) Bekanntmachungen, die der Wirklichkeit nicht entsprechen und durch unwahre und unbegründete Lobeserhebungen das Publicum irreleiten können, dürfen zum Druck nicht gestattet werden. Anmerk.: Mittel, die laut § 21 Ustaw. Wratschebn. v. J. 1905 d. h. als nicht medicinische zum Verkauf gestattet sind, dürfen nicht mit Namen benannt werden, die mit entsprechenden Krankheiten in Einklang gebracht werden können, z. B. «Ekzematin», «Rheumatism» etc., und von der Heilkraft obiger Mittel darf nicht Erwähnung gemacht werden. 5) In den Anzeigen, die sich auf Berufsausübung von Seiten der Aerzte, die dazu gesetzlich berechtigt sind laut § 220 Ustaw. Wratschebn. v. J. 1905, der Feldscher und Hebammen beziehen (hierher gehören auch Annoncen von Impfanstalten, Massage und Heilgymnastik), die alle unter Controlle der Medicinalverwaltungen stehen, dürfen keinerlei Anpreisungen und Lobeserhebungen abgedruckt werden. Diese Regeln beziehen sich sowohl auf Annoncen und Reclamen von russischen und ausländischen Mitteln, als auch auf den Abdruck von Annoncen in russischer und fremdländischen Sprachen. Im Fall von Zweifel sollen die Medicinalverwaltungen sich nach dem P. 4 v. § 3 richten, im äussersten Fall den Obermedicinalinspector um Aufklärung ersuchen.

— Der Prof. der Chirurgie an der Universität zu Kasan, Dr. Rasumowskij ist von dem Minister der Volksaufklärung mit der Organisation der medicinischen Facultät an der zu gründenden Universität in Ssaratow beauftragt worden.

— Die Prämie des Grafen D. Tolstoi an der Akademie der Wissenschaften im Betrage von 1000 Rbl. ist dem Arzt J. Sawadskij für seine im Laboratorium von Prof. J. Pawlow ausgeführte experimentelle Arbeit «Ueber die Hemmung und die Aufhebung der Hemmung der bedingten Reflexe», die das Thema seiner Inauguraldissertation bildete, zugesprochen worden.

— An der Universität zu Moskau ist ein Wettbewerb eröffnet zur Besetzung des Lehrstuhls für Ophthalmologie. Anmeldungen sind spätestens bis zum 15. März dieses Jahres einzureichen.

— Der Professor der inneren Klinik an der Universität zu Odessa S. Lewaschew ist zum Rector dieser Universität ernannt.

— Der Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäcologie an der Moskauer Universität Dr. Pobedinskij ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Von den beiden Candidaten, die sich zur Besetzung des Lehrstuhls der Physiologie an der Universität zu Charkow gemeldet hatten—Priv.-Doc. W. Boldyrew und Priv.-Doc. A. Tscherewkow—erhielt der letztere bei dem Balottement die Majorität.

— Ende Januar wird in dem Privatlaboratorium von Dr. G. Bjelonowskij und Dr. P. Maslokowez ein Cursus für Aerzte über Theorie und Praxis der Serodiagnostik der Syphilis und über die Lehre von den Opsoninen eröffnet werden.

— Von Anfang Februar an werden im Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg 2-wöchige Curse über die Bakteriologie der Cholera für Aerzte abgehalten werden.

— In Warschau wird ein Gouvernementslaboratorium für Bakteriologie eröffnet, welches vorzugsweise veterinärpolizeilichen Zwecken dienen soll. Zum Leiter des Laboratoriums ist Dr. Tscharnozkij ernannt.

— Die nächste Versammlung russischer Naturforscher und Aerzte findet vom 28. December 1909 bis zum 6. Januar 1910 in Moskau statt.

— Der 8. internationale Congress für Otologie wird im August dieses Jahres in Budapest stattfinden. Bei dieser Gelegenheit findet die Zuerkennung der Politzer-Prämie im Betrage von 400 Francs für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Gehörorgans statt.

— In Paris hat sich ein Comitee gebildet zur Entgegennahme von Spenden zwecks Errichtung eines Denkmals dem vor 3 Jahren verstorbenen Physiologen Marey, welches im Hofe des Institut Marey aufgestellt werden soll. Beiträge sind zu richten nach Paris, M. Carvallo, Institut Marey oder an die Buchhandlung von Masson, 120, Boulevard Saint-Germain.

— Der 38. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 14. bis zum 17. April (n. St.) 1909 in Berlin im Langenbeck-Hause statt. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind an Prof. H. Kümmel zu richten.

— Der letzte internationale Tuberculosecongress in Washington hat folgende Resolutionen gefasst: Die Regierungen der einzelnen Staaten und die Bundesregierung werden auf die Wichtigkeit geeigneter Gesetze hingewiesen, durch welche den Aerzten die Pflicht auferlegt wird, alle Fälle von Tuberculose, die zu ihrer Kenntnis kommen, den Gesundheitsbehörden anzuzeigen, so dass die Behörden auf Grund ordnungsmässig geführter Listen in der Lage sind, die erforderlichen Massnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit zu treffen.

Bei der Bekämpfung der Tuberculose muss wie bisher das Hauptaugenmerk darauf gerichtet sein, die Uebertragung der Krankheit von Mensch zu Mensch, die die wichtigste Quelle der Verbreitung der Tuberculose bildet, zu verhindern.

Prophylaktische Massnahmen sind auch weiterhin gegen die Rindertuberculose zu treffen; die Möglichkeit der Uebertragung dieser Form auf den Menschen muss anerkannt werden.

Die Einrichtung von Krankenhäusern zur Behandlung von vorgeschrittenen Fällen von Tuberculose, der Bau von Sanatorien für heilbare Tuberculöse und die Einrichtung von Fürsorgestellen und Tag- und Nacht-Erholungsstätten für diejenigen, welche in Krankenhäusern und Sanatorien nicht aufgenommen werden können, sind der Oeffentlichkeit und allen Regierungen auf das Wärmste zu empfehlen.

Der Congress billigt jede wohldurchdachte Gesetzgebung zur Regelung der Arbeit in Fabriken und Werkstätten, zur Abschaffung der vorzeitigen, gesundheitsschädlichen Arbeit von Frauen und Kindern und zur Schaffung gesunder Wohnungen, da durch solche Mittel die Widerstandskraft des Volkes gegen die Tuberculose und andere Krankheiten erhöht wird.

In allen Anstalten zur Ausbildung von Lehrern sind Curse für persönliche und Schulhygiene einzurichten.

Der Unterricht in Elementarhygiene soll, wenn irgend möglich, von hierzu besonders geeigneten Aerzten erteilt werden.

Allen höheren Lehranstalten und Universitäten ist dringend zu empfehlen, besondere Curse für Hygiene einzurichten und diese Gegenstände auch in die für den Eintritt festgesetzten Anforderungen einzuschliessen, um dadurch die Aufnahme der Hygiene in den Elementarunterricht der unteren Schulen herbeizuführen.

Der Congress billigt und empfiehlt die Einrichtung von Spielplätzen als ein wichtiges Mittel zur Verhinderung der Tuberculose wegen ihres fördernden Einflusses auf die Gesundheit und die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— In Brüssel hat sich ein Comitee aus Professoren der medicinischen Facultäten der belgischen Universitäten gebildet, welches eine Sammlung von Spenden zur Unterstützung der Witwen und Waisen der beim Erdbeben in Sicilien verunglückten Aerzte veranstaltet. Das Comitee führt den Namen Pro Italia medical und hat die Absicht, die erwähnte Stiftung zu einer internationalen zu machen. Diese Idee hat in Frankreich, in den Niederlanden, in Italien und in Russland Anklang gefunden und es haben sich in diesen Ländern Zweigcomitees gebildet —, im ersteren unter dem Vorsitz von Ségond, im zweiten unter Mendes de Leon, in Italien unter Pestolazza, in Russland unter Prof. Ott - St. Petersburg. Die Redaction des «Russkij Wratsch» hat sich auf eine Anfrage von Prof. Ott bereit erklärt, Spenden zum erwähnten Zweck entgegenzunehmen.

— In Lübeck ist die Anzeigepflicht für Erkrankungen an offener Lungen- oder Kehlkopftuberculose angeordnet für den Fall dass 1) der Kranke seine Umgebung gefährdet, 2) dass er seine Wohnung wechselt oder in ein Hospital übergeführt wird, 3) dass er mit Herstellung von Nahrungsmitteln beschäftigt ist.

— In der Sitzung des Vorstandes der Internationalen Vereinigung zur Erforschung des Krebses, die am 4. Januar in Berlin stattfand, wurde auf den Vorschlag von Prof. Czerny beschlossen, im September 1910 in Brüssel eine internationale Conferenz zur Erforschung des Krebses einzuberufen. Um das Material dafür vorzubereiten wird im April dieses Jahres eine Sitzung des Bureau des internationalen Verbandes zur Bekämpfung des Krebses stattfinden.

— Die Flecktyphusepidemie im Gouvernement Moskau hat zugenommen. — In Wladikawkas herrscht ebenfalls der Flecktyphus epidemisch.

— Verbreitung der Cholera in Russland. In der Woche vom 11. bis zum 17. Januar kamen Erkrankungen und Todesfälle an Cholera vor: in St. Petersburg mit den Vorstädten 193 (52), im Gouvernement St. Petersburg 1 (4) im Gebiet der Donkosaken 7 (4).

— In der Woche vom 14. bis zum 20. December 1908 erkrankten in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 547 Personen. Darunter Typhus abdom. 59, Typh. exanth. 4, Febris recurr. 80, Pocken 12, Windpocken 14, Masern 49, Scharlach 66, Diphtherie 92, acut. Magen-Darmkatarrh 48, Cholera 92, an anderen Infectionskrankheiten 31.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in der Woche vom 14. bis 20. Dec. 12038. Darunter Typhus abd. 603, Typh. exanth. 8, Febris recurrens 526, Scharlach 211, Diphtherie 141, Masern 66, Pocken 18, Windpocken 3, crupöse Pneumonie 87, Tuberculose 480, Erysipel 56, Keuchhusten 19, Hautkrankheiten 80, Syphilis 481, venerische Krankheiten 366, acute Erkrankungen 1946, chronische Krankheiten 1619, chirurgische Krankheiten 1352, Geisteskrankheiten 3200, gynäcologische Krankheiten 220, Krankheiten des Wochenbetts 47, andere Krankheiten 95, Cholera 214, Influenza 238.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 881 + 46 Totgeborene + 59 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 16, Febris recurrens 3, Pocken 4, Masern 9, Scharlach 18, Diphtherie 18, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 34, katarrhalische Pneumonie 116, Erysipel 1, Influenza 8, Pyaemie u. Septicaemie 8, Puerperalfieber 1, Tuberculose der Lungen 134, Tuberculose and. Organe 27, Cholera 38, Magen-Darmkatarrh 48, andere Magen- und Darmerkrankungen 49, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 25, andere Todesursachen 253.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. December 430 Personen. Darunter an Typhus abdom. 41, Typh. exanth. 4, Febris recurrens 73, Pocken 1, Windpocken 4, Masern 41, Scharlach 55, Diphtherie 76, Cholera 73, acut. Magen-Darmkatarrh 29, an anderen Infectionskrankheiten 23.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11515. Darunter Typhus abdominalis 584, Typhus exanth. 9, Febris recurrens 501, Scharlach 182, Masern 59, Diphtherie 114, Pocken 9, Windpocken 1, Cholera 167, crupöse Pneumonie 84, Tuberculose 489, Influenza 176, Erysipel 50, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 61, Syphilis 475, venerische Krankheiten 312, acute Erkrankungen 1748, chronische Krankheiten 1590, chirurgische Krankheiten 1330, Geisteskrankheiten 3205, gynäcologische Krankheiten 210, Krankheiten des Wochenbetts 50, verschiedene andere Krankheiten 54.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 918 + 60 Totgeborene + 55 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 20, Febris recurrens 2, Pocken 3, Masern 10, Scharlach 17, Diphtherie 18, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 45, katarrhalische Pneumonie 127, Erysipel 5, Influenza 14, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 17, Cholera 35, Magen- und Darmkatarrh 36, andere Magen- und Darmerkrankungen 40, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 69, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 296.

— Vom 22. bis zum 23. Januar erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 21 Personen, starben 8, genasen 7. In Behandlung verblieben 157. Vom Beginn der Epidemie sind 9600 Personen erkrankt, 3800 gestorben und 5500 genesen.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. M. Bobruk am Flecktyphus in dem Dorf Rudnja, Kreis Dubny, Gouv. Wolhynien, geb. 1863, Arzt seit 1891. 2) Dr. W. Dmitriew, geb. 1865, Arzt seit 1890. Er wurde in der Ambulanz des Dorfes Lopuschi im Gouv. Orel während des Krankenempfangs von einem Forstwächter erschossen, der sich darauf selbst das Leben nahm. 3) In Kamenez-Podolsk Dr. J. Kochanskij geb. 1854, Arzt seit 1882. 4) In Warschau Dr. S. Bergier, geb. 1831, Arzt seit 1858. 5) In Moskau Dr. B. Wolodsko, geb. 1868, Arzt seit 1891. 6) Dr. K. Orlow, geb. 1854, Arzt seit 1880. 7) In St. Petersburg Dr. L. Orleanskij, Ordinator am Nowosnamenski Irrenhause. 8) In St. Petersburg der Oberarzt am Lazaret des Regiments «Garde zu Pferde» Dr. A. Semenow.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. Jan. 1909.

Tagesordnung: Dr. S. Unterberger: Die Vererbung bei der Schwindsucht.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Febr. 1909.

Tagesordnung: Dr. Thiele: Ueber Hermaphroditismus.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

H. Fischer. Kriegschirurgische Rück- und Ausblicke vom asiat. Kriegsschauplatze. A. Hirschwald. Berlin. 1909.

G. Herschell. Soured Milk and Pure Cultures of Lactic Acid. Bacilli in the Treatment of Disease. Henry J. Glaisher. London. 1909.

W. Weygandt. Forensische Psychiatrie I. Teil. Göschen. Leipzig. 1908.

Nocht. Tropenhygiene. Göschen. Leipzig. 1908.

K. Jester. Die Ursachen und die Verhütung der hohen Säuglings-Sterblichkeit und die Ernährung und Pflege des Säuglings. C. Kabitzsch. (Stube). Würzburg. 1909.

W. Wendt. Alte und neue Gehirn-Probleme. Aerztliche Rundschau. (O. Gmelin). München. 1909.

J. Malynicz. Ueber die Häufigkeit postdiphtheritischer Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung. E. Speidel. Zürich. 1908.

S. Gottschalk. Gynäcologie. A. Hölder. Wien und Leipzig. 1909.

T. Axenfeld. Lehrbuch der Augenheilkunde. G. Fischer. Jena. 1909.

E. Sonnenburg. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. F. Vogel. Leipzig. 1908.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 5 St. Petersburg, den 31. Januar (13. Febr.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Statistik der Arthritis gonorrhoica.

Von

Dr. Arthur Jordan,

Ordinator am Mjassnitzkihospital in Moskau.

Die verschiedenen, seltenen Trippercomplicationen, wie Endocarditis, Meningitis, Pyämie, Lungeninfarct, Iritis u. s. w., welche in den letzten Jahren in der Literatur beschrieben worden sind, haben das Interesse für den viel häufiger vorkommenden Tripperrheumatismus stark abgeschwächt. Die Mühen und Sorgen, welche aber ein jeder derartige Fall bereitet, rechtfertigen eine erneute, kurze Betrachtung dieser Trippercomplication.

Die Kenntnis eines Zusammentreffens von Tripper und Rheumatismus ist uralt, die Deutung aber eine sehr verschiedene gewesen. Wohl ahnten die einen, dass ein Zusammenhang zwischen beiden bestehe, aber die anderen leugneten ihn und hielten das Zusammentreffen für zufällig. Wieder andere glaubten sogar, dass der Rheumatismus beim Tripper auf den Gebrauch der antigonorrhoischen Mittel zurückgeführt werden muss! Erst nach der Entdeckung des Gonococcus als Urheber der Gonorrhoe nahmen auch die Forschungen über das Wesen der Arthritis bei Gonorrhoe einen realeren Boden an. Eine ganze Reihe von Forschern, unter denen Zeissl[1]) Petrow, Kammerer, Horteloup, Smirnoff, Sonnenberg, Deutschmann und andere nennt, konnten den Gonococcus im Gelenksecret, andere wie Neisser, Finger, Ghon und Schlangenhaufer im Exsudat nachweisen und dadurch zeigen, dass zwischen beiden Krankheiten ein Zusammenhang existiert. Freilich stehen diesen positiven Befunden auch viele negative gegenüber, so dass Zweifel rege wurden, ob nur der Gonococcus, oder nicht auch andere eitererregende Coccen, oder vielleicht die Toxine Ursache der Gelenkerkrankung werden könnten. Die beiden letzteren Annahmen haben aber keine Anerkennung gefunden und heute sieht wohl die Majorität aller Urologen den Gonococcus als Urheber des Rheumatismus bei Gonorrhoe an. Den gelegentlichen negativen Gonococcenbefund erklärt man, wie Bogdanow[2]) sagt, damit, dass die serösen Schleimhäute für die Vermehrung des Gonococcus einen ungünstigen Nährboden abgeben, wodurch letzterer leicht zu Grunde geht. Andererseits kann aber auch der Gonococcus, wenn er sich in der Dicke der Gelenkkapsel angesiedelt hat, unentdeckt bleiben.

Der Rheumatismus steht unter den verschiedenen Trippercomplicationen an dritter Stelle, da an erster die Prostataerkrankungen und an zweiter die Nebenhodenentzündungen, letztere nach meinen[3]) Untersuchungen in der Häufigkeit von 11,7% zu nennen sind. Das Vorkommen von Tripperrheumatismus wird nach den diesbezüglichen Zusammenstellungen von Finger[4]), Zeissl[5]) und Bogdanow[6]) von den verschiedenen Autoren in folgender Weise angegeben:

von Weber	mit	1,4%,
„ Fournier	„	1,6%,
„ Besnier und Jullien	„	2,0%,
„ Bogdanow	„	2,5%,
„ Grisolla	„	2,8%,
„ Held	„	3,6%,
„ Bond	„	10% und von

einer Kopenhagener[1]) Statistik für das Jahr 1904 11%.

---

[1]) M. v. Zeissl. Lehrbuch der venerischen Krankheiten, Stuttgart 1902. S. 141.

[2]) Богдановъ. О перелойныхъ артропатіяхъ. Inaug. Dissertation. Moskau 1904.

[3]) А. Іорданъ. Къ статистикѣ гонорройныхъ эпидидимитовъ. Русск. журн. кожныхъ и венер. бол. 1905. Т. VIII. № 7.

[4]) Finger. Die Blennorrhoe der Sexualorgane. Leipzig u. Wien. 1901.

[5]) l. c.

[6]) l. c.

[1]) Cit. nach Virchow-Hirsch. Jahresber. über die Leistungen u. Fortschritte in der ges. Medicin. 1905. S. 613.

Abgesehen von diesen beiden letzten, überraschend hohen und mit den übrigen Angaben gar nicht in Einklang zu bringenden Ziffern stimmen alle anderen vorzüglich überein. Es ist daher wahrscheinlich, dass Bond und die Kopenhagener Statistik ihre Schlüsse aus Krankenhausbeobachtungen schöpften, wo mehr oder weniger nur complicierte Tripperfälle zur Aufnahme gekommen sein müssen. Sonst würden diese hohen Ziffern nicht recht verständlich sein. Beiläufig sei bemerkt, dass die Fälle von Tripperrheumatismus an der Universitätspoliklinik [2]) in Berlin erstaunlich niedrige sind, indem nämlich, im Jahre 1907, auf 1815 Tripperfälle nur 2 Fälle von Arthritis gonorrhoica kamen. Im Laufe einer bald 15 jährigen Praxis habe ich bei 820 männlichen Tripperkranken meiner Privatklientel 18 mal einen Tripperrheumatismus beobachtet, was 2,1% ausmacht. Diese Verhältniszahl entspricht der von Besnier und Jullien aufgestellten und unterscheidet sich nur wenig von der von Bogdanow, gleichfalls in Moskau gefundenen.

Was die Zeit des Ausbruches des Tripperrheumatismus anbetrifft, so trat derselbe in fünf meiner Fälle schon zwischen dem 7. und 11. Tage nach dem Tripperbeginn auf, in einigen anderen Fällen im Laufe der ersten zwei Monate, in der grösseren Mehrzahl, nämlich in 11 Fällen, dagegen erst im chronischen Stadium. Als Beispiel letzterer Art diese folgende Beobachtung:

Patient K., ein 30 jähriger Kaufmann erkrankte im Januar 1899 an acutem Tripper, welcher im Februar durch eine Epididymitis sin. compliciert und später chronisch wurde. Am 17. November, also 10 Monate nach Ausbruch des Trippers kehrte Patient von einer Geschäftsreise mit einer gonorrhoischen Gonitis sin. zurück.

Auch nach Finger sollen nicht die recenten, sondern erst die älteren Fälle von Blennorrhoe durch Rheumatismus compliciert werden, freilich fügt aber Finger hinzu, dass genaue statistische Angaben noch fehlen. Eine strict entgegengesetzte Anschauung vertritt Bogdanow, welcher den Tripperrheumatismus in 38% seiner Fälle schon im Laufe der ersten sieben Tage, in 57% im Laufe der ersten zwei Wochen und in 68% während der ersten drei Wochen ausbrechen sah. Wenn auch diese Anschauung nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen ist, bedarf sie doch für eine Verallgemeinerung der Bestätigung.

Unter den auslösenden Ursachen für den Rheumatismus werden vor allem Erkältungen, dann aber Traumen des zuerst oder allein betroffenen Gelenkes, Erectionen und Traumen der Urethra genannt. In wie weit Erkältungen einer Weiterverbreitung des Gonococcus Vorschub leisten können, lässt sich schwer beweisen. Zur Illustration des Einflusses der Erectionen, wie andererseits eines Traumas der Urethra auf den Ausbruch des Rheumatismus mögen folgende zwei Fälle als Beispiele dienen:

Patient M., ein 27jähriger Kaufmann, erkrankte am 30. Januar 1905, vier Tage nach dem letzten Coitus, an Tripper. Am 31. Januar liess sich schon ein Uebergang des Trippers auf die hintere Harnröhre nachweisen, so dass Bettruhe, Gonosankapseln und Belladonnasuppositorien ordiniert wurden.

Am 3. Februar stellten sich fast permanente Erectionen und Blutstropfen zum Schluss des Mictionsactes ein. Monobromcampher, Antipyrin und kalte Umschläge brachten nur geringe Besserung.

Am 13. Februar kam es zu einer Schwellung des linken Handgelenks, wie der linken Radiussehne. Am 15. Februar schwoll auch noch das Metacarpophalangealgelenk des rechten Daumen an. Aus dem ferneren Verlauf dieses Falles sei kurz erwähnt, dass zwar weitere Gelenkerkrankungen nicht vorkamen, sich aber auch noch eine Prostatitis subacuta entwickelte. Sehr allmählich schwanden schliesslich alle Erscheinungen, die arthritischen zuletzt, unter Schlammbädern.

In dem andern Fall handelte es sich um einen 21jährigen Commis, welcher seit zwei Jahren an einem chronischen Tripper litt, der sich in reichlichen Tripperfäden und einem gelegentlichen Morgentropfen kund gab. Obgleich die Fäden nur viele Leukocythen, aber keine Gonococcen enthielten, war doch bei reichlichem Vorhandensein ersterer, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, auch auf das Vorhandensein letzterer zu schliessen. Es musste daher, weil Patient im Begriff stand zu heiraten und die Heirat somit nicht völlig unbedenklich erschien, zu einer Behandlung des chronischen Trippers geraten werden. Patient ging bereitwilligst auf dieselbe ein und es wurden Höllensteininstillationen, in allmählich steigender Concentration, vorgenommen. Die Tiefspritzungen brachten eine entschiedene Besserung, indem die Fäden und damit auch die Leukocythen abnahmen. Am 5. October 1899 erhielt Patient die 9. Instillation einer 2,5% Arg. nitr.-lösung, wobei zum ersten Mal etwas Blut aus der Harnröhre sickerte. Am folgenden Tage trat Fieber auf, welches einen intermittierenden Charakter annahm, längere Zeit unklar blieb, bis sich eine immer mehr und mehr zunehmende, schmerzhafte Schwellung des rechten Humero-claviculargelenkes einstellte. Da Patient Lues nicht gehabt hatte, blieb keine andere Möglichkeit, als diese Arthritis als eine gonorrhoische ansprechen zu müssen. Der weitere Verlauf gestaltete sich ausserordentlich langwierig. Wochenlang hielten das intermittierende Fieber und die Schwellung an. Endlich Ende Januar 1900 trat Fluctuation ein und nach zwei tiefen Incisionen, welche Dr. Blumberg so liebenswürdig war vorzunehmen, ging es endlich zur Genesung. Eine Infiltration blieb aber an der Stelle der Schwellung dauernd nach und auch der Urin war nicht von Eiterkörperchen bergenden Tripperfäden frei geworden. Im April 1900 heiratete Patient gegen meinen Rat. Zum Glück ist aber die Frau gesund geblieben und hat ein Jahr später ein gesundes Kind geboren.

Ist auch dieser Fall durchaus nicht eindeutig, da hier, wie so häufig in der Privatpraxis, die Untersuchungen nicht in der gewünschten, exacten Weise vorgenommen werden konnten und der Hauptbeweis, das Vorhandensein von Gonococcen im Eiter der Gelenkschwellung nicht erbracht worden ist, glaube ich doch, den Fall als gonorrhoischen deuten zu müssen, verursacht leider durch das bei der Instillation gesetzte, kleine Trauma. Ausser einer gonorrhoischen Arthritis könnte doch nur noch eine luetische in Frage kommen, welche aber, abgesehen von der stricten Verneinung des Kranken Lues gehabt zu haben, indirect durch das bald darauf gezeugte, gesunde Kind auszuchliessen ist. Der fehlgeschlagene Nachweis von Gonococcen in den Tripperfäden ist noch als kein absoluter Beweis ihres Fehlens anzusehen, die Möglichkeit eines Ueberganges derselben in den Blutkreislauf bei dem kleinen Trauma nicht von der Hand zu weisen. Glücklicherweise gehören aber derartige Ereignisse zu den grössten Seltenheiten und ein Glück für den betreffenden Arzt, wenn als einziger Lichtblick bei dem sonst so bedauerlichen Fall die gesund gebliebene Frau erscheint.

Ausser dem Trauma, ausser den Erectionen, etc. spielt aber die individuelle Disposition keine zu unterschätzende Rolle für den Tripperrheumatismus. Unter meinen, gerade nicht häufigen Fällen von gonorrhoischem Tripperrheumatismus erklärten doch zwei Kranke, dass ein vorhergegangener Tripper gleichfalls von rheumatischen Erscheinungen begleitet gewesen war.

Der Beruf kann gelegentlich mitsprechen, wie z. B. bei meinem Patienten, der Reisender war, ist aber von

[2]) Charité Annalen. XXXII Jahrgang. Berlin. 1908. S. 489.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

untergeordneter Bedeutung und noch mehr gilt das vom Alter der Kranken. Es schwankte dasselbe bei meinen Fällen zwischen 21 und 42 Jahren, und zwar betrafen je drei Fälle das 22., 26. und 30., je zwei das 21. und 27. Lebensjahr, während die übrigen fünf Fälle sich verschieden verteilten. Das Lebensalter war demnach innerhalb der Altersgrenzen, wo der Tripper vorwiegt, ein sehr verschiedenes.

Von diagnostisch hoher Bedeutung ist die Frage, ob der Tripperrheumatismus nur ein Gelenk betrifft oder ob er mehrere Gelenke in Mitleidenschaft zieht. In sieben Fällen beobachtete ich das Ergriffensein nur eines Gelenkes, in 11 dagegen dasjenige mehrerer Gelenke. Das entspricht auch den sonstigen Angaben. Der Tripperrheumatismus kann monarthritisch auftreten, braucht es aber nicht. In den elf Fällen von Polyarthritis waren in vier je 4 Gelenke, in zwei je 3 und in fünf je 2 Gelenke erkrankt. Unter den einzelnen Gelenken erwies sich das Kniegelenk am häufigsten betroffen, nämlich 12 Mal, dann folgte das Tibiotarsalgelenk mit 8 Mal, ferner das Handgelenk mit 4 Mal, das Ellbogengelenk mit 2 Mal und das Humeroclavicular—, wie das Oberschenkelgelenk mit je einem Mal. Aehnlich ist die Reihenfolge auch bei den übrigen Autoren.

Unter den einzelnen Formen der gonorrhoischen Gelenkerkrankung unterscheidet König, dem ich folge: den einfachen Hydrops, die sero-fibrinöse und die phlegmonöse Form. Am häufigsten ist nach Bosse[1]) die serofibrinöse Form, was ich bestätigen kann, denn in 11 Fällen beobachtete ich diese, in 6 den einfachen Hydrops und nur in einem, dem beschriebenen, die phlegmonöse Form.

Das klinische Bild des Tripperrheumatismus ist durch seine Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Röte und das intermittierende Fieber so bekannt, dass ich darüber keine Worte zu verlieren habe. Hinsichtlich des Fiebers möchte ich nur bemerken, dass es nach meinen Beobachtungen nur gering und stets intermittierend ist.

Die Diagnose wird bei jüngeren Männern stets leicht sein, schwieriger bei älteren Herren und bei Frauen, wo man an die Trippermöglichkeit häufig garnicht denkt. Die monarthritische Form wird die Aufmerksamkeit auf Gonorrhoe, freilich aber auch auf Lues lenken. Sicher unterscheidende Merkmale der gonorrhoischen Arthritis von der luetischen gibt es nicht, wir sind auf die Anamnese und den Nachweis gleichzeitig vorhandener anderer, für das eine oder das andere Leiden sprechender Zeichen angewiesen. Wo es angeht, wird man zur Klärung eine Röntgenuntersuchung vornehmen lassen, welche bei beiden Krankheiten durchaus verschiedene Bilder liefert. Klinisch sehr schwierig ist die Differentialdiagnose, wenn Lues und Gonorrhoe gleichzeitig vorhanden sind, was ja auch vorkommt.

Bei Polyarthritis werden das niedrige Fieber, das Befallensein immerhin nicht wer weiss wie vieler Gelenke, vor allem aber das Versagen der Salicyltherapie als unterscheidende Merkmale von einem gewöhnlichen Rheumatismus zu verwerten sein.

Von den tuberculösen Gelenkaffectionen sind die gonorrhoischen verhältnismässig leicht zu unterscheiden durch das Auftreten der ersteren mehr im kindlichen Alter, durch die Bevorzugung des Hüftgelenkes, die Anamnese etc.

Die Prognose des gonorrhoischen Rheumatismus ist zwar keine gute, aber doch auch gerade keine schlechte. Unter meinen 18 Fällen von Tripperrheumatismus schwand derselbe in der Hälfte der Fälle spurlos, in fünf Fällen blieb freilich, teils eine geringe Steifigkeit, teils eine minime Schwellung des einen oder anderen Gelenkes, in zwei eine ausgesprochene Ankylose nach. Zwei Fälle entzogen sich der Behandlung, so dass das weitere Schicksal der Kranken mir unbekannt geblieben ist. Bei der Behandlung ist wohl alles, was nur bei Rheumatismus angewandt werden kann, versucht worden. Als meist geübteste Behandlung galt bis vor kurzem die Ruhigstellung des erkrankten Gelenkes, Wärme und Ichthyolvaselineinreibungen bei localer und innerer Behandlung des Trippers. Speciell letzteres wird im Allgemeinen als sehr wichtig angesehen, weil sowohl Besserungen, als Verschlimmerungen der Gonorrhoe selbst ihre sofortige Wirkung auf den Rheumatismus zeigen. Bei längerer Dauer und chronischem Verlauf kommen Massage, Schlamm- und Dampfbäder etc. zu ihrem Recht. Da man aber mit den Resultaten dieser Behandlung nicht zufrieden sein konnte, weil der Verlauf langwierig und nicht immer befriedigend war, suchte man neue Behandlungsmethoden. Die Serumtherapie hat versagt. Statt dessen sehen viele jetzt in der Bierschen Stauung das ideale Mittel, wobei nach Bier in frischen Fällen die Martinsche Binde für 22 von 24 Stunden des Tages umgelegt werden soll. Mir fehlen darüber noch eigene Erfahrungen. Bosse[1]), Arapsoff, Mathies[2]), Frank[3]) etc. berichten über gute Resultate, andere sind auch damit noch nicht zufrieden und empfehlen, wie z. B. Bendig[2]), nebenbei noch Collargolklysmata, Romeo Ricci[4]) endovenöse Collargolinjectionen. Kurz, wir sehen, dass trotz Neuerungen in der Behandlung des Tripperrheumatismus dieselbe auch noch weiter verbesserungsfähig bleibt.

Differentialdiagnose der Abdominaltumoren.

Von

Dr. A. v. Bergmann.

Vortrag, gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetage zu Reval.

M. H. Ein jeder von Ihnen wird wohl die Erfahrungen gemacht haben, dass, wenn er in einem compliciert- und schwierigliegenden Fall die gewöhnlichen Lehr- und Handbücher zu Rate gezogen, er doch meist das, was er suchte, nicht fand. Ganz besonders empfindet man das in dem so schwierigen Capitel der chirurgischen Abdominalerkrankungen. Diese Incongruenz zwischen der Nachfrage und dem Angebot beruht auf dem verschiedenen Standpunct, von dem die Lehrbücher ausgehen. Der Ratsuchende will an der Hand der vorhandenen Symptome zur richtigen Diagnose kommen und die Irrwege beleuchtet sehn, die er zu vermeiden hat, — und das Lehrbuch geht von der richtigen Diagnose aus und gibt in der Regel das eng umschriebene Krankheitsbild des typischen Falles. So ist es denn verständlich, wenn es zu einer Congruenz nicht kommen kann. Erst die practische Erfahrung lehrt das in den Lehrbüchern Gebotene richtig bewerten.

Gestatten Sie mir nun an der Hand meiner Erfahrung kurz einige Fragen aus der Abdominalchirurgie zu beleuchten.

Am besten diagnostisch abgegrenzt ist das Capitel der jetzt wohl ausschliesslich den Gynäcologen zufallenden Tumoren, welche von den weiblichen Genitalorganen ausgehen. Schwierigkeiten, resp. Irrtümer in der Deutung können wohl erst entstehen, wenn der Tumor eine ex-

[1]) Bosse. Ueber Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. W. 1907. № 43 u. 44.

[1]) l. c.

[2]) Cit. nach Bendig. Zur Behandlung der Arthritis gon. Medicin. Klinik 1908. № 34.

[3]) Frank. Ueber Anwendung der Bierschen Stauung in der Urologie. Med. Klinik 1908. № 21.

[4]) Ref. in Monatsh. f. pract. Dermatol. 1908. Bd. 47. S. 212.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cessive Grösse erlangt hat und durch diese Grösse allein schon imstande ist, die topographischen Verhältnisse derart zu verschieben, dass der Ausgangspunct der Geschwulst fraglich wird. Bei den langgestielten, ungemein leicht verschieblichen Cystomen des Ovarium kann es vorkommen, wie ich es bei meinem Amtsvorgänger einmal gesehn, dass ein Darmmyom irrtümlich für eine Ovarialcyste gehalten wurde. Die beim Verlagern des Tumors nach oben hin sich spannende Flexura sigm. (in der der Tumor sass) täuschte den Stiel der angenommenen Cyste vor.

Weiter können tuberculöse abgekapselte Exsudate diagnostische Schwierigkeiten bieten. Bei einem Manne von 50 Jahren habe ich einen Tumor operiert, der bei der Aufnahme sich genau wie eine Ovarialcyste von grossem Umfange präsentierte: da nun diese Diagnose ausgeschlossen war, konnte sie nur nach der Seite der abgekapselten Exsudate hin sich richten, und da kam nur Tuberculose in Betracht, denn das Exsudat bei malignen Tumoren zeigt keine Tendenz zur Abkapselung. Die Operation bewies aber, dass es sich um ein multiloculäres Cystom [1]) handelte, in welches das Netz aufgegangen war. Es sind dieses äusserst seltene Tumoren, die schon ihrer Seltenheit wegen nicht richtig diagnosticiert worden sind. In der Literatur ist mir nur ein analoger Fall von Schwarzenberg [2]) begegnet. Mein Operierter hatte eine über $1^1/_2$ Jahr sich erstreckende Leidensgeschichte hinter sich, er war in Petersburger und Moskauer Kliniken gewesen, in denen er beobachtet, mehrfach punctiert und schliesslich mit einer Ordination für innerlichen Gebrauch entlassen worden war.

Endlich geben die Beziehungen, in die die Adnexa des Uterus zu den Erkrankungen des Wurmfortsatzes treten können, Veranlassung zu diagnostischen Schwierigkeiten. Es kann die Tube vom pr. v. aus inficiert werden, man hat dann die einseitig erkrankte Tube vor sich, während der Entzündungsvorgang im pr. v. zur Rückbildung gelangt sein kann. Adhäsionen zwischen pr. v. und Tube sind keineswegs vereinzelte Vorkomnisse, und sie stellen den Operateur — Chirurg wie Gynäcolog — in gleicher Weise — vor die Frage, ob er nur die ursprünglich beabsichtigte Entfernung des einen Organes vornehmen, oder ob er sie alle beide entfernen soll.

Ist die Exstirpation ausgeführt worden, dann können nach geheilter Wunde und nach mehr oder weniger lange dauernder Euphorie die alten oder neue Beschwerden auftreten, die ihre Erklärung in einem sogenannten Stumpfexsudat finden.

Monate nach ausgeführter Operation palpiert man ein deutlich greifbares plastisches Exsudat, welches manchmal längerer Badecuren bedarf, um zum Schwunde gebracht zu werden. Diese Exsudate habe ich nicht am Darm in die Höhe ziehen sehn, sondern sie haben die Tendenz, im Becken zu bleiben, und dadurch immer wieder die Frage nach der Beteiligung der weiblichen Genitalorgane wachzurufen. Es ist eigentümlich, dass ich mich nicht erinnere, jemals beim Manne ein derartiges Stumpfexsudat beobachtet zu haben, während ich sie beim weiblichen Geschlecht mehrfach und in wechselnder Gestalt habe in die Erscheinung treten sehn. So trat kürzlich bei einem jungen Mädchen, das vor einem Jahr operiert worden war, einen ganz glatten Wundverlauf durchgemacht, und ihre Beschwerden verloren hatte, unter Fieber ein glatter, kugliger Tumor im Becken auf, der während der Beobachtung platzte und in kurzer Zeit völlig geschwunden war. Bei einem anderen jungen Mädchen, das bald nach ihrer Entlassung forciert gelaufen und gesprungen war, traten die gleichen Erscheinungen auf, die den Gedanken wachrufen konnten, es handele sich am Ende um einen vergessenen Tupfer; auch hier erfolgte spontane Rückbildung. Die Entscheidung, ob dieser Tumor ein entzündliches, circumscriptes Exsudat im Becken darstelle oder ob er doch mit dem Ovarium zusammenhänge, konnte mit Sicherheit nicht erbracht werden.

Wenn wir auf die Erkrankungen des Coecum übergehn, so concurrieren da Carcinom, Tbc., Aktinomykose, mit ganz gleichen Erscheinungsformen: blutige Durchfälle, Obstipation, Tumor, Verlötung mit dem parietalen Peritoneum können bei jedem dieser Leiden in gleicher Weise vorhanden sein; und schliesslich gibt es eine Appendicitisform, die mit ganz besonders starker Schwartenbildung in der Umgebung des entzündeten Pr. v. verläuft und die gleichen Erscheinungen macht. Sie erfordert auch die gleiche Therapie. Fünf solcher Appendicitisfälle, die ich radical mit Exstirpation und Darmresection behandelte, sind geheilt, in einem sechsten, wo ich nur mit der Entfernung des Pr. v. auszukommen versuchte, ist Darmperforation und letal auslaufende Peritonitis eingetreten.

Die Aktinomykose führt in seltenen Fällen zu so beträchtlicher Schwartenbildung, die Erweichung beschränkt sich nur auf geringe centrale Gebiete, dass man ein Neoplasma vor sich zu haben glaubt. Unter meinen ersten Fällen von Coecumaktinomykose operierte ich einen Fall als Sarcom, und da ich die Operation nicht radical ausführen konnte, — der Tumor erwies sich mit der Blase zu fest verwachsen, — musste ich, nachdem letztere an mehreren Stellen verletzt worden war, mich entschliessen den Tumor mit dem Paquelin von der Blase und vom Coecum abzutrennen. Ich hatte die Freude, Patient nach Jahren wohl und arbeitsfähig wiederzusehen. Inzwischen waren dann auch in der Literatur mehrere einschlägige Fälle publiciert worden, die das Vorkommen solcher Tumorbildungen bei Aktinomykose bestätigten. Die mikroskopische Untersuchung hat bei meinem ersten Fall von Bauchaktinomykose im Stich gelassen, erst beim dritten oder vierten Recidiv wurde die klinische Diagnose, von der ich nicht abging, bestätigt. Auch die bacteriologische Untersuchung versagt mitunter, namentlich in den Fällen, wo reichliche Schwartenbildung vorhanden ist, sie hat aber andererseits den Beweis erbracht, dass auch andere Mikroorganismen, so z. B. Streptococcen namentlich, ein der Aktinomykose ähnliches Bild machen können. In der Coecalgegend, oder die ganze unter dem Nabel gelegene Bauchwand einnehmend, zeigen diese Tumoren mächtige, mehrere Centimeter dicke Schwarten, welche eine Abscesshöhle umgeben, die nach der Beschaffenheit ihres Inhaltes und den Fortsätzen, die sie aussendet, klinisch für Aktinomykose gehalten werden kann. Solche Fälle haben auch im Verlauf viel der Aktinomykose ähnliches, sie verbreiten sich in gleicher Weise, nach der ersten Operation treten in der Umgebung neue Schübe auf, die Schwarten reichen bis ans Peritoneum und löten den Darm an.

Ich habe drei der typischsten solcher Fälle in der Erinnerung; einer hat kürzlich das Krankenhaus geheilt verlassen, nachdem er mehr als ein Jahr daselbst behandelt worden war und wiederholt Schwartenexstirpationen und Incisionen, sowie schliesslich die plastische Deckung einer Coecumfistel durchgemacht hatte.

Ein zweiter Fall stellt sich dazwischen wieder vor, seit Jahren besteht eine gut granulierende Wundfläche, die definitiv nicht benarben will.

Ein dritter endlich ist relativ schnell an stetig fortschreitender Eiterung zu Grunde gegangen.

Der Coecumtumor kann weiter Veranlassung zu diagnostischen Irrtümern geben, wenn er nicht oder nur

[1]) Petersburger med. W. 1897, Nr. 3.
[2]) Beitrag zur klin. Chir. XI p. 713.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

wenig fixiert ist. Bei einem langen Mesenterium kann der Tumor nach oben an den Rippenrand und in das Epigastrium verlagert werden. Am häufigsten jedoch erlebt man es, dass der Tumor für eine Niere gehalten wird. So ist in diesem Herbst eine Kranke von Dr. Keilmann operiert worden, der ich 1901 die Operation proponierte, weil ich ein Coecum-Carcinom vermutete; sie wandte sich nach Dorpat und hier wurde angeblich eine Wanderniere constatiert. Im Herbst 1908 nun wandte sie sich an die Abteilung von Dr. Keilmann, um ihren Ovarialtumor operieren zu lassen, hier wurde eine Gänseeigrosse, gallerthaltige Geschwulst exstirpiert, in die der Wurmfortsatz aufgegangen war.

Für den Nierentumor muss man sich an das Postulat halten, welches Le Dentu bereits in seinem Lehrbuch so sehr betonte — der Tumor muss in die Lumbalgegend zurückgebracht werden können; ich habe Le Dentu folgend die Differentialdiagnose machen können in Fällen, in denen der angebliche Nierentumor sich als Coecaltumor, oder als tiefstehender beweglicher Leberlappen erwies.

Allein ein zu starres Festhalten an dieser Forderung — der Reponibilität in die Lumbalgegend — kann gleichfalls zu diagnostischen Irrtümern führen. Abgesehn von den malignen Tumoren, die die Nierenfettkapsel durchwachsen haben und nun an beliebigen Stellen Verlötungen herbeiführen können, führen namentlich Erkrankungen des Nierenbeckens zur Fixierung der Niere, ja, es ist auch möglich, dass eine anscheinend gesunde Niere in dislocierter Stellung fixiert wird. Was die Ursache dieses immerhin seltenen Vorkommens ist, kann nicht immer bestimmt werden, mitunter scheinen Entzündungsvorgänge innerhalb des Peritoneum gelegener Organe, vor allem des Wurmfortsatzes und der Gallenblase, die extraperitoneale Adhäsionsbildung ausgelöst zu haben, in anderen Fällen kann jedoch kein solches Moment nachgewiesen werden. So operierte ich im vorigen Jahr einen schlanken hageren Herrn, der an Schmerzanfällen litt, welche durch Fahrten, körperliche Bewegungen, aber auch ohne alle äusseren Momente ausgelöst wurden, mit Temperatursteigerung einhergingen, ohne Icterus verliefen. Den Schmerzpunct verlegte Patient dabei nach links von der Mittellinie. (Eine gegenwärtig in meiner Abteilung liegende Frau mit grosser rechtsseitiger fixierter Retentionsniere klagte ebenfalls über Schmerzen, vorwiegend, oder ausschliesslich links, die mit der Entfernung des Tumors geschwunden sind). Ich glaubte das Leiden jenes Herrn auf Cholelithiasis beziehn zu müssen und hielt den irreponiblen Tumor für die in Kantenstellung befindliche Leber. In dieser Annahme wurde ich durch die Röntgenaufnahme bestärkt. Die Operation ergab nun, dass die Leber vielleicht etwas tief stand, im Uebrigen aber ebenso wie die Gallenblase, der Magen und das Duodenum, normal war. Der Tumor war die vergrösserte nach innen und oben fixierte und dislocierte Niere. Es war sehr schwierig, die in allen Dimensionen vergrösserte Niere, deren Becken leicht gefüllt war, aus den Adhäsionen zu lösen und zu reponieren. Zwei Tage p. op. war der Urin eiweisshaltig. Gegenwärtig geht es dem Patienten ausgezeichnet. Also Nieren, in welchen Entzündungsvorgänge im Becken sich abspielen, Hydro- oder Pyonephrose oder auch Nieren ohne nachweisbare Erkrankung können in dislocierter Lage fixiert werden. Wenn das auch die Ausnahme und die Reponibilität des Nierentumors in die Lumbalgegend die Regel ist, so wird dadurch zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geboten, namentlich in den Fällen, wo die functionelle Prüfung der Niere ein negatives oder direct irreführendes Resultat ergibt.

So habe ich am 4. XI a. c. eine 56-jährige hagere Frau operiert, welche angibt, in letzter Zeit abgemagert zu sein. Seit 3 Jahren habe sie Schmerzen in der rechten Nierengegend, die in das rechte Bein ausstrahlen. Vor 2 Jahren ist eine starke Nierenblutung gewesen, die sich am 25. X a. c. wiederholte; man palpierte einen etwa 2 Faust grossen Tumor, der sich exquisit in die Lumbalgegend verschieben liess, seine vordere Fläche liess sich nicht mit Deutlichkeit von der Leber abgrenzen, aber der aufsteigende Verdacht, dass die Leber am Ende beteiligt sei, musste gegenüber der exquisiten Reponibilität in die Lumbalgegend weichen. Zudem waren wiederholte Blutungen gewesen, bestanden die in das rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen, wenn auch cystoskopisch nichts abnormes gefunden wurde, so war doch der helle, leicht trübe saure Urin reich an polynucleären Eiterkörperchen und enthielt vereinzelte rote Blutkörperchen. Eine Röntgenaufnahme zeigte keinen Nierenstein, sie war allerdings als nicht ganz gelungen zu bezeichnen. Bei der Operation fand sich eine Niere von normalem Aussehn. Die Niere war dislociert und innen in grosser Ausdehnung an die vena cava fixiert, so dass sie nur von vorne nach hinten verschoben werden konnte, nicht aber in andrer Richtung zu bewegen war. Dadurch rief sie den Eindruck hervor, mit dem tiefstehenden rechten Leberlappen einen Tumor zu bilden. Die Leber stand in leichter Kantenstellung, so dass die vom Lumbalschnitt aus zu palpierende Gallenblase, welche einen reichlich kirschgrossen Stein enthielt, von vorne nicht zu tasten war. Ich löste die Niere von der vena cava, reponierte sie und eröffnete nun das Peritoneum, die Gallenblase war mit dem colon transversum verlötet. Sie wurde exstirpiert mit einem bis auf die Mucosa reichenden Stück der Darmwand. Beim Aufschneiden der Gallenblase zeigte dieser an Ueberraschungen reiche Fall an der dem Darm adhärenten Kuppe ein kleines Carcinom, welches zwar noch der pathol. anat. Bestätigung bedarf, makroskopisch jedoch durchaus charakteristisch aussieht. Dieser Fall lehrt, wie grosse Täuschungen vorkommen können und hervorgerufen werden durch Adhäsionen. Und wie leicht kommen solche zustande!. Zu betonen ist, dass solche Adhäsionen extraperitoneal anscheinend immer in nächster Nähe des ursprünglichen Erkrankungsherdes gefunden werden, intraperitoneal jedoch auch an weit entfernten, diametral entgegengesetzten Stellen. Weiter führt dieser Fall auf die Tatsache, dass es eine Reihe von Tumoren in der Bauchhöhle gibt, die vorhanden sind, aber garnicht oder nur indirect als solche gemutmasst werden können. Die Mehrzahl der Magencarcinome, namentlich in dem Operationsfähigen Stadium, Neoplasmen und entzündliche Tumoren der Flexura lienalis und des Pancreas sind der Palpation nur in seltenen Fällen zugänglich, ihre Diagnose erfolgt indirect durch functionelle Störungen, die sie auslösen, oder sie machen sich erst durch ihre Metastasen oder sonstige Folgezustände bemerkbar.

Endlich seien noch die retroperitonealen Tumoren erwähnt, welche, vielfach in ihrer Aetiologie noch dunkel, entweder in näherer Beziehung zum Darm stehn, wie die verschiedenen Mesenterialcysten, oder welche an sich gutartig sind, wie die Lipome, jedoch durch ihren Sitz und ihre Grösse, sowie den schwierigen Weg, der zu ihrer Entfernung erforderlich ist, verhängnisvoll werden können; oder es handelt sich um Tumoren, deren Operabilität von vorn herein ausgeschlossen ist. Ich habe, wenn auch in Zwischenräumen, das Wachstum eines solchen Tumors verfolgen können. Fest und breitbasig sass er nach innen von der Gallenblase und der rechten Niere der hintern Bauchwand unverschieblich an, früh schon machte er Stauungserscheinungen in beiden Beinen, die dann später wieder schwanden, der Tumor erreichte eine gewaltige Grösse und zeigte dann an einer

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Stelle Undulation. Die Punction entleerte ca 3/4 Liter einer klaren, bräunlich-gelben Flüssigkeit, welche Stärke in Zucker verwandelte. Die Section erwies, dass der Tumor von der vena cava seinen Ausgang genommen hatte, diese war durchwachsen; zu keinem andern Organ war der enorme Tumor in irgendwelche nähere Beziehung getreten. Das Pankreas speciell liess sich vollkommen unverletzt abtrennen. Der Tumor enthielt mehrere Cysten, deren grösste ich eröffnet hatte. Von einer Autorität im Auslande war der Tumor so sicher als Nierentumor angesprochen worden, dass sogar eine Punction unterlassen und nur das Bedauern ausgesprochen wurde, dass dieser Nierentumor nicht rechtzeitig operiert worden ist. Ich kann dieses Thema nicht verlassen, ohne eines Tumors zu gedenken, der meist für den Finger erreichbar, durch Specula und Rectoskop dem Auge zugänglich gemacht werden kann, und doch nicht richtig gedeutet zu werden braucht — ich meine das Rectumcarcinom. In der Literatur ist mir bisweilen die Bemerkung aufgefallen, dass spontane Heilungen desselben beobachtet worden sind. Nach allem, was wir über das Carcinom wissen, erscheint ein solcher Heilungsvorgang ausgeschlossen, und andrerseits ist das klinische Bild eines Rectumcarcinoms so eindeutig, dass eine Verwechselung mit Tbc. oder Lues ebenfalls ausgeschlossen erscheint, und doch habe ich zwei Fälle erlebt, deren einer mir von Prof. Garré aus Königsberg als inoperabel zur event. späteren Colostomie überwiesen wurde. Der Fall ist glatt geheilt, die Blutungen und der Tumor sind verschwunden, Patientin ist seit mehr als 5 Jahren frisch und gesund, und nur eine leichte Verengerung, die jedoch weich und dehnbar ist, erinnert an den Sitz der Affection. Der zweite Fall ging mir aus der inneren Abteilung unseres Krankenhauses zu. Der Tumor, das Drängen, der Blutabgang und die Schmerzen waren unverkennbar. Nach der Colostomie erholte sich die hochgradig heruntergekommene Patientin glänzend, und der Tumor schwand, allerdings mit Hinterlassung einer Stenose, die durch das Rectoskop nicht passiert werden kann.

M. H. Wenn Sie das grosse Gebiet überschauen, das ich hier nur flüchtig und skizzenhaft habe beleuchten können, so werden Sie zugeben müssen, dass trotz der Zuhilfenahme der modernen chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden, trotz Röntgenbild und aller vorhandenen Hilfsmittel die Diagnose der Art eines Abdominaltumors oder seines Vorhandenseins überhaupt leider oft genug nicht mit wünschenswerter Präcision gestellt werden kann, und wir nur an der Hand der vorhandenen Symptome uns für die Dringlichkeit eines Eingriffes oder gegen einen solchen aussprechen können. Das ist denn auch der Standpunct, von dem aus wir an den einzelnen Fall heranzutreten haben. Die Frage nach der Diagnose ist eine secundäre, an erster Stelle steht die Frage: gehören die vorhandenen Symptome — natürlich mit Berücksichtigung der Anamnese — zu derjenigen Kategorie, bei welcher eine Operation sofort indiciert ist oder zur II., bei der ein Abwarten gestattet ist, oder endlich zur III., bei welcher ein Eingriff überhaupt contraindiciert ist.

Ich meine, es ist ein Unterschied, ob man von diesem Standpunct aus an den Fall herantritt, oder ob an erster Stelle die Frage nach der Diagnose steht; ist letzterer der Fall, so kann in schwierigen Fällen der richtige Zeitpunct zum Eingriffe versäumt und beim Suchen nach der Diagnose das Wohl des Kranken zu kurz kommen. Vom therapeutischen Standpuncte aus haben wir an die Fälle der Abdominaltumoren heranzugehn, zu richtiger Zeit zu operieren, auch wenn wir dieses von einer falschen oder unvollkommenen Diagnose aus tun. In unserer Schnittführung endlich haben wir tunlichst den verschiedenen Möglichkeiten Rechnung zu tragen, durch welche der Symptomencomplex hervorgerufen werden kann, welcher uns zum Eingriff zwingt.

Referate.

Professor Dr. Romberg: „Die heutigen Methoden zur Anregung der Diurese" Münchener Medicinische Wochenschrift 1908, Nr. 39, S. 2028.

Für die Anregung der Diurese waren bis vor kurzem massgebend Wasseransammlungen im Körper und Nierenerkrankungen (auch ohne Wassersucht). Neuerdings betrachtet man jedoch die Diurese für Nierenerkrankungen ohne gleichzeitige Wassersucht nicht geeignet, ja sogar bei acuter Nephritis und bei Pyelonephritis für schädlich.

Zur Steigerung der Diurese kann die Verbesserung des gesamten Blutumlaufs oder die directe Beeinflussung der Nierentätigkeit herangezogen werden. Früher glaubte man durch die Erhöhung des arteriellen Blutdrucks den Kreislauf zu verbessern. Durch Heidenhain und seine Schüler ist nachgewiesen, dass die Schnelligkeit des Blutstroms, also die Menge der den Nieren zugeführten, harnfähigen Stoffe massgebend ist. Dadurch ist der Gebrauch der Herzmittel viel allgemeiner geworden. Als vornehmstes Herzmittel gilt immer noch die Digitalisdroge in ihren verschiedenen Zubereitungen. Weiter kommt die Tinctura Strophanthi in Betracht, für äusserste Notfälle mit schwerer cardialer Dyspnoe und entsprechend darniederliegender Diurese das Strophanthin als intravenöse Injection.

Bei Herzschwäche ohne weitergehende Kreislaufstörung wird mehr Wert auf die Anregung der Nierentätigkeit gelegt. Die glänzenden Untersuchungen von v. Schröder sind die Körper der Purinreihe dazu in erster Linie geeignet. Am energischsten wirkt das Theophyllin (Dimethylxanthin), am besten in folgenden Gaben: es wird mit 2 Mal täglich 0,1 Theophyllin am Tage begonnen, bei noch ungenügender Wirkung am 2. Tage auf 2 Mal 0,2 gestiegen, dann das Mittel nur einen Tag um den andern oder noch seltener gereicht und die Dosis auf 3 oder 4 Mal 0,2 gesteigert. Man erhält so glänzende Diuresen. Schmiedeberg ist es zu danken, dass er gewisse dem Mittel zur Last gelegte Nebenerscheinungen als Zufälligkeiten nachgewiesen hat. Weniger energisch wirkt Diuretin (Theobromin. natr. salicylic.), noch weniger das reine Theobromin. Andere Diuretika, so auch die pflanzlichen Mittel, treten gegen die Purinkörper völlig zurück. Calomel und salicylsaures Natron schädigen direct die Nieren. Als ungeeignet zur Diurese dürfte der von G. Sée empfohlene Milchzucker bezeichnet werden, als veraltet die Salze und das Wasser. Erwünscht wäre ein subcutan oder intravenös zu applicierendes Mittel.

Auch bei Herzschwäche oder örtlicher Erkrankung der Nieren sind die Purinkörper, besonders wieder das Theophyllin, dann aber auch das Diuretin durch kein anderes Mittel zu ersetzen. Uebermässige Wasserzufuhr vereitelt oft den Erfolg der Diurese, daher ist auch der Salzgehalt der Speisen bei Nierenkranken zu regulieren, bei hydropischen und urämischen Nierenkranken sogar intermittierend zu beschränken.

N.

Dr. Th. Zaeslein—Genua. Ueber Digitalone. Ein neues Digitalispräparat. D. Medic. Zeitung Nr. 5. 1909.

Ueber Digitalone (Park Davis u. Co.) machte Verf. Versuche und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Digitalone, ein steriler Extract der Digitalisblätter, erfüllt die Bedingungen, welche die Therapie an ein Digitalispräparat stellt, besser als alle älteren Präparate.
2. Es übertrifft die Präparate, welche nur einen Teil der wirksamen Bestandteile der Pflanze enthalten, indem seine Wirkung eine allgemeinere ist, und ähnlicher der Digitaliswirkung.
3. In die Venen eingespritzt, hat es einen sofortigen sicheren Erfolg und gibt zu keinen Unannehmlichkeiten Anlass.
4. Innerlich verabreicht, hat es eine ziemlich rasche Wirkung, welche die Zeit der Darreichung 3—20 Tage überdauert.
5. Das Präparat wird ohne Widerwillen genommen; es wird gut vertragen und hat bis jetzt keine cumulativen Wirkungen gezeigt.

Die Versuche wurden an Kranken gemacht, welche nicht nur an einer leichten oder temporären Insufficiens litten, sondern auch Oedeme, Cyanose, Atemnot, unregelmässigen Puls, ungenügende Diurese etc. aufwiesen.

F. Holzinger.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

J. Bungart: Ueber Recidive bei croupöser Pneumonie. (Münchener Med. W. Nr. 38. 1908).

Echte Recidive werden bei croupöser Pneumonie selten beobachtet. Als Recidiv muss nach Thomas eine neue pneumonische Infiltration bezeichnet werden, die nach eingetretener Resorption und vollständiger Entfieberung einsetzt. Der freie Intervall kann von 1—26 Tage dauern. Bei den 3 Patienten des Verfassers aus der Hochhaus'schen Klinik in Köln wurde zweimal eine fieberfreie Zeit von 3 Tagen und einmal von 14 Tagen beobachtet. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen erleichterte in allen 3 Fällen die Diagnose. Auf der Höhe der Krankheit war ein dichter Schatten sichtbar, der gegen Ende des freien Intervalls verschwand, um beim Auftreten des Recidivs wieder zu erscheinen. In zwei der angeführten Fälle trat die Entfieberung nach der primären Erkrankung allmählich ein, worauf schon andere Autoren aufmerksam gemacht haben. Nach seinem ganzen klinischen Bild unterscheidet sich das Recidiv in keiner Weise von der gewöhnlichen croupösen Pneumonie. Dabei werden meist, auch in den Fällen des Autors, die zuerst erkrankten Lungenlappen befallen. Prognostisch sind die Recidive als eine durchaus günstige Complication der Pneumonie anzusehen. Dadurch zeichnen sie sich vorteilhaft aus vor den Nachschüben und den Wanderpneumonien. Was nun die Ursache zur Entstehung eines Recidivs anbelangt, so nimmt Autor an, dass es sich um eine Wiederholung des ersten Krankheitsprocesses durch ein Wiederaufleben der bereits vernichteten oder wenigstens stark zurückgedrängten schädigenden Coccenwirkung von der ersten Infection her handelt. Es wäre also eine völlig neue Infection auszuschliessen.

Weyert.

Dr. Nourney. Tuberculinanwendung behufs activer Immunisierung. Deutsche Med. Zeitung Nr. 2. 1909.

Verf. polemisiert gegen die Anwendung grösserer Mengen Tuberculin-Koch und empfiehlt kleine, seltene Gaben von 0,1 Tuberculin: 100,0 aq. carb. 0,5 pCt.; davon $^1/_{10}$ Pravatzspritze. Damit erzielte er gute Erfolge bei chirurgischer, Haut- und Lungentuberculose. Auch bei chronischem Eczem, chronischen Erkrankungen der Blase, Niere, Darm, Bauchfell und der Luftwege nichttuberculösen (! Ref.) Characters rühmt er dieses Verfahren. Seine Schlussfolgerungen lauten:

1) Tuberculin an sich ist kein activ immunisierendes Heilmittel. Es beeinflusst nur vorhandene autoimmunisatorische Vorgänge.

2) Häufige und steigende Tuberculingaben führen einen ungenügenden Immunitätsgrad in eine vorzeitige (? Ref.). Heilung über. Sie bleiben gefährlich und schützen nicht vor Rückfällen.

3) Durch kleine und seltene Gaben wird der Naturheilungsvorgang gesteigert auf dem Wege activer Immunisierung.

Die eigentümlichen Widersprüche aufzuklären muss dem Verf. überlassen bleiben.

F. Holzinger.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Wolfgang Weichardt. Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung, unter Mitwirkung von Fachgenossen. III. Band. Bericht über das Jahr 1907. Stuttgart. Verl. von Ferdinand Enke. 1908.

Mit bewunderungswürdiger Schnelligkeit hat Weichardt den Bericht für das Jahr 1907 fertiggestellt, welcher an Umfang denjenigen für das Vorjahr wiederum um ein Bedeutendes übertrifft. Diese Zunahme ist nicht nur durch das Anwachsen der Immunitätsliteratur bedingt, sondern hat seine Gründe auch in der Vervollkommnung des Werkes selbst, Durch Heranziehung neuer Hilfskräfte, wie Levaditi: Pozerski, Lewis, Lewin, Possek, Lüdke, Eisenberg, Fröhlich, Sachs, Friedberg, Händel, Leuchs, ist das Berichtsmaterial vollständiger gesammelt, zum Teil auch ausführlicher referiert, wenngleich die Behandlung des Stoffes naturgemäss eine recht ungleichmässige ist und vielfach nicht über die Nennung des Autors und der Ueberschrift seiner Arbeit hinausgeht. Ferner ist das Sachregister mit grösserer Ausführlichkeit bearbeitet als in den beiden ersten Bänden, womit der Herausgeber einem vielerseits (auch von uns) geäusserten Wunsche nachgekommen ist.

Die Anordnung des Stoffes hat insofern eine Aenderung erfahren, als die Referate nicht mehr alle, nur nach den Autorennamen alphabetisch geordnet, einander folgen, sondern zwei grosse Gebiete herausgehoben und für sich getrennt bearbeitet worden sind. Es sind dieses die Capitel über «Anaphylaxie» und über «Phagocytose, Opsonintheorie und Verwandtes». Dem erstgenannten Capitel geht eine stattliche zusammenfassende Abhandlung (von 50 Seiten) über die Anaphylaxiefrage aus der Feder Levaditis voraus, dem zweiten eine gedrängte aber klare Uebersicht von W. Rosenthal, welcher bereits im vorhergehenden Bande die Opsoninfrage behandelt hatte. Alle übrigen Referate aus der gesamten Immunitätsliteratur und der Grenzgebiete (Carcinom- und Syphilisliteratur) bilden den Hauptteil des Werkes.

Der Herausgeber selbst hat wiederum dem Jahresbericht eine kurze «allgemeine Uebersicht» vorausgeschickt und eine höchst dankenswerte Zusammenfassung» folgen lassen.

Weichardt betrachtet die Abtrennung und gesonderte Behandlung einzelner Teilgebiete der Immunitätsforschung zunächst nur als einen Versuch, von dessen Aufnahme seitens der Interessenten es abhängen soll, ob dieses System in Zukunft beibehalten und weiter durchgeführt werden wird. Es dürfte wohl kaum ein Zweifel darüber walten, dass ein Jeder die geringen Unbequemlichkeiten im Aufsuchen der einschlägigen Arbeiten gern in den Kauf nehmen wird, wenn die Behandlung der einzelnen Abschnitte ebenso gediegen ausgeführt werden wird, wie im vorliegendem Bande.

A. Wladimiroff.

Prof. Dr. Salzwedel. Handbuch der Krankenpflege. 9. Auflage. Berlin. 1909. August Hirschwald.

Das in 9 Auflage vorliegende Handbuch der Krankenpflege dürfte nicht nur als Lehrbuch für die sich zur Prüfung vorbereitenden Krankenpfleger geeignet sein, es enthält vielmehr soviel practische Ratschläge in populärer Form, dass es sehr wohl auch für den Hausgebrauch empfohlen werden kann. Nach der etwas zu knapp angelegten Beschreibung des Baues und der Verrichtungen des menschlichen Körpers beschreibt der Verfasser in übersichtlicher und klarer Weise alles auf die Krankenpflege bezügliche, wobei besondere Kapitel den Hilfeleistungen bei Verletzungen, bei plötzlichen Unglücksfällen und der Pflege bei ansteckenden Krankheiten und bei Sterbenden gewidmet sind. Zahlreiche Abbildungen erleichtern das Verständnis der beschriebenen Handgriffe. Die Ausstattung des Buches ist eine gute.

W. Beckmann.

Prof. Dr. S. Gottschalk. Gynäkologie. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1909. Preis 6 Mark.

Das kleine vom bekannten Berliner Gynäkologen Gottschalk verfasste Werk bildet den XIII Band der medicinischen Handbibliothek von Dr. F. Luithlen. Man sollte gar nicht glauben, dass sich die ganze Gynäkologie in einen so kleinen Band zusammendrängen lässt, und doch findet der practische Arzt alles für ihn Wesentliche und dabei zugleich das Neueste. In mehreren Capiteln kommen die Resultate eigener Arbeiten des Verfassers zur Geltung (Prolapsoperation, Chorioepithelioma u. A.). Theoretische Auseinandersetzungen sind überall vermieden, nur das, was sich bewährt hat, wird empfohlen, seltene Erkrankungen wie Missbildungen sind ganz unberücksichtigt gelassen worden. Verfasser hat seine Aufgabe gelöst, indem er dem practischen Arzte in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht einen erschöpfenden und guten Ratgeber auf gynäcologischem Gebiete geliefert hat. Die Ausstattung und die Textabbildungen des Buches genügen vollkommen allen Anforderungen.

W. Beckman.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 17. November 1908.

I. Albanus hält seinen angekündigten Vortrag: Bemerkungen über die diesjährige Choleraepidemie. (Für den Druck bestimmt).

Discussion:

Kernig: Ins weibliche Obuchowhospital wurden während der diesjährigen Choleraepidemie bis zum heutigen Tage insgesamt 570 cholerakranke Frauen aufgenommen, von denen 274 gestorben sind, d. h 48,1 pCt. Von den intravenös mit Serum behandelten Patientinnen starben 51 pCt., doch wurden dieser Behandlungsmethode nur die sehr und äusserst schweren Fälle unterworfen, immerhin ein niederschlagendes, trauriges Resultat der Serotherapie. Das Mortalitätsprocent in den nächstfrüheren Epidemien betrug 1892: 42 pCt., 1893: 57,7 pCt., 1894: 60 pCt., 1895: 59,6 pCt. Nach den Angaben des städtischen Bureaus beträgt die heurige Sterblichkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

40,7 pCt., welche Zahl im Vergleich mit 48,1 pCt. ein richtiges Verhältnis zwischen Stadt- und Hospitalmortalität darstellen würde. Nach dem „Russki Wratsch" beträgt die Sterblichkeit in ganz Russland bisher 47,15 pCt. — Hinsichtlich der Technik der intravenösen Injectionen will Kernig im Anschluss an die Discussion der Sitzung vom 22. Sept. c. und im Gegensatz zur damaligen Angabe von Dr. Stühlern ausdrücklich constatieren, dass die directe Einführung der Canüle durch die Haut in die unpräparierte Vene bei Frauen sehr schwierig ist, trotz Stauung infolge des dicken Fettpolsters häufig nicht gelingt, sodass im weiblichen Obuchowh spital die Venen stets freipräpariert werden mussten, und selbst dann die Einführung schwer war, besonders wenn die Venen stark collabiert waren.

Serck: Das Verhältnis zwischen Stadt- und Hospitalsterblichkeit kann wohl für andere Krankheiten gelten, nicht aber für die Cholera, welche fast nur im Hospital zur Behandlung käme.

Kernig: Die Diagnose auf Cholera wird vielfach nicht richtig gestellt, sodass obiges Verhältnis wohl zu Recht bestehen dürfte. In der Pauls-Junkerschule z. B. starben nach Prof. Tschistowitsch von 55 Erkrankten nur 6; im klinischen Sinne lag eine entwickelte Cholera doch nicht vor, wohin würden solche Fälle gezählt?

Schmitz: Die Zahlen in den Zeitungen stimmen mit denen im «Jeshenedjelnik» nicht völlig überein. Nach letzterem beträgt die diesjährige Sterblichkeit 44,8 pCt. Für die Epidemie im Jahre 1892 (1. August bis 9. December) betrug die Mortalität 30,5 pCt., 1894 (19. Juni—12. October) 48,7 pCt. für die Stadt Petersburg, in ganz Russland etwas weniger als 50 pCt. — Es fragt sich ferner, von wann an der Anfang der Erkrankung zu rechnen ist.

Albanus und Kernig: In vielen Fällen kann die Stunde der Erkrankung genau angegeben werden. Die prämonitorische Diarrhoe kann fehlen. Es ist daran festzuhalten, dass Durchfall das erste Symptom der Cholera ist, das Erbrechen erst später auftritt.

Lunin gibt die Daten aus dem Elisabeth-Kinderhospital. Zur Aufnahme kamen 27 Fälle, davon 23 Kinder jünger als 6 Jahre. 16 Fälle erwiesen sich als schwere, 11 Fälle als leichte, gestorben sind 5 Kinder. Bei der Diagnose half die Anamnese, die Kinder wurden aus Häusern und Familien eingeliefert, in denen schon Cholera vorgekommen war. Fast alle Fälle, insbesondere die leichten, sind bacteriologisch festgestellt worden bis auf zwei. Der Tod trat am 1.—2. Tage ein. Nur ein Kind hatte das Typhoid durchzumachen. Die Behandlung umfasste Folgendes: grosse Dosen Wismuth, Thee mit Wein, Campher, subcutane Kochsalzinfusionen alle 3—6 Stunden, je nach dem Alter 50—150 Cbcm.; am vorzüglichsten wirkte die Wärmeapplication in Form des Heissluftbades bis zu 50° C., alle 2 Stunden in manchen Fällen; höhere Temperatur bewirkte Unruhe; in einigen sehr schweren Fällen schien diese Methode direct lebensrettend zu wirken. Das Scharapowsche Serum ist nur in einem Falle injiciert worden, welcher nicht gesundete.

Lingen hat 1893 im Peter-Paulhospital an der Cholerabaracke gearbeitet. Es kamen 208 Fälle zur Behandlung, von denen 54,2 pCt. starben; ins Typhoid gelangten 53 Fälle, welche letal endigten. Das beste Mittel war die Infusion, welche die Kranken aus dem algiden Stadium herausbrachte, in 7 Fällen als lebensrettend anzusehen war. Bei der Complication mit Schwangerschaft kam es in allen Fällen zum Abort oder zur Geburt macerierter Früchte; ob der Kindestod durch Autointoxication oder Beteiligung der Uterusmuskulatur an den Krämpfen eintrat, blieb unbestimmt. Nach der Mitteilung eines Collegen sind in diesem Jahre ins Peter-Paulshospital 901 Kranke eingeliefert worden (darunter 70 Fälle mit falscher Diagnose); die Sterblichkeit beträgt 36,5 pCt.

Petersen: Wie steht es um die bacteriologische Untersuchung der Entlassenen? Wie gross ist die Zahl der Sectionen? Als Prosector ist es ihm 1892 passiert, dass klinisch ausgesprochene Cholerafälle bei der Section das Bild einer Appendicitis und Perforations-Peritonitis ergaben.

Kernig: Nach Vorschrift der städtischen Choleracommission wird jetzt im Hospital die bacteriologische Untersuchung des zu Entlassenden durchgeführt zum grossen Verdruss der Kranken. Sie ist jetzt erst möglich, wo die Zahl der Kranken geringer geworden. Das zwangsmässige Zurückhalten der Reconvalescenten ist jedoch eine gesetzlich nicht begründete Massnahme. Sectionen sind im weiblichen Obuchowhospital in geringer, im männlichen in grosser Anzahl ausgeführt worden. Verwechselung kam einmal vor mit Arsenvergiftung, wo die Diagnose 3 Tage schwankte. In 2 Fällen von Essigsäure- und einem Fall von Schwefelsäurevergiftung kam am 3.—4. Tage die Choleraerkrankung hinzu; der Zusammenhang ist in dem Sinne zu deuten, dass die Vergiftung das Epithel des Magens und Darmes schädigte und alsdann das wenige Infectionsmaterial im Hospital genügte, um Cholera zu entwickeln.

Wladimirow: Von den intravenös mit Serum behandelten Fällen starben 51 pCt., wie gross ist das Mortalitätsprocent bei den nicht mit Serum behandelten Fällen?

Albanus und Kernig: Parallelfälle stehen nicht zur Verfügung.

Wladimirow: Ich habe den Eindruck, dass die Serotherapie gegen Cholera, wie bei allen Krankheiten, welche nicht durch reine Toxine hervorgerufen werden, keine zuverlässigen Resultate gibt.

Albanus: Nach meinen Fällen zu urteilen, bringen die Seruminjectionen die Kranken nur über den ersten Choc hinweg, verhindern aber nicht den tödlichen Ausgang.

Petersen erkundigt sich nach dem Preise des Serums.

Wladimirow: Es ist jedenfalls teuer.

II. Dr. Masing demonstriert das Gehirn eines 45 jährigen Mannes, (Redacteur, Buchdruckereibesitzer), den er seit 6 Jahren in Beobachtung gehabt hatte. 1901 war er von einem schweren apoplectischen Insulte betroffen worden, der vollständige rechtsseitige Hemiplegie, motorische Aphasie, tiefe Intelligenzstörung etc. zurückliess. Unter guter Pflege erholte sich manches, er konnte wieder etwas sprechen und war nicht ganz hilflos. So sehr sich sein rechter Arm und sein rechtes Bein auch in Contractur und Lähmung befanden, so lernte er doch mit beiden noch Function auszuführen. Aus dem Bett in seinen Rollstuhl und umgekehrt gelangte er selbst und kleidete sich selbst an und aus, wobei natürlich die gesunde linke Hand das meiste leistete, aber doch half die rechte mit, besonders wusste er durch Andrücken des rechten Ellenbogens an den Körper Kleidungsstücke zu fixieren solange, bis die linke Hand zuknöpfte etc. Es war sein Ehrgeiz, möglichst wenig Dienste von anderen zu beanspruchen und da war es wirklich überraschend, was er noch leistete.

Die Section zeigte nun die ganze linke Hemisphäre bedeutend verkleinert, besonders in der Richtung von oben nach unten, der linke Seitenventrikel sehr dilatiert. Eine buchtige, langgezogene Cyste nahm links den Raum ein, der dem Corpus striatum, dem Linsenkern und der inneren Kapsel gehörte. Von diesen Hirnteilen existierte nichts, auch das Claustrum war geschwunden und ein Fuss des linken Hirnschenkels existierte auch so gut wie nicht. Nur die Inselrinde war erhalten. Der Thalamus opt. war links verkleinert mit kleinen Erweichungen; ganz intact war aber der linke Nucleus ruber mit seiner weissen Kapsel. Da alle motorischen Centren der linken Hemisphäre vernichtet waren, so hat wahrscheinlich nur der Nucleus ruber mit seinem Truncus cerebrospinalis (Monakow) die Bewegungen ermöglicht, die beim Pat. bis zuletzt in seinen rechtsseitigen Extremitäten bestanden.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Sitzung am 15. December 1908.

I. Vor der Tagesordnung stellt Blessig nochmals die von ihm schon in der Märzsitzung demonstrierte, inzwischen von Dr. Lezenius operierte Patientin vor (Ektropium und Lagophthalmus infolge von Narben der Kopf- und Gesichtshaut nach tuberculöser (lupöser) Ulceration). Erste Operation im März: Excision einer Falte der ektropionierten und chemotisch geschwellten Bindehaut, Befreiung beider Lider vom Narbenzug der Schläfenhaut durch einen bogenförmigen Schnitt längs dem äusseren Orbitalmuskel, unter Opferung eines Teiles der excessiv ausgedehnten, narbig fixierten äusseren Lidcomissur, — an welcher Stelle auch eben noch ein Teil der stehengebliebenen Wimpern sichtbar ist — Bildung eines neuen Lidwinkels durch Vernähung der Lider im temporalen Teil. Nach dieser ersten Operation war der Lidschluss schon ein recht guter, die Lidspalte aber noch etwas zu lang, die Conjunctiva noch leicht ektropioniert. Wegen Verschlimmerung des Zustandes der Kopfhaut wurde Pat. wieder zeitweilig dem Kalinkinhospital überwiesen und jetzt im Herbst wieder in die Augenheilanstalt aufgenommen. Zweite Operation im October: Tarsorrhaphie nach Fuchs (mit Bildung eines Hautlappens). Beide Operationen wurden von Dr. Lezenius ausgeführt. Der Effect ist nunmehr ein vollständiger: die Lidspalte von ganz normaler Configuration, Lidschlag und Lidschluss unbehindert. — Zugleich werden Photogramme der Pat. (vor und nach der Operation) demonstriert.

(Autoreferat).

II. Zeidler hält seinen angekündigten Vortrag über Neurexairese bei Trigeminusneuralgie (Die Arbeit wird in erweiterter Form im Druck erscheinen) und demonstriert im Anschluss daran eine von ihm beiderseits an allen 3 Aesten operierte und geheilte Patientin.

Discussion.

Michelson erkundigt sich, ob der Vortragende nach seinen operativen Eingriffen am Trigeminus Facialislähmungen

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

beobachtet habe, und constatiert, dass die grosse Mehrzahl der Neurologen denselben Standpunct wie Vortragender einnimmt, indem sie die Neurexairese bei Trigeminusneuralgie als leicht ausführbare, ungefährliche und wirksame Heilmethode hinstellen.

Masing fragt, ob die früher übliche einfache Dehnung des Nervenstammes jetzt verlassen sei.

Tiling: Die Exairese ist jedenfalls die beste Methode. Für die anfängliche Behandlung scheinen Teslaströme empfehlenswert zu sein, wenigstens ist ihm ein Fall bekannt, wo diese auf 1½—2 Jahre ein schmerzfreies Intervall verschafften.

Petersen: Die demonstrierte Patientin macht den Eindruck, als ob sie zur Zeit noch krank sei.

Zeidler (Schlusswort): Facialisstörungen habe ich in meinen Fällen nicht beobachtet. Die Nervendehnung wird heute nicht mehr gemacht. Die Patientin ist ganz gesund.

III. Zeidler demonstriert einen von ihm exstirpierten riesigen Hydronephrosesack. In den Nierenkelchen stecken noch einige Calculi, in der Wandung sind Reste des Nierengewebes zu finden. Die Krankengeschichte ist in Kürze folgende: Patient, 57 a. n., hat in der Kindheit Schmerzen in der rechten Niere gehabt. Im 10. Lebensjahre wurde ein Stein per urethram entleert. Im 27. Jahre litt Pat. an Kolik, im 35. an Gonorrhoe mit nachfolgender Pyelitis. Vor 4 Jahren wurde ein Tumor unter dem rechten Rippenbogen bemerkt, der langsam wuchs und Schmerzen verursachte. Der Urinbefund war in den letzten Jahren völlig normal. Beim Eintritt ins Hospital wurde constatiert: normaler Urin, Tumor in der rechten Bauchhälfte, nach unten bis zur spina anterior sup. reichend, rechts in der Nieren- und Lebergegend ein scharfer Rand fühlbar. Die anfängliche Diagnose lautete auf Nierentumor, bei einer Consultation mit Dr. Kernig wurde sie mit Wahrscheinlichkeit auf einen cystischen Lebertumor gestellt. Die Operation zeigte eine kolossal grosse Hydronephrose, die Leber war klein, ganz nach oben in den linken Kuppelraum verdrängt. Die Exstirpation des Sackes war schwierig wegen Verwachsungen besonders mit der vena cava. Nach der Operation collabierte Pat. sehr stark, häufiges Erbrechen, Oligurie, im Urin etwas Eiweiss und Cylinder. Vom 3. Tage an sistierte das Erbrechen, die Urinsecretion kam in Gang, der Urin wurde normal, gegenwärtig befindet sich Pat. in völliger Reconvalescenz.

Discussion:

Kernig: Für die Entscheidung, ob Tumoren der rechten Bauchhälfte der Leber oder der Niere angehören, ist ein sehr wertvolles Symptom die deutliche Palpation des Leberrandes. In diesem Falle war im Hypogastrium nahe der Spina ilei ant. sup. deutlich und scharf ein Rand zu fühlen; dieser war aber, wie es sich bei der Operation erwies, durch den Hydronephrosesack vorgetäuscht. Wegen der fühlbaren Fluctuation dachte man an einen multipeln Leberechinococcus.

Schiele: Ist der Versuch einer Cystoskopie noch vor der Operation gemacht worden, obgleich er früher wegen der Prostatahypertrophie nicht gelungen war?

Zeidler: Nein.

Masing: Sind am Tumor respiratorische Bewegungen beobachtet worden?

Kernig: Bei derart kolossalen Tumoren ist die respiratorische Bewegung nicht mehr zu beobachten und zu verwerten wegen Einklemmung.

Zeidler: Der Tumor war so gut wie unbeweglich.

Dombrowski: Mit Hilfe der Cystoskopie gelingt die Differentialdiagnose immer. Dann ist auch die Exstirpation eine leichtere; nach Anlegung des Bergmannschen Schnittes wird der Sack entleert und fällt von selbst vor. Auf diese Weise kann ein Collaps des Pat. vermieden werden. Die Complication mit der Prostatahypertrophie war aber hier hinderlich.

IV. Fick referiert folgende Krankengeschichte: Patient, 28 a. n, erkrankt auf einer Fahrt an plötzlichen Schmerzen im Leibe, bald kommt Erbrechen hinzu, die Schmerzen steigern sich, Pat. erhält Morphin. In der folgenden Nacht wird er ins deutsche Alexanderhospital eingeliefert. Status: Gut ernährt, sehr anämisch, Temperatur 36,5, Puls 70-80, von guter Qualität. Klagen über sehr starke Schmerzen im ganzen Leibe, besonders in der Ileocoecalgegend und im Epigastrium. Gase gehen nicht ab. Leib nicht gespannt, etwas aufgetrieben, keine Asymmetrie, keine Resistenz fühlbar, Darmgeräusche kaum zu hören. Geringe Somnolenz, vielleicht noch vom Morphin. Die Vermutungsdiagnose lautete: Darmunwegsamkeit, wohl dynamischer Ileus, wahrscheinlich entzündlicher Natur, vielleicht bedingt durch Appendicitis. Es wurde beschlossen abzuwarten. Im Verlaufe weniger Stunden trat rapide Verschlechterung ein, es begann Pulsbeschleunigung, jede Stunde um 10 Schläge mehr, Cyanose trat auf, Pat. collabierte; um 6 Uhr abends war der Zustand desolat, man hatte den Eindruck einer Darmperforation, doch war der Leib weich und gut palpabel, die Temperatur subnormal. — Die sofortige Laparotomie liess eine blutigseröse Flüssigkeit aus der Wunde strömen, keine Appendicitis entdecken; der Darm erwies sich als ganz normal; auf dem Netz sah man kleine weisse Flecken, was veranlasste, das Pancreas zu inspicieren. Dies erwies sich stark geschwellt, von dunkelblutroter Farbe. Es wurde ein Tampon auf das Pancreas gedrückt und der Bauch geschlossen. Pat. erholte sich nicht, collabierte weiter trotz aller Massnahmen und starb am folgenden Morgen. — Vortragender hat bisher niemals eine Pancreasaffection in so frühem Stadium operiert und eine Fettnecrose zu Beginn gesehen.

Ucke demonstriert die bei der Section gewonnenen Präparate des Pancreas mit der Hämorrhagie und das Netz und Mesenterium mit den Fettpartikelchen.

Discussion:

Petersen: Was hatte die Urinuntersuchung ergeben?

Fick: Diese wurde leider est nach der Operation gemacht. Es fand sich 1,5% Zucker im Urin.

Westphalen: Die für Fettnecrose angeblich für als charakteristisch angegebene Camidgesche Reaction soll nach Entfernung des Zuckers ausgeführt werden. Die weissen Flecke bestehen aus Fettsäuren und das abgespaltene Glycerin soll im Urin durch jene Reaction nachgewiesen werden. Die Diagnose auf Pancreashämorrhagie und Fettnecrose wird im acuten Stadium wohl selten gestellt werden.

Fick: Es sind wohl Fälle auch im acuten Stadium richtig diagnosticiert und operiert worden.

Director: W. Kernig.
Secretär: Michelson.

Protocolle des XX. Aerztetages
der
Gesellschaft livländischer Aerzte in Dorpat
vom 28. bis zum 30. August 1908.

1. Sitzung.

Freitag, den 28. August.

1. Dr. A. v. Bergmann: Zum 20. Mal seit seiner Gründung versammelt sich heute der Aerztetag. Sein Zusammenkommen war unter den damaligen Verhältnissen ein schwieriges.

Unvergänglichen Dank schulden wir unserem Ehrenmitgliede Dr. Truhart, der es durch sein unermüdliches Wirken durchzusetzen verstanden hat, dass wir in Wolmar zum ersten Mal uns versammeln konnten. Wer jene sonnigen Tage mitgemacht hat in dem kleinen Wolmar, das einst in dem geistigen Leben unserer Provinz eine so grosse Rolle gespielt hat, dem werden diese Tage in unvergesslicher Erinnerung geblieben sein, auch wenn wir es uns sagen müssen, dass ein grosser Teil der Hoffnungen, die uns damals beseelten, unerfüllt geblieben ist. Die rege Beteiligung von Seiten der Universität, auf welche unser erster Aerztetag uns hoffen liess, ist nur zum Teil in Erfüllung gegangen, nur wenige Vertreter unserer Facultät — diese allerdings um so treuer und regelmässiger — wirken befruchtend und anregend auf unsere Aerztetage ein, das Gros steht ihnen kalt und fremd gegenüber.

Der jüngere Nachwuchs, den unsere alte alma mater in reichem Masse lieferte, spriesst jetzt nur spärlich, das zeigt die Not, welche unsere grossen Arbeitsstätten in den Hospitälern bei der Besetzung der Assistentenposten haben.

Die Hoffnung, dass eine möglichst allgemeine Beteiligung an den Aerztetagen zum Bedürfnis aller Aerzte unserer Provinz sich ausbilden werde, ist durch die nationalen und politischen Gegensätze, die sich namentlich in letzter Zeit so sehr verschärft hatten, bisher nicht zur Verwirklichung gekommen.

Der Ungunst der Verhältnisse ist es weiter zuzuschreiben, dass die Anregung, welche die Aerztetage in Bezug auf die Regelung sanitärer Verhältnisse und hygienisch-prophylactischer Massnahmen zu geben hofften, nicht in dem Mass Anklang und Erfolg haben finden können, wie wir solches erhofften.

Sehen wir also, dass es in der Wirklichkeit wesentlich anders ausschaut, als es uns bei unserer Gründung vorschwebte, so dürfen wir es uns nicht verhehlen, dass der Entwickelungsgang unserer Gesellschaft einem allgemein geltenden Gesetz unterworfen gewesen ist.

Ein vollkommener und rascher Erfolg fällt eben nur ausnahmsweise besonderen Glückskindern in den Schoss. Die Regel ist, dass der Erfolg mühevoll und durch schwere, continuierliche Arbeit errungen wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dass eine solche Arbeit von unseren Aerztetagen geleistet worden ist, wer dürfte das leugnen?

So wollen wir denn weiter arbeiten und der Ueberzeugung leben, dass dem, hoffentlich noch viele Generationen überdauernden Aerztetage, die Erfüllung der Wünsche zu Teil werden wird, unter denen er ins Leben getreten. Wir wollen uns vor Augen halten, dass jede Generation verpflichtet ist durch anhaltende eifrige Arbeit das Ihrige dazu beizutragen, damit diese Wünsche, wenn auch vielleicht in anderer Gestalt, als es uns vorschwebte, in Erfüllung gehen! Eine solche Arbeit hat den Segen, dass sie das Bewusstsein weckt, wie klein und unvollkommen die Leistung des Einzelnen gegenüber den Forderungen der Wissenschaft, den stetig wachsenden und sich umgestaltenden Aufgaben unseres Berufes sind. Auf dem Boden dieser Erkenntnis erwächst dann das Bedürfnis collegialen Zusammenschlusses, das Gefühl der Zusammengehörigkeit — der Kampfgenossenschaft in dem Streben nach dem gleichen Ziel.

Lassen Sie mich hoffen, dass auch dieser Aerztetag dazu beitragen wird das Capital geleisteter Arbeit zu mehren und zu stärken das Gefühl unserer collegialen Zusammengehörigkeit, damit auch er einen Schritt vorwärts bedeute zur Erreichung unserer Ziele.

Ehe wir an die Arbeit schreiten, geziemt es unserer Toten zu gedenken:

1) Am 6. Sept. bald nach unserem letzten Aerztetage verstarb unser Ehrenmitglied Dr. Christian Ströhmberg, der von 1904 bis 1907 den Vorsitz unserer Gesellschaft geführt hatte. Unvergessen wird bleiben, was Dr. Ströhmberg geleistet, um das Sanitätswesen der Stadt Dorpat auf eine mustergültige Höhe zu bringen. Am Grabe des Entschlafenen hat Dr. Truhart im Namen unserer Gesellschaft einen Kranz niedergelegt.

Es sind weiter durch den Tod abgerufen worden:

2) Dr. Wilh. von Raison am 6. October 1907 in Doblen.

3) Dr. Wilhelm Halle am 9. October 1907 in Jeisk.

4) Dr. Gustav Carlblom am 21. April 1908 in Riga.

Diese Collegen haben früher zu den Mitgliedern unserer Aerztetage gehört.

2. Begrüssung des 20. Livländischen Aerztetages durch die Präsides der «Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga», des Vereins estländ. Aerzte, des Vereins kurländ. Aerzte und des jüdischen Vereins zu Riga.

3. Dr. v. Engelhardt hält seinen angekündigten Vortrag über «medicinische Wissenschaft und Praxis». (Der Vortrag ist in Broschürenform erschienen). Keine Discussion.

4. Dr. v. Engelmann hält seinen angekündigten Vortrag über «die Bekämpfung der Syphilis». (Erscheint in der P. m. W.).

Discussion:

Dr. Lejin: Häufig, ob mit Recht oder Unrecht, klagen Syphilitiker, dass nach Beendigung der ersten Cur beim Ausbruch der Symptome des II. Stadiums der behandelnde Arzt dem Kranken nichts darüber gesagt hätte, dass die Heilung keine endgültige wäre und dass der Betroffene noch mehrere Jahre eine Gefahr in sich berge sowohl für sich als auch für alle, die mit ihm in Berührung kämen und daher 2—3 Jahre auch weiterhin unter steter Controlle eines Arztes bleiben müsste. Um dem Uebel zu steuern muss der Arzt jedem Luetiker von vorn herein eröffnen, was er zu erwarten und wie er sich in den nächsten Jahren zu verhalten hat und was die Folgen seiner Unachtsamkeit sein könnten.

Dr. Etzold übernimmt die Behandlung eines Syphilitikers nur auf das Versprechen des Patienten hin, sich im Laufe 3-er Jahre der ärztlichen Controlle nicht zu entziehen. Will Pat. sich von einem andern Arzt behandeln lassen, so muss er sich eine Abschrift seiner Krankengeschichte holen und diesem vorlegen. Wollten alle Collegen so verfahen, so wäre das eine provisorische Aushilfe bis zur Durchführung der auf dem 7. Aerztetag vorgeschlagenen Massnahmen.

Dr. Apping: Der Umstand, dass die bei den Landgemeinden Livlands ausgeschriebenen Luetiker in den Hospitälern der kleinen Städte auf Kosten des Landes behandelt werden können, ist ein grosser Schritt vorwärts. Allmählich überwinden die Kranken die Scheu, die sie vor dem Hospital haben und da ihrer Gemeinde nicht Anzeige gemacht wird und auch die Polizei keine Schwierigkeiten macht, so kommen viele im Fall eines Recidivs gern wieder, um sich einer Hospitalbehandlung zu unterziehen. Verschämte Kranke gehen in die Nachbarschaft und oft lassen Syphilitiker aus Wenden und Umgegend sich in Wolmar behandeln und umgekehrt.

Dr. Heerwagen erinnert in Anknüpfung an Dr. Truharts Anfrage daran, wie stark sich auf dem Syphiliscongress in Petersburg abolitionistische Strömungen geltend machten und berichtet über eine nachher erschienene Vorschrift des Minist. d. I., welche die Aufsichtsorgane zweier bisher den Prostituierten gegenüber ausgeübter Rechte beraubt: Prostituierte dürfen heute keinen Zwangspass mehr erhalten — damit ist ihnen volle Freizügigkeit gegeben und die Aufsicht über sie uns darum erschwert. Ferner darf jetzt ein Frauenzimmer nur dann in die Listen der Prostituierten eingetragen werden, wenn sie selbst ihre Einwilligung dazu gibt. Es kann demgemäss heute jemand offenkundiger und eingestandener Weise gewerbsmässig Unzucht treiben, ohne die Verpflichtung zu haben sich regelmässiger ärztlicher Controlle zu unterwerfen, ohne im Erkrankungsfall zwangsweise im Krankenhause interniert und ihrem Gewerbe entzogen zu werden!

Wischer: Dass diese Verfügung die Infectionsgefahr durch Prostituierte steigert, brauche Redner hier nicht auszuführen. Er würde es für zweckmässig halten wenn der Aerztetag mit seiner Autorität gegen die namentlich in neuerer liberaler Zeit sich geltend machenden abolitionistischen Tendenzen Front machen würde und wenn jeder einzelne Arzt seine persönlichen Beziehungen dazu benutzen würde, um massgebende Personen, sowie das grosse Publikum über die ungeheure sanitäre Gefahr völliger Freigebung gewerbsmässiger Unzucht aufzuklären.

Dr. Truhart: In der Mitte der 90-er Jahre ist die Luesbekämpfungsfrage wiederholt von uns eingehend beraten worden. Im Jahre 1895 war an die Gesellschaft Livl. Aerzte vom Medicinaldepartement die Aufforderung gerichtet an einem Congress in Petersburg, der über die Massregeln zur Bekämpfung der Lues beraten sollte, teilzunehmen und vorher auch einen Kampfesplan auszuarbeiten und vorzustellen. Eine ad hoc gewählte Commission erhielt den diesbezüglichen Auftrag und Prof. Zoege v. Manteuffel und ich hatten die Ehre schon an dem im Januar 1897 tagenden «Congress zur Bekämpfung des Lues und der venerischen Krankheiten im Reich» als Delegierte unserer Gesellschaft teilzunehmen.

Abgesehen von dem einige Jahre früher stattgehabten Choleracongress waren zum ersten Male in so imposanter Frequenz die officiellen Repräsentanten der medicinischen Wissenschaft und Praxis und der Medicinalinstitutionen unseres Riesenreiches zusammengetreten, um ein sachverständiges Urteil abzugeben in einer Frage des Volksgesundheitswohles, welche so tief, wie wohl kaum eine andere, in die verschiedensten Gebiete des socialen Lebens hineingreift. Das Gefühl der Verantwortlichkeit der Versammlung einer Frage gegenüber, die anerkanntermassen zu den schwierigsten Problemen der öffentlichen Gesundheitspflege gehört, musste sich in um so höherem Masse steigern, als der Herr Minister des Innern seine damalige Eröffnungsrede des Congresses mit der Kundgebung schloss, dass die Staatsregierung im vollen Vertrauen auf das sachverständige Urteil des Congresses die Beschlüsse dieses zur Richtschnur ihres Handelns nehmen wolle.

In voller Hingabe und in rastloser Arbeit ist jener 8 Tage währende Congress in Specialcommissionen und in gemeinsamen Beratungs-Versammlungen bestrebt gewesen, unter Zugrundelegung der ca. 300 Gutachten und Bearbeitungen des Programms, welche bei dem vorberatenden Comitee zuvor eingereicht worden waren, die ihm gewordene Aufgabe einer Lösung entgegenzuführen.

Mehr als ein Jahrzehnt ist seitdem verflossen! Von irgend welcher practischer Nutzanwendung der damals gemeinsam gefassten Beschlüsse habe ich bisher nichts erfahren. Ich möchte daher an die Versammlung die Frage richten, ob irgend jemand von Ihnen, vielleicht der Herr Medicinalinspectorgehilfe, in der Lage ist, uns darüber Auskunft zu geben, ob jener mit so viel Opfern an Arbeit und Zeit ins Leben gerufene Petersburger Congress für die Bekämpfung der Syphilis im Reich irgend welche practisch bedeutsame Früchte gezeitigt hat?

Schlusswort des Vortr.: Zur Basis eines aussichtsvollen Vorgehens zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten müssten zunächst zahlenmässige Erhebungen über die jetzige Ausdehnung der Lues in Stadt und Land, sowie den jetzigen Stand der Behandlungsfrage angestellt werden. Vortragender proponiert daher womöglich aus allen drei Provinzen Material für eine umfassende Beurteilung der Frage zu schaffen und die Luesfrage auf die Tagesordnung der «Baltischen Aerztecongresse» zu setzen.

5. Dr. W. v. Holst referiert über die Delegiertenversammlung zur Gründung eines «Baltischen Aerztecongresses».

Protocoll der Sitzung vom 23. März 1908 zu Riga.

I. An der Versammlung nahmen teil

Als Vertreter des Livländischen Aerztevereins Dr. v. Bergmann, Dr. v. Knorre, Dr. Keilmann, Dr. v. Holst.

Als Vertreter des Estländischen Aerztevereins Dr. v. Wistinghausen, Dr. Weiss, Dr. Thomson.

Als Vertreter des Mitauer und Libauer Aerztevereins: Dr. Hildebrandt, Dr. Sadikoff, Dr. Otto, Dr. Zoepfel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ff. Es wird beschlossen, einen Verein unter dem Namen «Gesellschaft baltischer Aerzte» zu gründen.

Der Zweck dieses Vereins soll in der Abhaltung von Aerztecongressen bestehen, auf denen durch Referate, Vorträge und Demonstrationen wissenschaftliches Leben gepflegt und vertieft werden soll. An zweiter Stelle käme die Behandlung der Standesfragen in Betracht, die für die Aerzte Est- Liv- und Kurlands von gleicher Bedeutung sind.

Politische Fragen dürfen unter keinen Umständen zur Verhandlung gelangen.

Der Baltische Aerztecongress soll jede drei Jahre in Riga, Reval, Mitau oder Dorpat stattfinden, seine jedesmalige Dauer drei bis vier Tage betragen.

VI. Mitglied der Gesellschaft baltischer Aerzte kann jeder Arzt werden, der eine Universität absolviert hat und sich beim Vorstand zum Eintritt meldet, sowie den jedesmal neu zu fixierenden Mitgliedsbeitrag entrichtet. Gäste können durch den Vorstand eingeführt werden, erhalten aber kein Stimmrecht. Die Gesellschaft hat das Recht, Ehrenmitglieder zu ernennen, die von den Beitragszahlungen befreit sind.

Die Mitgliedschaft erlischt mit Ausbleiben der Beitragszahlung zum festgesetzten Termin, ferner infolge einer diesbezüglichen Erklärung des betreffenden Mitglieds oder durch Ausschluss, wozu zwei drittel Stimmen der in der Versammlung anwesenden Mitglieder erforderlich sind.

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags wird auf jedem Congress für das nächste Triennium vorausbestimmt.

Der Präses und der Cassaführer des Vereins werden zum Schluss eines jeden Congresses aus der Stadt gewählt, in welcher der nächste Congress stattfinden soll. Die beiden anderen Provinzen werden durch je einen Vicepräses vertreten, der zu Beginn des Congresses gewählt wird. Je zwei Secretäre werden aus jeder der drei Provinzen ernannt.

Der Sitz der Verwaltung der Gesellschaft Baltischer Aerzte befindet sich je 3 Jahre hindurch an dem Ort, wo der nächste Congress stattfinden soll. Von der jedesmaligen Ueberführung ist die betreffende Gouvernementsregierung in Kenntnis zu setzen.

Der Congress wird durch Publication in den Tagesblättern und der Petersburger Medicinischen Wochenschrift einberufen.

Die Gesellschaft Baltischer Aerzte geniesst alle Rechte, die in den §§ 20 u. 28 der temporären Bestimmungen über Vereine und Verbände vom 4. März 1906 aufgezählt sind.

Die Gesellschaft Baltischer Aerzte kann Verfügungen treffen, die für ihre Mitglieder und ihren Vorstand verbindlich sind.

Im Fall der Auflösung des Vereins wird auf der letzten geschäftlichen Sitzung über den Verbleib seines Vermögens beschlossen.

Die Gründer müssen namentlich genannt und ihre Unterschrift notariell bestätigt werden.

Es wird ferner auf Vorschlag von Dr. v. Holst beschlossen, dass der Congress, um den Bedürfnissen der Specialärzte gerecht zu werden, abgesehen von einer allgemeinen Sitzung in Spezialsectionen — je nach Massgabe des vorliegenden Bedürfnisses tagen soll.

Die von der Delegierten-Versammlung ausgearbeiteten Statuten werden vom Livl. Aerztetage einstimmig angenommen.

Die Vorbereitung des 1. Congresses, die Ausarbeitung der Geschäftsordnung und die Einholung der obrigkeitlichen Bestätigung werden dem «Congressbüreau» übertragen, in das per Acclamation die vom vorigen Aerztetage her dazu bestimmten Herren: Dr. v. Bergmann, Dr. v. Knorre, Dr. Keilmann und Dr. v. Holst wiedergewählt werden. Zum Präses des I. Balt. Aerztecongresses wird auf Vorschlag des Präsidiums Prof. Dr. Dehio per Acclamation gewählt. Als Zeitpunct wird der August 1909, als Ort Dorpat ausersehen.

6. Als Ort des nächsten Livl. Aerztetages, der, im Fall der Balt. Aerztecongress 1909 zustande kommt, erst im Jahre 1910 zusammentreten wird — wird Wenden erwählt. Von einer Bestimmung des Termins wird vorläufig abgesehn.

7. Zum Präses des XX Livl. Aerztetages wird Dr. A. v. Bergmann per Acclamation wieder gewählt. Zum Vizepräses werden Prof. Zoege v. Manteuffel u. zum 1. Secretär Dr. W. v. Holst, beide gleichfalls per Acclamation wiedergewählt. An Stelle des bisherigen 2. Secretärs Dr. W. Kieseritzky, der schriftlich um seinen Abschied eingekommen ist, wird auf Vorschlag von Dr. E. Schwarz, Dr. Emil Kroeger-Riga gewählt. Cassaführer wird an Stelle des statutenmässig ausscheidenden bisherigen Cassaführers Dr. v. Knorre Dr. E. Kiwull aus Wenden, als dem Orte des nächsten Aerztetages.

8. Es werden folgende Themata für Referate für den kommenden Aerztetag proponiert:

Dr. W. v. Holst: Wochenbettfieber.
Dr. v. Knorre: Carcinoma Uteri.
Dr. v. Wistinghausen: Versicherungswesen.
Dr. W. v. Holst: Epilepsie.
Dr. Christiani und Dr. Berkholz: Säuglingsernährung.

9. Prof. Zoege von Manteuffel berichtet über das bisherige Ergebnis der Sammlungen zur Gründung eines Ernst von Bergmann-Denkmals, dessen pecuniäres Resultat noch keineswegs erfreulich genannt werden könne und fordert die versammelten Mitglieder der Gesellschaft zu weiterer Bekanntmachung des Planes und Beisteuer auf.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die auf Verfügung der Antipest-Commission beim Institut für experimentelle Medicin zu eröffnenden Curse über Bacteriologie und Epidemiologie der Cholera mit practischen Beschäftigungen in der Diagnostik und Desinfection werden in Sessionen — im Februar, März und April (jedesmal zu 3 Wochen) stattfinden. An jeder Session, die in 2 Gruppen zerfällt, können nicht mehr als 50 Zuhörer teilnehmen. Die Kanzlei des Obermedicinalinspectors hat die Verteilung in Gruppen übernommen. Dort kann man sich auch auf die Curse anschreiben. Die Beschäftigungen werden geleitet von den DDr. S. Dserschgowski, D. Sabolotny, W. Klimenko und W. Podwyssotzki.

— In den Medicinalrat ist das Project der neuen Universitäts-Statuten eingelaufen mit der Aufforderung, sich über den neuen Grad eines Magisters der Medicin zu äussern. Diesen Grad beabsichtigt das Ministerium der Volksaufklärung einzuführen.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie hat in der Sitzung vom 17. Januar eine Commission unter dem Vorsitz des Chefs der Academie gewählt, die sie mit der Durchsicht der Statuten der Akademie beauftragt hat, um dieselben, falls es möglich erscheint, mit dem neuen Universitätsstatut in Einklang zu bringen.

— Prof. D. Ott ist zum Ehrenmitglied des Vereins der Aerzte in Rostow a. Don und in Nachitschewan gewählt worden.

— Geheimrat Dr. L. Berthenson hat alle seine Bücher über Balneologie, Hydrologie, Klimatologie, Beschreibung von Mineralquellen, Schlammbädern und Curorten — insgesamt 956 Titel — der russischen Balneologischen-Gesellschaft in Pjatigorsk geschenkt. Für die Gesellschaft, die so specielle Zwecke verfolgt, ist dieses Geschenk von überaus hohem Wert und Dr. Berthenson ist auch der Dank in gebührender Weise gezollt worden.

— Zum Director des Curortes Staraja Russa ist Dr. S. Parenago, bisher Arzt der Verwaltung der kaukasischen Mineralbäder, ernannt worden.

— Die Gouvernements-Landschaftsversammlung in Wjatka hat beschlossen, eine bacteriologische Station zu eröffnen und assignierte dem Verwalter der Station ein Gehalt von 3000 Rbl. jährlich.

— Der 8. Congress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie findet am 13. April (n. St.) in Berlin im Langenbeckhause statt, einen Tag vor dem Zusammentritt der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (s. Nr. 4 der St. P. m. W.). Anmeldungen von Vorträgen sind an Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin, W., Genthinerstrasse 16 zu richten.

— Der 5. Congress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft findet am 19. April (n. St.) ebenfalls im Langenbeckhause in Berlin statt. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind an den Schriftführer der Gesellschaft Dr. Immelmann, Berlin W., 35, Lützowstrasse 72 zu richten.

— Der 2. Congress der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet im Anschluss an die beiden vorhergehenden statt. Mit dem Congress wird eine Ausstellung wissenschaftlicher Gegenstände verbunden sein. Anmeldungen sind zu richten an Dr. Wossidlo, Berlin, W. Victoriastrasse 19.

— Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 23.—24. April (n. St.) in Cöln und Bonn stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Dr. Hans Laehr in Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

— In London (University College, Gower Street) wird am 6.—9. Juli (n. St.) ein Congress für X-Strahlen tagen, verbunden mit einer Ausstellung von elektromedicini-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen und radiologischen Apparaten. Anmeldungen sind zu richten an M. Ernst Shofield, 11 Chandos Street, Cavendisch Square. London W.

— Die Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften veranstaltet anlässlich des 200. Geburtstages Ch. Darwins am 5. Februar im Langenbeckhause in Berlin eine Darwin-Gedächtnisfeier.

— An den 21 Universitäten des Deutschen Reiches sind während des Wintersemesters 1908—1909 im Ganzen 48718 Studenten immatriculiert gewesen; davon entfallen auf die medicinischen Facultäten 8552. Die Zahl der weiblichen Studierenden betrug auf allen Facultäten zusammen 1077 gegen 376 im letzten Sommersemester.

— Prof. Lubarsch ist zum Leiter der Akademie für practische Medicin in Düsseldorf ernannt worden.

— Freiburg i. B. Der Privatdocent für Augenheilkunde Dr. W. Stock ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Auf das vacante Katheder der chirurgischen Hospitalklinik der medicinischen Fakultät in Paris ist Prof. Delbet; für operative Chirurgie Prof. Hartmann gewählt worden.

— In Moskau ist eine Zunahme der Fälle von Erkrankung am Flecktyphus constatiert worden. Ebenso wird auch aus Charkow und Odessa über eine bedeutende Zunahme von Typhus exanth. und Febris recurrens berichtet.

— Die Städte Dsheddah und Bagdad und ebenso die türkische Seestadt Beirut sind als von der Pest bedroht verkündet worden. In Odessa sind energische Massregeln für alle Schiffe, die aus jener Gegend kommen, getroffen worden.

— Pesterkrankungen sind von Ende December 1908 bis Mitte Januar 1909 vorgenommen: in Dar es Salam (Deutsch-Ostafrika), Bagdad, Aegypten, Honkong, Japan, Queensland und auf der Insel Mauritius. Es handelte sich überall nur um vereinzelte Fälle, nur in Aegypten war die Zahl der Erkrankungen auf 14 gestiegen (8 Todesfälle). Die Gesamtzahl der Pesterkrankungen in Aegypten während des Jahres 1908 beläuft sich auf 1511, die der Todesfälle auf 780. Das grösste Contingent an Pestfällen liefert nach wie vor Britisch-Ostindien: vom 6. bis zum 12. December 1908 waren insgesamt 2044 Personen an der Pest erkrankt und 1588 gestorben (laut officiellen Angaben).

— Choleraerkrankungen sind im December 1908 und Januar 1909 ausser in Russland in Japan, China, auf den Philippinen und in den Straits Settlements vorgekommen.

— Verbreitung der Cholera in Russland. In der Woche vom 18. bis zum 24. Januar kamen Choleraerkrankungen vor: in St. Petersburg 160 (42) im Gebiet der Donkosaken 1 (2).

— Vom 28. bis zum 29. Januar erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 21 Personen, starben 3, genasen 19, in Behandlung verblieben 267. Seit dem Beginn der Epidemie sind 9831 Personen erkrankt, 3867 gestorben und 5677 genesen. In der letzten Zeit sind wiederholt Erkrankungen unter dem Pflegepersonal der Stadthospitäler vorgekommen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 28. Dec. 1908 bis zum 3. Jan. 1909 593 Personen. Darunter an Typh. abdom. 45, Typh. exanth. 3, febris recurrens 97, Pocken 6, Windpocken 5, Masern 47, Scharlach 65, Diphtherie 85, Cholera 137, acut. Magen-Darmkatarrh 51, an anderen Infectionskrankheiten 52.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12051. Darunter Typhus abdominalis 595, Typhus exanth. 12, Febris recurrens 484, Scharlach 181, Masern 48, Diphtherie 134, Pocken 13, Windpocken 1, Cholera 214, crupöse Pneumonie 132, Tuberculose 561, Influenza 252, Erysipel 60, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 67, Syphilis 514, venerische Krankheiten 344, acute Erkrankungen 1839, chronische Krankheiten 1648, chirurgische Krankheiten 1386, Geisteskrankheiten 3204, gynäcologische Krankheiten 225, Krankheiten des Wochenbetts 39, verschiedene andere Krankheiten 94.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 975 + 47 Totgeborene + 54 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 21, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 5, Pocken 2, Masern 17, Scharlach 28, Diphtherie 24, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 47, katarrhalische Pneumonie 120, Erysipelas 5, Influenza 21, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 2, Cholera 54, Magen-Darmkatarrh 26, andere Magen- und Darmerkrankungen 45, Alcoholismus 14, angeborene Schwäche 60, Marasmus senilis 37, andere Todesursachen 269.

— In der Woche vom 4. bis zum 10. Januar 1909 erkrankten in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 755 Personen. Darunter Typhus abdom. 50, Typh. exanth. 5, Febris recurr. 105, Pocken 9, Windpocken 7, Masern 50, Scharlach 71, Diphtherie 103, acut. Magen-Darmkatarrh 96, Cholera 212, an anderen Infectionskrankheiten 37.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in der Woche vom 4. bis 10. Jan. 12300. Darunter Typhus abd. 596, Typh. exanth. 14, Febris recurrens 472, Scharlach 203, Diphtherie 162, Masern 57, Pocken 23, Windpocken 1, crupöse Pneumonie 125, Tuberculose 581, Erysipel 67, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 77, Syphilis 519, venerische Krankheiten 333, acute Erkrankungen 1897, chronische Krankheiten 1699, chirurgische Krankheiten 1381, Geisteskrankheiten 3211, gynäcologische Krankheiten 223, Krankheiten des Wochenbetts 41, andere Krankheiten 102, Cholera 267, Influenza 237.

Die Zahl der Todesfälle betrug in St. Petersburg in derselben Woche 953 + 59 Totgeborene + 54 in der vergangenen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abdom. 21, Febris recurrens 2, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 17, Diphtherie 15, Keuchhusten 6, Cholera 110, crupöse Pneumonie 48, katarrhalische Pneumonie 122, Erysipel 2, Influenza 12, Pyämie und Septikaemie 12, Lungentuberculose 106, Tuberculose anderer Organe 32, Magen-Darmkatarrh 44, andere Magen-Darmerkrankungen 34, Alcoholismus 10, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 53, andere Todesursachen 263.

— Die «Fortschritte der Medicin» und die «Zeitschrift für Versicherungsmedicin», die bisher im Verlage von Max Gelsdorf erschienen, sind vom 1. Januar 1909 in den Verlag von Georg Thieme in Leipzig übergegangen.

— Die von Dr. Hirschfeld herausgegebene «Aerztliche Buchführung, die früher im Verlage von H. Spamer erschien, ist in den Verlag von Curt Kabitzsch (A. Stuber) in Würzburg übergegangen. Die Ausgabe besteht aus 12 Monatsheften, welche je nach Umfang der Praxis für 1—2 Monate ausreichen, dazu gehört noch ein Hauptbuch (gbd. M. 3), das wie die Monatshefte in Registerform eingerichtet ist, dem vielbeschäftigten Arzt somit das zeitraubende Registrieren erspart, ihn trotzdem aber in Stand setzt, jeden Posten und jede Notiz, die er sich über den Kranken gemacht hat, sofort aufzufinden.

— Nekrolog: 1) Am 13. Dec. 1908 verstarb in Abas-Tuman der Consultant des örtlichen Militärhospitals Dr. P. Timofejew geb. 1862; Arzt seit 1888. 2) Am 5. Jan. Dr. Radkowski geb. 1871, Arzt seit 1895. Er war Ordinator der chirurgischen Abt. des Odessaer Stadtkrankenhauses. 3) In Jekaterinburg starb am Flecktyphus Dr. S. Pilikin geb. 1864, Arzt seit 1887. 4) In Kiezk (Gouv. Minsk) Dr. J. Urbanski. 5) In Warschau Dr. F. Schadkowski geb. 1855, Arzt seit 1880. 6) In Dublin starb der älteste Chirurg Irlands Dr. George Ellis im Alter von 100 Jahren. Er hatte den Arztgrad 1834 erlangt und war früher literarisch sehr tätig. Von der Praxis hatte er sich schon vor 40 Jahren zurückgezogen (The Hospital Nr. 101).

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. Febr. 1909.

Tagesordnung: 1) Hoerschelmann: Ueber Hemiatrophia facialis (mit Krankenvorstellung.
2) Dobbert: Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Febr. 1909.

Tagesordnung: Dr. Thiele: Ueber Hermaphroditismus.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 6 St. Petersburg, den 7. (20.) Februar 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden.

Von

Dr. A. Schawlow, Riga—Kemmern.

Vortrag gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetage zu Reval.

M. H. Wenn wir schwere Arthritiden in Behandlung bekommen, besonders in speciellen Bade- und Curorten, wie in Kemmern, wo die Patienten, nachdem sie schon oft jahrelang den ganzen Schatz von therapeutischen Massnahmen zu Hause durchgekostet haben, nur mit der sichern Hoffnung auf Heilung hinkommen, ist es uns doppelt schwer, machtlos der Krankheit gegenüber zu stehen und uns sowie den Patienten mit der Hoffnung trösten zu müssen, der Erfolg kann eintreten, oder auch nicht. Eine im Laufe von 12 Jahren im Curorte Kemmern, der sich durch stark schwefelhaltige Quellen auszeichnet, gesammelte Erfahrung gestattet mir, Ihnen vom Standpunct des practischen Arztes einige Beobachtungen über die Art und Behandlung der schweren Arthritiden mitzuteilen, die ich in jedem Sommer in grosser Anzahl zu sehen Gelegenheit hatte. Bis vor kurzem musste ich mich, wie die grösste Anzahl der Badeärzte, auf die empirische Heilkraft der Bäder verlassen und nur die Bädercur je nach der Individualität und dem Verlaufe des Falles mit den verschiedenen juvantibus Massage, Gymnastik, Stauung, Elektricität u. d. ähnlichen verbinden; im Jahre 1905, bald nach Veröffentlichung J. Mendels in den Therapeutischen Monatsheften über das Fibrolysin wagte ich in einem verzweifelten Falle von Polyarthritis chronica progressiva eine Fibrolysincur im Verein mit den Bädern, und der Erfolg bewog mich diese Behandlungsweise fortzusetzen. Hier will ich Ihnen nun über einige in den Jahren 1905—1908 angestellten Beobachtungen Bericht erstatten.

Das Gros der Fälle im Badeorte, speciell in Kemmern lässt sich, vom Gesichtspunct des practischen Arztes betrachtet, in 4 Kategorien einteilen.

I) Der typische Gelenkrheumatismus. Diese acut eingetretene, durch ihren Verlauf characteristische Erkrankung wird von den Schwefelbädern in der grossen Mehrzahl der Fälle äusserst günstig beeinflusst. Selbst die stärksten Schwellungen, begleitet von unerträglichen Schmerzen und häufig von absoluter Bewegungsunfähigkeit sehen wir, im Laufe von einigen Wochen schwinden, und der Patient, der elend unter Gestöhn zum Bade gefahren wird, fühlt sich bald wie neugeboren; elastischen Schrittes geht er ins Bad und dankbare Erinnerungen begleiten ihn nach Hause. Worauf diese Wirkung der natürlichen Schwefelquellen in Kemmern beruht, lässt sich noch nicht bestimmen, ob die Jonentheorie, die leider uns Aerzten noch nicht so recht geläufig ist, hier die Hauptrolle spielt? Denn häufig verordnen wir denselben Rheumatikern zu Hause, im Sommer und Winter, künstliche Schwefelbäder in grosser Anzahl, weit über die 30, die gewöhnlich in Kemmern genommen werden, bei absolut negativem Erfolge, während die eine Badecur geradezu die Wunder von Lourdes hervorbringt. Ausschliessen muss ich aus diesen Fällen den gonorrhoischen Gelenkrheumatismus, der in seinem Verlaufe und Hartnäckigkeit zur III. Gruppe, den Fällen von Polyarthritis progressiva zu rechnen wäre. Obgleich Senator, Bäumler und Curschmann den chronischen Gelenkrheumatismus zusammenhalten mit der Arthritis deformans, lehrt gerade die Praxis, dass diese beiden Krankheiten streng von einander zur scheiden sind, und ich muss vollständig Hoffa beistimmen, der mit der Schule der Chirurgen, auch Pribram und His, den Gelenkrheumatismus und die Arthritis deformans als Krankheiten sui generis hinstellt.

Auf die einzelnen Verhältnisse dürfte hier nur ganz kurz eingegangen werden, denn diese beiden Krankheiten sind so häufig anzutreffen, dass wohl jeder Arzt sich ein präcises Bild mit eigenen Anschauungen, die nicht immer dem Lehrbuche zu entsprechen brauchen, machen kann. Der schleichende Beginn, das Befallensein der einzelnen, gewöhnlich der grossen Gelenke, das langsame

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fortschreiten der Krankheit, bei gleichzeitig recht grossen Veränderungen in den befallenen Gelenken, die aber doch nicht der vielfach jahrelangen Dauer der Krankheit zu entsprechen brauchen, charakterisieren die Arthritis deformans deutlich und ergeben einen Unterschied gegen den chronischen Gelenkrheumatismus, der wohl in den einzelnen Fällen in die Arthritis deformans übergehen kann, aber nur in einzelnen Fällen, gewöhnlich aber den anfallsweisen Charakter bei Beteiligung der Mehrzahl aller Gelenke, mit starken Remissionen trägt. Auch sind die anatomischen Veränderungen bei der Arthritis deformans viel prägnanter und eingreifender als bei dem chronischen Gelenkrheumatismus. Nach v. Volkmann lassen sich die Veränderungen bei der Arthritis deformans in dem kurzen Satze zusammenfassen: „Knochen- und Knorpelschwund auf der einen Seite, Knochen- und Knorpelwucherungen auf der anderen Seite" (cit. nach Hoffa, Deutsche Med. Woch. Nr. 14, 1907). Die Weichteilveränderungen sind nur secundärer Natur, bedingt von der mechanischen Zug- und Druckwirkung der befallenen Knochen und Knorpel. Wollenberg meint, dass der Befund in der Synovialis bei der Arthritis deformans an das anatomische Substrat bei der traumatischen Synovialiserkrankung erinnert. Er fand bei schon deutlicher Auffassung und Proliferation des Knorpels nur eine einfache Zottenhyperplasie mit geringer Gefäss- und Bindegewebsneubildung. Während bei dem chronischen Gelenkrheumatismus der Autoren und der primär chronischen Polyarthritis von Hoffa und and. schon in frühen Stadien grosse Lymphocytenanhäufungen in der Synovialis aufzutreten pflegen, sieht man solche bei der Arthritis deformans nur spärlich und selten. Selbst bei starken Veränderungen des Knochen- und Knorpelgewebes, bei starken Randwucherungen und Usuren sind die Synovialveränderungen nicht bedeutend. Die hyaline Degeneration jedoch tritt im Endstadium der Arthritis deformans in der Synovia stets auf; die ganze Synovia kann in schweren Fällen in hyalines, structurloses Gewebe verändert sein. Das starke Knacken der Gelenke, die sog. Arthroxerosis ist ein deutliches Symptom der Arthritis deformans. Gerade bei ihr, wo die Weichteilveränderungen nicht im selben Grade einhergehen, wie die Knochen- und Knorpelerkrankung ist die Reibung bei activen und passiven Bewegungen durch die innige Berührung der Knorpel- und Knochenflächen, die nicht durch einen stärkeren Synovialerguss von einander getrennt werden, in hohem Grade möglich. Auch die geringere Schwellung als bei der Polyarthritis rheumatica und die weniger heftig auftretenden Schmerzanfälle, sowie auch die geringere Schnelligkeit der Entwickelung sind alles Momente, die uns klar die Bilder der Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus auseinander halten lassen.

Die III. Gruppe zeigt das typische Bild der von Hoffa zusammenfassend beschriebenen Polyarthritis chronica progressiva, einer Erkrankung, die in ihrem Verlaufe und dem anatomischen Bilde vollständig von der Arthritis deformans und dem chronischen Gelenkrheumatismus abweicht. Sie gehört zu den schwersten, manchmal aber auch zu den dankbarsten Fällen der Gelenkkrankheiten, wenn sie nur rechtzeitig in geeignete Behandlung genommen wird.

Obgleich gerade Hoffa sich skeptisch über die Möglichkeit ihrer Heilung ausgesprochen hat, glaube ich an der Hand eines genauen casuistischen Materiales beweisen zu können, dass bei frühzeitiger energischer Behandlung der Polyarthritis chronica progressiva gute Erfolge sowohl quoad valitudinem, als auch quoad restitutionem erzielt werden dürften.

Mit dem chr. Gelenkrheumatismus und der Arthritis deformans hat die Polyarthritis chronica progressiva viele Erscheinungen gemein. Doch ist der klinische und anatomische Verlauf soweit verschieden, dass es notwendig wäre, näher auf diese Krankheit einzugehen. Bei plötzlichem Beginne, mit oder ohne Fieber wird eine grosse Anzahl von Gelenken befallen, ähnlich wie bei dem acuten Gelenkrheumatismus; doch sind die Schmerzen nie so stark wie bei diesem, entsprechen meistens nicht der Schwere der Erkrankung. Salicyl und seine Präparate sind fast immer absolut wirkungslos. Beginnend mit den kleinen Gelenken, den Finger- und Zehengelenken gewöhnlich gleichzeitig, schreitet die Krankheit ungemein schnell fort. Im Verlaufe von einigen Tagen bis Wochen sind so ziemlich alle Körperteile befallen, der Patient wird immer hilfloser, das Gesicht nimmt einen eigentümlichen starren, schwerleidenden Ausdruck an (Kiefergelenke), die Körperhaltung ist meist eine in sich zusammengekauerte, wegen der Unbeweglichkeit der Rückengelenke, oder in leichteren Fällen eine liegende. Die Eigenbewegungen sind stark herabgesetzt, werden auch wegen der Schwere und Schmerzhaftigkeit vermieden. Der Appetit sinkt bis aufs Minimum. Starke Abmagerung und eine starke Muskelatrophie treten in den Vordergrund; die Atrophie kann im Bereiche der befallenen Gelenke schon in wenigen Wochen eintreten und ist viel stärker, als die Atrophie, die wir bei der Arthritis deformans beobachten. Auch die Knochen atrophieren bald, die Knorpel schwinden, und die Gelenke nehmen die unmöglichen Formen an. An den Fingergelenken sehen wir spindelförmige Auftreibungen und Verdickungen, an den Hand-, Ellenbogen-, Knie- und Fussgelenken die mannigfachsten Veränderungen, so dass man glaubte, die Deformitäten in verschiedene Typen einteilen zu müssen, besonders an den Händen, in einen Extensions-, einen Flexions- und einen gradlinigen Typus. (Charcot, Teissiger, Roque). Doch hat diese Einteilung, wie Hoffa es betont, keinen besonderen Wert, da bei der Mannigfaltigkeit und schnellem Wechsel der Formen das Einhalten eines bestimmten Typus nicht möglich wird. Die Gelenkenden werden verbogen oder auf einander gepresst, manchmal bayonettartig ineinander gekeilt, kappenförmig aufsitzend, die Knochen werden kürzer. Allmählich wurden die Patienten immer schwächer, da durch die Veränderungen an den Gelenken, die stetig fortschreiten, der Zustand sich stets verschlimmert und leicht erliegen sie intercurrenten Erkrankungen. Das anatomisch-pathologische Bild weist auf eine frühzeitige Erkrankung der Synovialis. Wollenberg, der mit Hoffa zusammen die gründlichsten, diesbezüglichen Untersuchungen gemacht hat, schildert dieses Bild folgendermassen: „In frühen Stadien der Erkrankung sehen wir eine viel stärkere Zottenwucherung der Synovialis, viel weichere Gefässneubildungen, viel bedeutendere Proliferation der fixen Bindegewebszellen, als wir dieses je in viel weiter fortgesetztem Stadium der Arthritis deformans antreffen. Das Characteristischste aber sind mächtige, meist dicht bei einander gelegene Anhäufungen von Rundzellen, die meist circumscripte, perivasculäre lymphomartige Gebilde darstellen; daneben finden wir auch hier und da eine diffuse Durchsetzung des Gewebes mit Lymphocyten.

Diese lymphomartigen Rundzellenanhäufungen findet man auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen der Gelenke, sie sind jedoch fast nie so enorm zahlreich und dicht; natürlich stellen sie nichts specifisches dar, und speciell unterscheiden sie sich vom Tuberkelknötchen ganz scharf. Veränderungen des Knorpels und Knochens sind in diesen frühen Stadien entweder noch gar nicht vorhanden, oder rein regressiver Natur, indem die Knorpel der Usur verfallen, Erosionen aufweisen, oder aber von einem der Synovialis entstammenden pannusartigen Granulationsgewebe substituiert werden. Da-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch wird die Knorpelfläche allmählich in Bindegewebe verwandelt. In späteren Stadien können dann auch scheinbar geringe Proliferationserscheinungen auftreten, und zwar besonders in milde verlaufenden Fällen. So kann es unter dem Einfluss des den Knorpel überwuchernden Granulationsgewebes zu einer geringen Aufquellung der Knorpelsubstanz kommen. Wirkliche Proliferation von Knorpelzellen konnten wir aber nur in einem sehr geringen Grade feststellen. Es kommt am Rande des Knochens zu einem Durchbruche der Corticalis, zu einer Einwucherung von Granulationsgewebe, von der Synovialis stammend, in die Markhöhle. In ganz alten Stadien schliesslich starke bindegewebige Verdickung und Schrumpfung der Gelenkkapsel, mehr oder weniger totale Verwachsung der gegenüberliegenden Synovialispartieen und der Gelenkenden. In der Nähe der Verwachsungen immer mehr oder weniger starke Lymphocytenanhäufungen und Infiltrationen. Der Knorpel ist nun ganz oder fast ganz verschwunden resp. durch Bindegewebe ersetzt, sodass oft, da auch die Corticalis des Knochens stark zerstört ist, nur eine dünne Bindegewebslamelle die Begrenzung der Markhöhle bildet. Die knöchernen Gelenkenden sind stark verkleinert, die Spongiosa äusserst rareficiert, in spärliche, dünne Bälkchen verwandelt. Knorpel- und Knochenwucherungen sind nicht zu constatieren".

Das pathologisch-anatomische Verhalten der Weichteile und Knochen lehrt uns also, dass mit einer primären Erkrankung der Gelenkweichteile eine hochgradige Knochenatrophie mit Destruction des Knochengewebes einhergeht. Der Knochen wird abnorm weich, kann dadurch leicht verdrängt werden; die Veränderungen, welche die Weichteile erleiden, die Schrumpfung der Kapseln besorgt, wie Hoffa sagt, die plastische Verdrängung des Knochens; es kommt noch die Atrophie der Muskeln hinzu, und mit ihr die Wirkung der Schwerkraft, um diese schweren Gelenkveränderungen und -Verzerrungen in kurzer Zeit zu vollbringen. Das Fehlen stärkerer Wucherungsprocesse wäre nach Hoffa einer verminderten Vitalität des Knorpel- und Knochengewebes auf Rechnung zu setzen.

Der Unterschied der Polyarthritis progressiva von der Arthritis deformans ist hiermit klar gegeben; während es sich hier um eine Erkrankung der Gelenkweichteile mit den sich daraus ergebenden Folgen handelt, beruht die Arthritis deformans auf einer Erkrankung der Skelettanteile des Gelenkes. Schwerer wäre wohl die Grenze zwischen dem chron. Gelenkrheumatismus und der Polyarthritis progressiva zu ziehen, doch hier entscheidet der Beginn und Verlauf.

Welche bacteriellen Momente zur Entstehung der 3 Krankheitsgruppe beitragen, ist eine bis heute noch unentschiedene Frage. Eine ganze Reihe von Autoren will Bacterien gefunden haben. Hoffa gelang es nicht, trotz sorgfältigster Prüfung bei der Polyarthritis progressiva solche nachzuweisen, obgleich diese Krankheit in ihrem Verlaufe und Erscheinungen den bacteriellen Erkrankungen, z. B. dem gonorrhoischen Gelenkrheumatismus, wie schon oben hervorgehoben, ähnlich ist. Die Gicht in ihren schweren und leichteren Formen, sowie die traumatischen Gelenkverletzungen mit consecutiven dauernden Deformitäten (auch Osteomyelitis) wollen wir als IV. Gruppe betrachten.

An einer Reihe von Fällen wurde nun das Fibrolysin angewandt und mit überraschendem Erfolge. Die schwersten sind zur prägnanten Demonstration vor Beginn und nach Beendigung der Behandlung photographiert; und sollen hier in der Casuistik verwandt werden. Die Technik der Einspritzungen war folgende: Nach strenger Desinfection wurde gewöhnlich in die musc. glutaei mittels Luhr'scher oder Lieberg'scher über 2 cbctm. fassender Spritze der Inhalt einer 2,3 cbctm. enthaltenden Merk-Mendel'schen Fibrolysinampulle eingeführt. Die Einspritzung intramusculär in die Glutaei wurde vorgezogen, weil sie die bequemste und schnellste ist; sie geht fast schmerzlos vor sich und ist in einem Bruchteile einer Secunde mit geeigneter Nadel und nötiger Uebung auszuführen. Die intravenöse Einführung des Fibrolysins, die Mendel so warm für schwere Fälle empfiehlt, erfordert einen viel complicierteren Apparat und grösseren Zeitaufwand; wird auch von den Patienten in der ambulatorischen Praxis als Operation häufig gefürchtet. In keinem Falle hatten wir unangenehme Nebenerscheinungen, weder Brennen, noch Sugillationen, wie es eine ganze Reihe von Autoren gesehen hat, (Salfeld u. a.) obgleich wir oft bei bejahrten Leuten mit stark geschlängelten Hautvenen einspritzen. Auch die übrigen in der Literatur beschriebenen Zufälle, wie Kopfweh (Kunkel, Kircz, Baumstack) Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen (Lange, Latzko, Tussey, Döllken) blieben uns erspart. Nur in 2 Fällen bei ganz alten Leuten beobachteten wir nach den ersten 3—4 Einspritzungen Durchfälle, die aber bald schwanden. Urticaria, die Békéss und Juliusberg so vielfach bei ihrer Behandlung mit Fibrolysin beobachteten, kam auch nicht bei unseren Fällen vor. Die Befürchtungen vieler Autoren (schon Hebras), dass bei Fibrolysin oder Thiosinamineinspritzungen alte entzündliche Herde wieder in Tätigkeit versetzt würden, teilen wir nicht. Die Warnung bei Lungentuberculose und Herzklappenfehlern (Békéss) einzuspritzen, scheint uns in einem zufälligen Zusammentreffen verschiedener Umstände, die mit der Fibrolysintherapie nichts gemeinsam haben, entstanden zu sein. Wenigstens haben unsere Herz- und Lungenkranken die Fibrolysineinspritzungen ohne jeden Nachteil überstanden.

Die Anzahl der Einspritzungen betrug in jedem einzelnen Falle mindestens 30, die täglich in der oben geschilderten Weise vorgenommen wurden. Erst nach 20 trat gewöhnlich eine Besserung im Zustande auf, die dann merkbare Fortschritte machte. Die Schmerzen fingen schon früher an nachzulassen, so nach 10—12 Einspritzungen, aber die Aenderungen im Allgemeinzustande erforderten eine längere Behandlung. Nach 20—25 Injectionen verloren sich immer mehr und mehr die Schwellungen der Gelenke, die active und passive Beweglichkeit stellt sich fortschreitend wieder ein; der Allgemeinzustand hebt sich und die Patienten fühlen, dass sie auf dem Wege der Genesung sind. Natürlich war immer die Fibrolysinbehandlung vereint mit den Bädern, Moor- und Schwefelbädern, Massage und Gymnastik. Welche Befriedigung aus dem Munde des noch vor wenig Wochen verzweifelten Patienten zu hören, dass er jetzt auf die Wiedererlangung seiner Gesundheit hoffe.

Zur Illustration wollen wir nun einige der Fälle bringen, wobei aber die Reihenfolge der 4 Kategorien nicht eingehalten werden kann.

I. Frl. L. aus Smolensk 19 a. n. Seit 5 Jahren schwere Gonitis des rechten Kniegelenkes. 1907. Rechtes Knie 39 ctm., linkes 37 ctm. Umfang.

Das Röntgenbild ergibt Verdickung der Patella, am oberen Femurrande eine Delle, die wahrscheinlich als osteomyelitisch angesehen werden muss. Das r. Knie ist stark geschwollen, lässt sich nicht beugen. Patientin muss auf eine Krücke gestützt gehen. Von sonstigen Befunden wäre Mitralinsufficienz zu notieren. Das Herz ist stark nach links (über 2 Finger) hinter der Mammillarlinie verschoben. Fremissement cathaire. Blasen über der Spitze. Puls über 110, stark anämisch.

Diagnose: Osteomyelitis genu dextri. Patientin ist zu Hause mit Apparaten, Gipsschienen und interner Medi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cation behandelt worden. Verordnung in Kemmern; abwechselnd Schwefel- und Schwefel-Kohlensaure-Bäder, Fibrolysineinspritzungen täglich. Nach 20 Injectionen 1907 ist der Zustand soweit gebessert, dass Patientin die Krücken wegtun kann, und blos auf den Stock sich noch stützen muss.

Im Juni 1908 kam Pat. wieder nach Kemmern am linken Knie ist noch eine Verbreiterung des Gelenkes nach oben, mit seitlicher Abflachung zu sehen. Gelenkmäuse. Pat. muss sich beim Gehen auf den Stock stützen, klagt über leichte Ermüdbarkeit. Schmerzen sind selten und gering; der Winter war relativ gut.

Dieselbe Behandlung wie 1907.

Mit jedem Tage bessert sich der Zustand. Nach 2 Wochen kann Pat. grössere Fusstouren ohne Stock vornehmen, die Difformität des Gelenkes ist, wie die Photographie beweist, bedeutend geringer. Sogar das Tanzen, das Pat. auf eigene Verantwortung riskiert hat, wurde gut vertragen. Nach 4 wöchentlicher Behandlung gesund entlassen.

Fall II. Frl. W. aus Tuckum, Bäuerin, 24 a. n. Vor 2 Jahren plötzlich Kniegelenkentzündung des linken Knies ohne jedes nachweisbare Trauma oder sonstige Ursache. Pat. lag längere Zeit im Krankenhause, doch hat sie keine Besserung gefunden. Das Knie ist unförmlich dick, 41 Ctm., nach oben hinauf, in der Gegend der Patella und über diese, deutliche Verdickungen auch Gelenkmäuse fühlbar; ebenso seitwärts, nur an den lig. lateralia noch Furchung sichtbar (vergl. Photographie). Heftige Schmerzen bei jeder Bewegung, activen und passiven, auch beim Stehen. Es treten sogar spontane Schmerzen beim Liegen auf. Das Biegen des Kniees geht nur bis zum rechten Winkel. Pat. kann sich nur sehr langsam, auf Krücken gestützt, fortbewegen. Diagnose: Osteomyelitis genu. Therapie: abwechselnd Schwefel- und Moorwannen, tägl. Fibrolysineinspritzungen, leichte Massage.

Schon nach kurzer Zeit bedeutende Fortschritte. Nach ungefähr 10 Tagen haben die Schmerzen auch beim Gehen nachgelassen. Pat. kann bedeutend kräftiger auftreten und schon Stehversuche ohne Krücken machen, die bis dahin ganz unmöglich waren. Bald (in 3 Wochen) konnte ich ihr die Krücke fortnehmen; Pat. geht recht gut, nur mit dem Stocke. Sie merkt selbst die immer fortschreitende Besserung. Die Verdickungen haben an Umfang abgenommen. (Phot. II). Die Beweglichkeit geht ohne Schmerzen vor sich, das Knie lässt sich fast bis zum normalen beugen: nur bei starker Anstrengung geringe Schmerzen. In 4 Wochen konnte sie gebessert entlassen werden, und glaube ich, dass bei Fortsetzung der Behandlung im nächsten Jahre das Resultat ein ebenso glänzendes, wie im Falle I, sein dürfte.

Fall III. Frau H. aus Witebsk, 43 a. n. Vor 8 Jahren nach der letzten Geburt, traten Schwellungen und Schmerzen in allen grossen Gelenken auf, die trotz energischer Behandlung stationär blieben; allmählich wurden auch die kleinen Gelenke, Finger, Zehen, (in den letzten 5 Jahren) befallen und deformiert. Steht die ganze Zeit in Behandlung. War mehrfach in Teplitz, Wiesbaden und Kemmern. Pat. kann nur sehr schwer gehen, muss sich auf den Stock stützen. Häufige Schmerzanfälle. Fast alle Gelenke sind aufgetrieben, die Gelenkenden verdickt, starkes Krepitieren in den Gelenken bei Bewegungen. Die Schultern können nicht über die Horizontale gehoben werden, Bewegung der Arme nach hinten ist unmöglich. Schwellungen beider Knie- und Malleolengelenke.

Diagnose: Polyarthritis progressiva.

Therapie: abwechselnde Schwefel- und Moorwannen, tägl. Fibrolysin.

Binnen 14 Tagen tritt Besserung ein. Pat., die sehr intelligent, und schon viel behandelt wurde, macht mich selbst auf die fortschreitende „Lösung“ der Gelenke aufmerksam. Die Schwellungen beginnen zurückzugehen. Nach 4 Wochen kann Pat. ohne Stock grössere Spaziergänge unternehmen, was noch nie in den 8 Jahren möglich war.

Nach 40 Einspritzungen wird Pat. bedeutend gebessert entlassen. Vor kurzem erhielt ich von Pat. einen Brief, worin sie mir die fortschreitende Besserung anzeigt.

Fall IV. Frau K. aus Libau, 50 a. n. Nach einer Operation an der rechten Hand im November 1907 sind Steifigkeit und Atrophie aller Finger, bis auf den Daumen, nachgeblieben. Zu Hause wurde ohne Erfolg electrisiert und massiert; kommt auf Anraten der libauschen Aerzte nach Kemmern. (Vergl. Phot. I). Verordnung: Schwefelbäder, Moorcompressen auf die rechte Hand, Fibrolysin. Nach 4 Wochen war der Zustand insoweit gebessert, dass alle Finger recht frei bewegt werden konnten, etwas langsam noch der Zeigefinger, weil an ihm die Sehnen vollständig zerschnitten waren; jedoch ist gute Functionsfähigkeit zu erwarten. (Phot. II).

Fall V. Frau Br. aus dem Kownoschen Gouv. 40 a. n. Vor 3 Monaten (März 1908) erkrankt bei hohem Fieber; mit Schmerzen, Schwellungen der kleinen Gelenke, die auf Salicyl nicht besser wurden, im Gegenteil, der Zustand verschlimmerte sich von Tag zu Tag; immer weitere Gelenke wurden ergriffen. Im Juni d. J. kommt Pat. nach Kemmern. Status: Pat. hat einen schwer leidenden Gesichtsausdruck; die Mehrzahl der Gelenke sind geschwollen und schmerzhaft. Pat. kann nicht gehen, sitzt auch beim Schlafen meistens nach vorne gebückt; (weil die Gelenke der Wirbelsäule ebenfalls ergriffen sind). Die Fingergelenke sind verdickt, die Handgelenke geschwollen, fühlen sich dabei weich an und die Hände können nur sehr wenig gehoben werden. Aehnliche Befunde an den Füssen. (Die Photographie I weist recht deutlich auf die Schwere des Falles hin).

Diagnose: P o l y a r t h r i t i s c h r o n i c a p r o g r e s s i v a (H o f f a scher Typus). Therapie: Abwechselnd Schwefel- und Moorbäder, Fibrolysin.

Wo unsere Kunst, wie es schon H o f f a betont, in früheren Zeiten recht machtlos dieser schweren Erkrankung gegenüberstand, bewies hier der schnelle Erfolg, welchen mächtigen Hilfsfactor wir im Fibrolysin haben können. Es dauerte keine 4 Wochen, und Pat. konnte gut gehen, ihre Hände gebrauchen, der Appetit stellte sich ein, und die Schwellungen waren fast vollständig geschwunden. Schon der Gesichtsausdruck auf Phot. II lässt deutlich die Besserung erkennen.

Fall VI. Herr M. aus Libau 29 a. n. Fleischer, erkrankte im Mai d. J. mit starken Schwellungen der Hände und Füsse, Schmerzen, auch im Rücken, so dass er den Oberkörper nach vorne geneigt halten muss, wie auch Phot. I zeigt. Das Gehen ist nur unter starken Schmerzen möglich, zum Ankleiden bedarf er ständig fremder Hilfe. Die Auftreibungen der Malleolen-Knie- und Hand- und Fingergelenke sind auf der Phot. deutlich sichtbar.

Diagnose: Polyarthritis chron. progressiva (Hoffa).

Therapie: Moor- und Schwefelbäder, Fibrolysin.

Auch hier war wie im vorigen Falle, die Wirkung des Fibrolysins eine sehr schnelle. Das Resultat, das uns Phot. II zeigt, ist in 3 Wochen zustandegekommen. Man sieht deutlich die restitutio. Die Haltung ist auch eine gerade geworden, und ist Patient gut gebessert, man könnte fast sagen, gesund nach Hause entlassen.

Fall VII. Frl. R. 18 a. n. aus Pensa. Vater und Mutter leiden an Gicht. Seit dem 13. Lebensjahre treten bei Pat. periodisch an verschiedenen Gelenken Schwellungen auf, welche sich constant an den Fingergelenken halten, so dass Pat. keine feineren Arbeiten mit ihnen ausführen kann. Im Harne stets Vermehrung der Harn-

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

säure und harnsauren Salze, häufig bis aufs doppelte des normalen Coëfficienten.

Diagnose: Arthritis uratica.

Therapie: Schwefel- und Moorwannen, Massage, Fibrolysin und Gichtdiät (die übrigens Pat. schon seit Jahren einhält).

Nach der Behandlung: erheblicher Rückgang der Schwellungen, auch in den Fingern: die Finger sind viel gelenkiger geworden: Pat. kann sogar feinere Handarbeiten machen. Auch ist der Harnsäurecoefficient viel kleiner als früher.

Fall VIII. Frau L. aus dem Kownoschen Gouvernement 38 a. n. Nach einer Verletzung vor 2 Jahren, ist eine starke Schwellung des linken Kniegelenkes eingetreten mit Schmerzhaftigkeit bei Bewegung. Das Knie kann nur bis zum rechten Winkel gebogen werden, crepitiert stark, der Gang ist mehr nach der rechten Seite geneigt, weil das linke Knie geschont wird. Festes Auftreten ist unmöglich. Pat. war schon in Teplitz. In Königsberg wurde ihr Operation vorgeschlagen, aber ohne Garantie auf Erfolg. Nebenbefund starke Venenerweiterungen. Bei der Fibrolysinbehandlung machte Pat. merkliche Fortschritte. Die Beugung des l. Knies konnte in immer grösserem Winkel vorgenommen werden, der Gang wurde normal und Pat. denkt jetzt nicht mehr an eine Operation. Pat. ist selbst ausserordentlich mit dem erzielten Erfolge zufrieden, der weit ihre Erwartungen übertrifft.

Fall IX. Herr R. 26 a. n. aus Kowno hat vor 6 Wochen (Ende Juni 1903) eine Gonorrhoe acquiriert, die sofort mit Gelenkschwellungen einsetzte. Trotz energischer Behandlung stetige Verschlechterung des Zustandes mit weiter fortschreitenden Schwellungen. Kommt deswegen nach Kemmern, wo ich ihm ausser Schwefel- und Moorbädern noch Fibrolysin verordne, mit wenig Hoffnung auf einen baldigen Erfolg, da meinen Erfahrungen nach, ebenso wie die Polyarthritis chronica progressiva, die gonorrhoische Arthritis hartnäckig aller Therapie trotzt, und ich noch keinen derartigen Fall bisher mit Fibrolysin behandelt hatte. Besonders gab die Schwere des Falles zu Bedenken Anlass, da Pat. ganz hilflos unter heftigen Schmerzen war. Phot. I, die erst eine Woche nach Beginn der Behandlung aufgenommen wurde, zeigt deutlich die starke Schwellung des r. Malleolargelenkes, die Schwellungen an den Händen und dabei war schon eine leichte Besserung eingetreten. Ueberraschend schnell wirkte das Fibrolysin günstig. Nach der 20. Einspritzung konnte man täglich die Besserung, ich möchte sagen, messen. Dieser hilflose, schwere Mann, der von zwei kräftigen Menschen unter starken Schmerzäusserungen seinerseits, nur mit Mühe gehoben werden konnte, fing schon nach der 25. Einspritzung selbst zu gehen an, begann sich selbst zu helfen und habe ihn mit gutem Gewissen nach 40 Einspritzungen als geheilt entlassen können. Phot. II ist um die Zeit der 30. Einspritzung gemacht worden, bietet aber einen so grossen Unterschied gegen Phot. I, dass man sich auch ohne Ergänzungsphotographie den Gang der Besserung vorstellen kann. Leider war in der ganzen letzten Zeit der Behandlung die Witterung zu schlecht, um im Freien den Pat. photographieren zu können: die Aufnahme im Zimmer hätte nicht so deutlich die Unterschiede von den früheren Bildern wiedergeben können.

Obgleich noch eine ganze Reihe von Fällen mir zur Verfügung steht, will ich um Wiederholungen zu vermeiden, die Casuistik mit diesen 9 Fällen schliessen. Ich glaube in dieser Auswahl, wie ich sie hier gebracht habe, ein recht umfassendes Bild gegeben zu haben.

Es erübrigt noch die Frage, worauf beruht wohl die Wirkung des Fibrolysins? So einfach und deswegen plausibel die Erklärung Salfelds auch lautet, dass hier die eine Hyperämie hervorrufende Wirkung der Salicylsäure die Hauptrolle spielt, liesse sich doch diese schwer beweisen. Ist ja der Salicylgehalt, den die Pat. bei der Fibrolysinbehandlung einverleibt bekommen, ein um vieles geringerer als bei der internen Medication. Wenn auch die Salicylsäure nach Bier u. a. als ein in der Peripherie stark Hyperämie erzeugendes Mittel nachgewiesen ist, und diese Hyperämie beim Gelenkrheumatismus und den ihm verwandten Krankheiten einen mächtigen Heilfactor darstellt, sehen wir doch eine ganze Reihe von Fällen, wo die Salicylsäure in sehr grossen Dosen (viel grösseren als bei der Fibrolysinbehandlung) gegeben wird und absolut erfolglos; wo aber die Fibrolysin-Cur geradezu Wunder bewirkt.

Auf die chemische Formel und Darstellung des Fibrolysins näher einzugehen, dürfte ich wohl verzichten, ich brauche blos auf die Arbeiten von Lewandowsky, Mendel und Wolf hinzuweisen, die erschöpfend dieses Thema behandelt haben.

Nur kurz möchte ich hervorheben, dass das Fibrolysin ein von Mendel-Essen aus Thiosinamin und Salicylsäure hergestelltes Präparat ist, welches die Fabrik von Merck in Darmstadt in zugeschmolzenen, sterilen Ampullen mit 2—3 Cbctm. Inhalt liefert. Es hat den Vorzug vor dem Thiosinamin, dem Allylsulfoharnstoff, der leichten Löslichkeit im Wasser, der grösseren Haltbarkeit und geringen Schmerzhaftigkeit bei Injectionen.

„Nach den mikroskopischen Untersuchungen von Glas an Narbengewebe treten bei Anwendung Thiosinamins (Fibrolysins) im Gewebe folgende Veränderungen auf. Zahlreiche Rundzellen, zwischen ihnen eingesprengt eine Anzahl epithelioider Zellen, teils hyalin degeneriert, teils als Miculiczsche Formen. Auffallend sind die das Granulationsgewebe weithin durchziehenden Bindegewebestränge, welche eine von anderweitigem Narbengewebe abweichende Gestaltung zeigen. Die Grenzen der einzelnen Bindegewebsfasern sind auffallend undeutlich, die einzelnen Conturen verwischt, die Bindegewebskerne an einzelnen Stellen weit von einander abgedrängt, der ganze Strang zeigt ein stark gequollenes Aussehen, die Bindegewebsfasern sind wulstig und gedehnt."

Als Erklärung für die Wirkung des Thiosinamins (Fibrolysins) wird die Chemotaxis herangezogen (Grawitz, Mellin), es tritt eine chemische Autolyse mit Anlockung von Leucocyten. Auflockerung des Gewebes durch diese, und Resorption der Zerfallsproducte auf. Spiegler, v. Hebra und Gärtner betonen als Hauptagens die lymphagoge Eigenschaft des Thiosinamins-Fibrolysins: Hartz vergleicht die Wirkung mit der der Organsera. Lewandowsky wieder deutet ausdrücklich auf die hyperämisierende Eigenschaft, die es mit dem Senfoel gemeinsam hat, hin. Die Summa aller dieser Wirkungsweisen könnte, falls sie erwiesen wäre, schon eine günstige Beeinflussung verständlich machen. Scheiden wir aber die Theorie von dem feststehenden ab, so müssen wir die Wirkung nach folgenden Richtungen als sicher erklären.

1. Die lymphagoge Wirkung ist von unbefangenen Forschern deutlich nachgewiesen worden im Tierexperiment und am Menschen.

2. Die hyperämisierende Wirkung besteht sicher.

3. Die chemotactische Wirkung. Diese wäre an der Injectionsstelle, da das Fibrolysin sehr gut als Fremdkörper chemotactische Anregung entfalten kann, leicht erklärlich. Schwieriger ist es jedoch mit der Fernwirkung, warum wir Erfolge in distalen Gelenken sehen, wenn wir in die Glutaei einspritzen. Nehmen wir aber an, dass die Leucopenie, die Löwitt, Richter und Offergeld kurz nach der Injection bis zu 1500—4000 Leucocyten pro cmm. sicher beobachteten, um nachher binnen 4—6 Stunden auf die normalen Verhältnisse zurückzugehen, im Verein mit der lymphagogen und hyperämi-

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

misierenden Wirkung sich am locus minoris resistentiae, also an den erkrankten Gelenken abspielen dürfte, so wäre eine zwar theoretische, vielleicht aber doch natürliche Erklärung abgegeben.

Die grossen Erfolge, die mit sehr grossen Namen eng verknüpft waren, hatten das Thiosinamin-Fibrolysin auf ein solches Piedestal gestellt, dass es aussah, als wäre in ihm der Stein der Weisen für die Medicin entdeckt worden: und der Rückschlag musste erfolgen! Die Literatur war derart angewachsen, dass man vor lauter Bäumen den Wald nicht sehen konnte und ich muss vollständig den Worten Wolfs beistimmen, dass zu leicht aus dem post auf das propter hoc geschlossen wurde, wobei ich aber seinem Vordersatze, dass alle guten Resultate skeptisch aufzufassen sind, keinesfalls beistimmen kann. Es gilt blos den Weizen vom Spreu zu sichten, damit eine reinliche Scheidung zwischen dem sicheren und dem gewollten Resultate ermöglicht würde, und damit jeder Anstoss wegfalle. Bei dieser Art der Forschung würde allmählich das Indicationsgebiet für das Fibrolysin in die rechten Bahnen gelenkt werden, die Erwartungen nicht mehr so hoch geschraubt sein, aber das Gute würde Allgemeingut werden. So dürfte es sich Lohnen, die Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins bei narbigen Veränderungen am inneren Ohre weiter fortzusetzen, da eine ganze Reihe von unbefangenen kritisch prüfenden Autoren, wie Hirschland, Cassel, Tonsey, Sugar, Glas gute Erfolge erzielt haben. Auch bei narbigen Prozessen, bei denen aber die Indicationen streng zu stellen sind, sollte das Fibrolysin weiter in Anwendung bleiben. Nicht alle Dupuytrensche Contracturen sind auf Fibrolysin zurückgegangen, da müsste man eben unterscheiden lernen, welche Fälle geeignet wären, welche nicht. Eine ganze Reihe von Autoren will bei Sclerodermie mit Thiosinamin-Fibrolysin Erfolg gesehen haben: ich habe es in 2 derartigen Fällen mit absolutem Misserfolge angewandt. Bei Urethralstenosen sollte man ebenfalls, bevor zu eingreifenderen Massnahmen geschritten wird, das Fibrolysin versuchen (Lang, Schowrp, Becker). Nicht entbehren wollte ich das Fibrolysin in den schweren Fällen von Polyarthritis, wo unsere guten Resultate. gleich denen Salfelds, Beckers, Teschemachers weitere Nachprüfungen veranlassen dürften.

Literatur.

1) v. Hebra, Archiv f. Dermatologie, 1892—1899. 2) Tonsey-Sinclair, New-York Med. Journ. Bd. 63. 3) Julius-berg, Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 35. 4) Latzko, Wiener kl. Wochenschrift, 1892. Nr. 6. 5) Lewandowsky, Ther. d. Gegenwart, 1903. Nr. 10. 6) Döllken, Archiv f. exper. Pathol. u. Therapie. Bd. 28. 7) Glas, Wiener kl. Wochenschrift, 1903. N. 5 und 11. 8) Richter, Wiener med. Wochenschrift, 1893. 9) Mertens L. J., Wratsch, 1894. 10) Mertens L. J., Archiv f. Dermatologie. Bd. 30.

Zur operativen Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte).

Von

Dr. med. P. v. Wichert.

In den folgenden Ausführungen will ich einen operativen Eingriff besprechen, der in letzter Zeit für die Behandlung eines Leidens vorgeschlagen worden ist, welches durch seine lange Dauer häufig für die Pat. eine grosse Belästigung bildet, nämlich die chronischen Eiterungen in der Prostata. Wenn wir von den durch Tuberculose, durch Fremdkörper, durch Traumen und durch Metastasierung von einem anderen Herde im Körper verursachten Eiterungen absehen, haben wir diese Erscheinung am häufigsten im Verlaufe und Gefolge der Gonorrhoe zu beobachten, nebenbei, aber mit weit geringerer Häufigkeit als Endstadium der Prostatitis, die auf chronischen Congestionszuständen beruht. Ueber die Häufigkeit der Prostatitis bei Gonorrhoe hat sich im Laufe der letzten Jahre in den Ansichten der Aerzte ein grosser Wandel vollzogen — Fürbringer z. B. erklärte sie noch in den 80-ger Jahren als verhältnismässig seltene Complication, während man jetzt allgemein der Ueberzeugung ist, dass in der überwältigenden Mehrzahl aller Gonorrhoen die Prostata in mehr oder minder hohem Grade beteiligt ist. (Casper z. B. schätzt in seinem „Lehrbuch der Urologie" von 1903 den Procentsatz auf mindestens 85). Diese Erkenntnis ist uns geworden dank den methodischen Untersuchungen der Prostata und ihres Secrets, wobei als Kriterium der Erkrankung die Anwesenheit von Eiter in diesem gilt, ohne Rücksicht auf vorhandene oder fehlende subjective Symptome, die in früherer Zeit als das ausschlaggebende, wenn nicht alleinige Moment galten. Andererseits haben wir durch diese Untersuchungen auch die Erfahrung gewonnen, dass es eine ganze Menge Prostatitiden gibt, die subjectiv völlig symptomlos verlaufen.

Wenn wir uns den Gang der Infection der Urethra post. vergegenwärtigen, so ist klar, dass dabei auch sofort die Ausführungsgänge der Prostata in Mitleidenschaft gezogen werden können, eigentlich müssen — durch Verschwellung derselben entsteht sofort Stauung in der Drüse, als klinischer Ausdruck derselben der desquamative Katarrh, Trübung der II. Harnportion und Anschwellung des Organs. Uebrigens variiren die Symptome je nach Acuität des Processes und Ausdehnung der befallenen Partien bedeutend und kommen hier auch weiter nicht in Betracht. Von diesem Stadium aus kann sich die Erkrankung entweder zurückbilden, oder chronisch werden, oder noch weiter fortschreiten.

In letzterem Falle tritt, während der Entzündungsprocess auf das perialveoläre prostatische Bindegewebe übergreifend zu einer immer reichlicheren eitrigen Secretion führt, am Ausführungsgange, an der Stelle, wo das geschichtete Pflasterepithel in das kubische der Drüsenalveole übergeht, ein Verschluss ein; infolge dessen kommt es zu Stagnation der eitrigen Massen mit Einschmelzung des umgebenden Gewebes. Dieses Moment kann in zweifacher Weise in Erscheinung treten: sehr stürmisch, mit hoher Temperatur unter starken lokalen und allgemeinen Symptomen. Diese Form war die in früherer Zeit ausschliesslich bekannte Prostatitis, führt in ihrem peracuten Verlauf zu rascher eitriger Einschmelzung der Drüse oder einzelner Teile derselben, kann auch mitunter eitrige Phlebitis verursachen und kann schliesslich spontan nach Rectum oder Blase durchbrechen.

Die andere Erscheinungsweise der Abscessbildung in der Prostata geht bei weitem ruhiger vor sich, häufig sogar unbemerkbar für den Pat., in dessen Krankheitsbewusstsein die Vorgänge in der Harnröhre die grösste Rolle spielen. Es kommt hierbei entweder zur Bildung einzelner grösserer Abscesse, die von einer richtigen pyogenen Membran ausgekleidet mit einem mehr oder minder derben Bindegewebswall umgeben sind, oder zu mehr indurativen Processen, bei denen kleine Eiterherde in reichlichem Bindegewebe eingebettet liegen — beide Typen mit häufigen Uebergängen in einander, so dass man oft in der einen Prostatahälfte die eine, in der anderen die andere Krankheitsform vorfindet.

Diese chronisch einsetzenden und verlaufenden Prostatitisformen sind nun diejenigen, auf deren operative Behandlung ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte. Den subjectiven Symptomen nach können sie sehr verschieden characterisiert sein. Zunächst ist daran festzu-

halten, dass ebenso wie die acute auch die chronische Prostatitis subjectiv völlig symptomlos verlaufen kann; es handelt sich dann doch fast immer um die nicht sehr hochgradig ergriffenen Fälle, solche, in denen die Entzündung auf einem geringeren Grade Halt gemacht hat — diejenigen, die schon bis Einschmelzung und Abscessbildung gediehen sind, lassen wohl kaum ein oder das andere der bekannten subj. Prostatitissymptome (Harndrang, Schmerzen beim Urinieren, abnorme Sensationen in Damm, Rectum und Oberschenkeln, Kitzel, Druck u. s. w.) vermissen.

Von objectiven Symptomen der uns hier interessierenden Prostatitisformen kommen zunächst in Betracht die palpatorischen Veränderungen an der Drüse. In den ausgesprochenen alten Fällen mit Abscessbildung ist der Untersuchungsbefund per Rectum ein ganz characteristischer: zunächst pflegt der Umfang der Drüse meist vergrössert zu sein; manchmal ist sogar die normale Configuration der Prostata garnicht mehr zu erkennen. Statt derselben fühlt man eine derbe Platte mit einzelnen, verschieden grossen, eindrückbaren Stellen, die oft von scharfen, wallartigen Rändern umgeben sind. Von diesen extremen Fällen bis zu denen, wo man palpatorisch kaum etwas Pathologisches finden kann, kommen alle Uebergänge vor. Ein zweites objectives Symptom ist die Pyurie, welche durch das Hineingelangen infectiösen Prostatainhaltes in die Blase entsteht. Minet macht gerade für diese Erscheinung die spontan nach der Urethra perforierten kleinen Abscesse verantwortlich, die der Rectalpalpation entgehen. Diese Pyurie trägt häufig einen intermittierenden Character.

Das wichtigste und wesentlichste Symptom ist die Entleerung von Eiter durch Expression der Prostata und dieses ist auch beim Fehlen aller weiterer Krankheitszeichen bestimmend und beweisend, es sei denn, dass wir es mit vollständig zur Urethra abgeschlossenen Abscessen zu tun haben, welche aber dann der Rectaluntersuchung nicht entgehen würden. Goldberg hat freilich kürzlich nachgewiesen, dass auch in Fällen reiner Prostatahypertrophie ohne irgendwelche gonorrhoische oder anderweitige entzündliche Antecedentien Leukocyten im Secret vorkommen können — es ist dasselbe aber in solchen Fällen stets spärlich und schwer erhältlich und daher kann man im Allgemeinen aus dem Vorhandensein von Eiterkörperchen stets auf eine Prostatitis schliessen.

Die bacteriologische Untersuchung des exprimierten Secrets lässt häufig, namentlich in den älteren Fällen, Gonococcen vermissen, sie gehen dann unter; andererseits können sie sich auch wieder sehr lange halten, so habe ich sie einmal in einem Falle gefunden, wo die Infection über 20 Jahre zurücklag. Sehr oft dagegen findet man in dem Eiter eine Menge anderer Bacterien, natürlich ist es in solchen Fällen unmöglich zu entscheiden ob sie sich secundär in dem Urethralsecret vermehren und dann nach oben gelangen, oder ob sie primär dem Prostataeiter beigemengt sind. In anderen Fällen wiederum enthält der Eiter bei mikroskopischer Untersuchung gar keine Bacterien.

Für Diagnose und Therapie sind diese Schwankungen im Untersuchungsbefund belanglos, wichtiger dagegen ist die Tatsache, dass auch der scheinbar s. v. v. „aseptische“ Eiter für die Frau eines solchen Pat. auch die Veranlassung verschiedener catarrhalischer Zustände werden kann. Ueberaus häufig sind in der Praxis solche Fälle, wo trotz mehrmaliger und sorgfältiger negativer bacteriologischer und cultureller Analyse des Prostataeiters auf Gonococcen und andere Bacterien es dennoch zu einer Erkrankung der Frau kommt. Der Eheconsens ist daher bei vorhandener Prostataeiterung unbedingt erst nach dem Verschwinden jeglichen Eiters aus dem Exprimat zu erteilen und nicht nur von dem Nichtvorhandensein der Gonococcen abhängig zu machen.

Auf ein Symptom der chron. Prostatitis ist schon vor einigen Jahren von Casper aufmerksam gemacht worden. Es ist das Vorkommen von Residualharn. C. erklärt es für durch einen Contractionszustand des Sphincter bedingt. Plausibler erscheint mir die in neuerer Zeit von Goldberg für diese Erscheinung gegebene Erklärung, der darin einen paretischen Zustand der Blase erblickt. In wieweit dabei auch noch rein mechanische Bedingungen für die Retention mitwirken, bleibe unerörtet.

Für die Behandlung der chron. Prostatitis sind im Allgemeinen Massage und Spülung die wirksamsten Mittel. Nebenbei werden Suppositorien, Sonden, kleine Klysmen, Bäder, locale Hitzeapplicationen etc. mit Vorteil angewendet. Die Behandlung ist wie bekannt meist eine langwierige und stellt sowohl an Geduld und Erfahrung des Arztes als auch an die Ausdauer des Pat. häufig grosse Ansprüche. Natürlich wird man um so eher Aussichten auf Erfolg haben, je leichter der Grad der Erkrankung und je frischer der Fall ist — die congestiven resp. catarrhalischen Stadien wird man relativ leicht beseitigen können, schon schwerer die unter Bildung kleinerer Abscesse einhergehenden Fälle. Ist es aber zur Bildung der grossen schlaffen Abscesse gekommen, so lassen doch die therapeutischen Verfahren meist im Stich, hin und wieder mag es unter Aufbietung enormer Geduld und Consequenz bei jahrelanger Behandlung mal bei einem und dem anderen Fall zur Ausheilung kommen, im Allgemeinen gibt es nur Besserungen, im günstigsten Fall scheinbare Heilungen. Die Pat. gewöhnen sich an einen gewissen Restbetrag ihres Leidens, schenken kleinen Harntrübungen und Secretionen keine Aufmerksamkeit und halten sich im Uebrigen für gesund. Ciechanowski hat vor einigen Jahren auf die Bedeutung der chron. Prostatitis beim Zustandekommen des Symptomcomplexes von Harnstörungen im vorgerückten Alter hingewiesen und schreibt ihr die fast ausschliessliche Rolle für das Zustandekommen der Hypertrophie zu. Nach neueren Untersuchungen von Motz und Percarnau findet aber bei der reinen Hypertrophie eine ausschliessliche Neubildung drüsigen und musculären Gewebes statt, Entzündungsvorgänge fehlen dabei. Die einander zu widersprechen scheinenden Resultate beider anatomischer Arbeiten finden ihre Erklärung darin, dass viele (vielleicht auch die meisten) klinisch als Prostatahypertrophie bezeichneten Fälle in rein anatomischem Sinne es garnicht sind, sondern chronische Prostatitiden, die in jahrelangem Bestehen dann auch zu Veränderungen der oberen Harnwege führen.

Während für die acuten, phlegmonösen Prostataeiterungen die Indication zum operativen Eingriff durch die Schwere der allgemeinen und localen Symptome leicht gegeben ist, ist es verhältnismässig nicht lange her, dass man sich bei der Behandlung der chronischen Eiterungen auf Empfehlung verschiedener Autoren (Desnos, Escat, Albarran u. a.) des Messers bedient. Im Allgemeinen gilt für die Notwendigkeit des operativen Eingriffs als bestimmend die Aussichtslosigkeit der angewandten Therapie, nebenbei werden von den einzelnen Autoren auch noch andere Gesichtspuncte geltend gemacht. So hält z. B. Desnos die eitrige Prostatitis an und für sich, ganz abgesehen von dem Bestehen eines Abscesses für ein Object chirurgischen Eingriffes, da stets die Gefahr eines Uebergreifens des Eiterungsprocesses auf das periprostatische Gewebe und daraus Allgemeininfection drohe. Ebenso befürworten Albarran und Minet die frühzeitige Incision, während auf dem französischen Urologencongress 1907, wo dieses Thema auf der Tagesordnung stand, nur wenige Redner eine durchaus abwartende Therapie befürwor-

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

teten. Dagegen waren bei diagnosticiertem Abscess alle Teilnehmer an der Discussion auf dem genannten Congress darin einig, dass operiert werden müsse, einige wenige waren für Eröffnung vom Rectum, die grösste Mehrzahl hielt den perinealen Eingriff für indiciert. Weniger Einstimmigkeit herrscht in Hinsicht auf die operative Behandlung der kleinen multiplen Abscesse, ebenso gewichtige Stimmen sprechen zu Gunsten einer frühen Eröffnung wie für eine zunächst abwartende Therapie. Seinen Grund hat das zum Teil wohl auch darin, dass die Grenze zwischen Prostatit. chron. katarrh und purulenta und kleinen Abscessen oft garnicht zu ziehen ist.

Albarran unterscheidet in Hinsicht auf die therapeutischen Indicationen 4 Arten von Prostataabscessen:

1) Acute geformte Abscesse mit Fieber und Harnbeschwerden; in diesen Fällen ist der perineale Eingriff angezeigt, das Eingehen vom Rectum wegen Gefahr von Urethrorectalfisteln und unvollkommener Heilung zu verwerfen.

2) Abscesse mit weniger drohenden Erscheinungen. Auch da muss man den Abscess vom Perineum aus eröffnen, ohne drohende Symptome abzuwarten, besonders da bei spontaner Eröffnung der Abscesse nach der Harnröhre zu die Prostatitis nicht ausheilt und oft Periprostatitis mit allgemeiner Infection sich anschliesst.

3) Chronische Prostatitis mit zahlreichen mehr oder minder nach der Harnröhre zu offenen Eiterherden: für diese Fälle sind Massage und Spülungen am Platz. Hierher gehören auch die Fälle alter Abscesse, die nach der Harnröhre durchgebrochen, aber unvollkommen geheilt sind; wenn Massage und Spülungen versagen, muss nach Perineotomie ein Curettement der Prostata ohne Eröffnung der Harnröhre und mit Verschonung der canaliculi ejaculatorii gemacht werden.

4) Die Abscesse der hypertrophischen Prostata, für welche die perineale Prostatectomie indiciert ist.

Diese Albarransche Einteilung ist sehr übersichtlich und klar — ich habe mich auch bei der Indicationsstellung für meine Fälle an sie gehalten. Ich habe die Operation im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre an 7 Pat. gemacht, und will, um nicht durch Wiedergabe in extenso der etwas einförmigen Krankengeschichten zu ermüden, letztere unter Weglassung alles Unwesentlichen summarisch abhandeln.

Die Fälle betrafen teils meine Privatpatienten, teils Kranke des Börsenhospitals. Einer war 48 Jahre alt, die anderen zwischen 25 und 35. Die gon. Infection lag bei 5 mehrere Jahre zurück, einer war 4 Monate krank. Fieber über 38 bestand bei einem Pat., der eine Recrudescenz einer älteren bestehenden Prostatitis hatte, Temperaturen um 37,5 waren bei einem Pat., die anderen waren fieberlos. Gerade diese letzteren waren schon längere Zeit verschiedenartig ohne dauernden Erfolg behandelt worden — immer wieder gab es Recidive, Ausfluss und verschiedene Sensationen am Damm. Ueber Schwere im Kreuz klagten alle Pat., die beiden fiebernden hatten auch stärkere Schmerzen und Reizerscheinungen bei der Miction und vollkommen trüben Harn, während die anderen leicht getrübten und zum Teil klaren Harn mit Bröckeln und Fäden aufwiesen. Das exprimierte Prostatasecret enthielt in allen Fällen Eiter, 3 von den älteren Fällen eine reichliche Bacterienflora (Secundärinfection), in 1 (dem frischeren) Falle auch Gonococcen. Palpatorisch per Rectum waren in 4 Fällen grössere (bis zu 3 Kop. grosse) Abscesse zu fühlen, während 2 mehr das Bild der Durchsetzung mit kleineren Eiterherden darboten. In 2 Fällen war der Abscess beiderseitig, in 4 einseitig (3 rechts, 1 links). Der Eingriff selbst bestand in allen Fällen in präcem Bogenschnitt, Ablösung des Sphincter vom Bulbus, Durchtrennung des M. rectourethralis, Spaltung der Prostata auf einer oder beiden Seiten, je nachdem die Abscesse sassen, Drainage der Höhlen, Tamponade der mittleren und Naht der seitlichen Partien der Wunde. In meinen ersten 2 Fällen habe ich die Operation ohne Eröffnung der Urethra gemacht, später habe ich immer die Urethra membranacea eröffnet, einen Prostataretractor eingeführt und die Drüse nach unten gezogen. Dieses Verfahren hat sehr viel für sich, man gewinnt bedeutend an Uebersicht, die Incision der Prostatakapsel lässt sich unter Controlle des Auges vollziehen und eine eventuelle Blutung besser beherrschen. Auch das Eindringen in die Drüsensubstanz wird wesentlich erleichtert. Bei der Operation muss man darauf achten, dass man genügend die zur Urethra vorgehobene Partie des Rectum ablöst; wenn das nicht genügend geschieht, arbeitet man sich unfehlbar in die obersten Schichten des Rectum hinein, wodurch die bei richtigem Vorgehen nicht blutige Operation zu einer sehr blutigen werden kann und die Uebersicht sehr erschwert wird. — Proust führt sogar Fälle an, wo die Operation aus diesem Grunde nicht vollendet werden konnte.

In den Abscessen findet man oft sehr wenig Eiter, meist ist die Abscessmembran nur mit schleimig-eitrigen Massen belegt, deren Entfernung durch Austupfen gelingt. Curettiert habe ich die Abscesshöhle nur einmal, in allen anderen Fällen wurde nur eröffnet, und durch einen Isoformstreifen drainiert. Durch die Urethralwunde wurde ein dicker Nelatonkatheter in die Blase eingeführt und für mehrere Tage liegen gelassen.

Der postoperative Verlauf war in allen Fällen ein glatter, kleine Temperatursteigerungen gab es in fast allen Fällen in den ersten Tagen. Die Nachbehandlung bestand in den meisten Fällen nur in Tamponwechsel und Blasenspülungen; in dem einen Falle wo noch Gonococcen nachzuweisen waren, wurde auch die Urethra nachbehandelt.

Bis zum völligen Schluss der Wunde vergingen 3—4 Wochen, in einem Falle dauerte es über 6 Wochen, da ich sehr lange wegen sich wiederholender Blutungen aus den Venenplexus tamponieren musste, schliesslich verlief auch dieser Fall gut. Das Endresultat kann in allen Fällen durchaus befriedigend genannt werden, die Pat. sind alle von ihren Beschwerden geheilt. 3 von ihnen habe ich nach der Entlassung nicht wieder gesehen, bei den anderen habe ich Gelegenheit dazwischen mich von der Dauerhaftigkeit der Heilung zu überzeugen.

Ueber die beiden anderen Verfahren zur Eröffnung prostatischer Eiterungen, vom Rectum, resp. der fossa ischio-rectalis aus, fehlen mir persönliche Erfahrungen. Das Eingehen vom Mastdarm aus erscheint mir aber rein a priori nicht geeignet, gerade bei den schlaffen chronischen Abscessen genügenden Abfluss und günstige Heilungsbedingungen herbeizuführen, zudem ist es ein Operieren im Dunkeln und in einem unsauberen Terrain. Es wird dennoch häufig empfohlen, u. a. auch noch neuerdings von Vogel in einer Arbeit: Die eitrigen Erkrankungen der Prostata. Ich habe beim Lesen dieser und anderer Mitteilungen, in denen das rectale Vorgehen empfohlen wird aus den Beschreibungen der dasselbe indicierenden Zustände immer den Eindruck gewonnen, dass den betreffenten Autoren stets das Krankheitsbild der acuten eitrigen Prostatitis vorschwebt, für diese Kategorie mag das Verfahren, namentlich in der ländlichen Praxis seine Berechtigung haben — in der Behandlung der chron. Abscesse ist ihm aber die perineale Operation unendlich überlegen.

Die von Lusk für die Behandlung fluctuierender Prostataeiterungen empfohlene Incision vom Cavum ischiorectale aus soll nach des Verf. Angaben Nebenverletzungen sicher vermeiden lassen; ob das Verfahren sonst noch angewandt wird, ist mir unbekannt.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Günstig verlaufende Fälle gestatten natürlich keine weitgehenden Folgerungen; immerhin halte ich mich berechtigt auf Grund derselben und nach Kenntnisnahme der einschl. Literatur zu folgendem Schluss zu kommen:

Für die chronische Prostatitis, die zur Bildung grosser schlaffer Abscesse, resp. zur Durchsetzung mit vielen kleinen Eiterherden führt und den übrigen Behandlungsmitteln trotzt, ist die perineale Prostatotomie mit Eröffnung und Drainage der Höhlen zu empfehlen. Das Verfahren ist technisch nicht schwierig und ermöglicht Wiederherstellung der Pat. in relativ kurzer Zeit.

Referate.

H. Wilson. Treatment of ununited fractures of the neck of the femur by the use of coin silver nails. Behandlung der unvereinigten Schenkelhalsfracturen mittelst geprägter Silbernägel. (Americ. Journal of orthopedic surgery. Januar. 1908).

Verfasser empfiehlt warm in Fällen von nicht zusammengewachsenen intracapsulären Schenkelhalsfracturen nach dem Vorschlage von Nicolaysen die nebeneinander liegenden Fragmente mittelst langer silberner Nägel zusammenzunageln. Ein 4 Zoll langer und 3/8 Zoll dicker Nagel wird durch eine kleine Incision unter der Spitze des Trochanter durch den Schenkelhals und Schenkelkopf bis ins Acetabulum hineingejagt; über dem Nagelkopf wird die Haut vernäht. Die wenig schmerzhafte Operation kann unter Localanästhesie oder sogar ohne jegliche Narcose ausgeführt werden. Der Kranke nimmt bei der Operation die Rückenlage ein, das beschädigte Bein wird möglichst abduciert; der Nagel wird also in horizontaler Lage eingeschlagen. Nach der Operation wird auf einige Monate ein fixierender Verband angelegt, in dem der Kranke schon nach 2 Wochen aufstehen und auf Krücken herumgehen kann. Unter dem Reiz des Fremdkörpers tritt sehr rasch eine Consolidierung der Fragmente ein, wodurch die Gebrauchsfähigkeit des Beines ganz bedeutend gebessert wird.

W. beschreibt einen Fall, wo diese Operation bei einer 36-jährigen Frau 1½ Jahre nach dem Unfall mit dem glänzendsten Resultate ausgeführt wurde. Nicolaysen hat diese Operation mit Erfolg bei schwächlichen Greisen von 82 Jahren ausgeführt.

Weber.

E. Telfund. Hydrocele im Kindesalter. (The Medical Chronicle. 1908. Mai).

Mit Ausnahme der Hydrocelen, die sich nach einem Trauma oder einer hereditär luetischen Affection des Hodens entwickeln, ist die Hydrocele bei Kindern als Resultat eines unvollständigen Verschlusses des processus vaginalis peritonei anzusehen. Dadurch wird auch das oft vorkommende Zusammentreffen einer Leistenhernie und Hydrocele und die verschiedenen Formen der letzteren erklärlich. Bei Kindern ist es vorgekommen, dass nach längerem Tragen einer Bandage der Leistenbruch geheilt wird, der Hydrocelensack dagegen wegen mangelnden Abflusses der Flüssigkeit stärker anschwillt. Die Hydrocele ebenso wie der Leistenbruch ist bei Knaben viel häufiger wie bei Mädchen; die rechte Seite wird mehr bevorzugt. Die Hydrocele partialis funicularis, bei welcher der unveränderte Hoden appart von der Schwellung durchgefühlt werden kann, ist der am meisten vorkommende Typus. Die Flüssigkeit kann aus dem Sack nur äusserst selten in die Bauchhöhle ausgedrückt werden, obgleich ein enger schmaler Kanal fast immer vorhanden ist. Bei Darmstörungen wächst der Hydrocelensack oft bedeutend, was auf das Eindringen von Flüssigkeit aus der Bauchhöhle zurückzuführen ist. In zwei Fällen von beginnender Bauchfelltuberculose fingen die vorhandenen Hydrocelensäcke mächtig an zu schwellen. Es ist zu beachten bei Stellung der Diagnose, dass bei Kindern grosse Enterocelen vollständig durchsichtig sein können, und dass bei Hernieneinklemmungen bei Kindern die Flüssigkeitsansammlung im Herniensack sehr gross sein und eine Hydrocele vortäuschen kann. Die Hydrocelenoperation bei Kindern muss ein Auslösen des ganzen Sackes bis zum äusseren Leistenring und im Vernähen des letzteren bestehen.

Weber.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Sonnenburg und Mühsam. Compendium der Verbandlehre. Berlin. Hirschwald. Zweite Aufl. 94 S.

Das Buch gibt einen Auszug aus den Vorlesungen, die Prof. Sonnenburg an der Kaiser-Wilhelms Akademie für das militärärztliche Bildungswesen hält. Ein grosser Vorzug des Compendiums besteht darin, dass keine veralteten Methoden geschildert werden, sondern nur solche, die sich den Verfassern in ihrer langjährigen Tätigkeit am Krankenhause Moabit in Berlin bewährt haben. Bei Behandlung von Fracturen wird der Extentionsbehandlung nach Bardenhauer besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die kurze und knappe Beschreibung verschiedener Verfahren wird durch gute Zeichnungen und Photographien ergänzt. Dem practischen Arzt kann das kleine Werk als willkommener Leitfaden empfohlen werden.

Weber.

H. Wattenberg. Wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde Knochen und erhöhen dadurch die Widerstandskraft des Körpers gegen Krankheit? Aerztliche Rundschau. München. 1908.

Es ist eine populär gehaltene Schrift, in welcher der Verf. auf Erfahrungen auf 60jähriger ärztlichen Praxis basierend, seine Ansicht über die Rachitis, die Haupturheberin der Knochenerweichungen, klarlegt. Ebenso wie im Pflanzen- und Tierreich die Individuen, die nicht alle für ihre Ernährung nötigen Bestandteile erhalten, allmählich verkümmern und zu Grunde gehen, erkrankt der Mensch, der für den Aufbau seines Knochensystems nicht genügend Phosphor und Kalk aufnimmt, an Rachitis. Die Rachitis entwickelt sich nicht in den frühesten Kinderjahren, sondern meistens schon bevor das Kind geboren wird. Deswegen müssen die schwangeren Frauen ganz besonders angehalten werden, in diätetischer und hygienischer Hinsicht eine rationelle Lebensweise zu führen. Ausserdem empfiehlt Verf. Phosphor- und Kalkpräparate in gut verdaulicher und assimilierbarer Form innerlich zu verabreichen. Es gelang ihm ein Präparat herzustellen, das als ein gallenartiger Knochenstoff bezeichnet werden kann. Dieses Präparat enthält sämtliche Bestandteile des Knochengerüstes in aufgeschlossener leichtverdaulicher Form als milchartige Flüssigkeit ähnlich dem Reisschleim. Dieses Mittel ist unter dem Namen «Wattenberg's Phosphorkalkmilch» in den Handel gebracht worden. Durch fleissige Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen der Rachitis und über die Mittel, um dieser Krankheit vorzubeugen, und durch eine rationell durchgeführte Phosphor- und Kalktherapie ist es dem Verf. gelungen die Zahl der Rachitiserkrankungen in dem District, in dem er über 60 Jahre tätig war, ganz bedeutend zu verringern.

Weber.

Prof. Dr. Nocht: Tropenhygiene. (Sammlung Göschen). Verl. G. J. Göschen, Leipzig. 1908. Gebunden 80 Pfen.

Ein Taschenbüchlein von knapp 90 Seiten, in erster Linie für Laien berechnet, aber auch jedem Arzte, der sich als Neuling in die Tropen begibt, von Interesse.

Ohne strenge Capiteleinteilung (welche durch Inhaltsverzeichnis und Register beim Nachschlagen ersetzt wird) behandelt Prof. Nocht, der bekannte Leiter des Institutes für Schiffs- und Tropenhygiene in Hamburg, das ganze Gebiet in fortlaufender Darstellung. Er beginnt mit der wichtigsten Tropenkrankheit, der Malaria (einschliesslich Schwarzwasserfieber), und wendet sich dann zu den übrigen durch Insecten vermittelten Infectionen, wie gelbes Fieber, Filariakrankheit, Kala-Azar, Zeckenfieber, Schlafkrankheit, Pest; ferner bespricht er Typhus und Ruhr in Zusammenhang mit der Trinkwasserfrage, sowie Lepra, Geschlechtskrankheiten und Pocken vom Standpuncte des Tropenarztes und gibt das Wichtigste über Giftschlangen, ehe er zu den Fragen der Tropenhygiene sensu strictiori übergeht: Einwirkung des Klimas auf den Organismus, Essen, Trinken (Alcohol!), Wohnung, Kleidung etc. Den Schluss bilden Betrachtungen über Tropentauglichkeit und Acclimatisation.

Die knappe, aber frische, fliessende Darstellung, welche beständig die grosse persönliche Erfahrung der Verfassers durchfühlen lässt, bringt es mit sich, dass sich das Büchlein wie eine Erzählung liest und in dem Leser ein zusammenhängendes Bild des besprochenen Gebietes hinterlässt.

A. Wladimiroff.

K. Ewald. Hilfsbuch zum Anlegen chirurgischer Krankengeschichten. Wien. Franz Deuticke. 1909.

Jeder Arzt, der sich mit literarischen Arbeiten beschäftigt, weiss es, wie wertvoll es ist, dass die Krankengeschichten, die ihm das Material für seine Arbeit geben sollen, möglichst

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ausführlich und exact geführt werden, und dass sie verwahrt werden, dass sie im nötigen Falle leicht gefunden und bei Nachuntersuchungen der Kranken leicht ergänzt werden können.

Das obengenannte Buch, das teilweise nach den Vorschriften, die in der Kocherschen Klinik in Bern befolgt werden, verfasst ist, teilweise des Verfassers originelle Massregeln enthält, zeigt uns auf welche Art und Weise die Krankengeschichten so geordnet und verwahrt werden, dass sie in jedem Moment leicht gefunden und verwertet werden können. Ausserdem gibt er eine ganze Reihe von Krankengeschichtsschemen, die sehr ausführlich verfasst sind und für Hilfsärzte, die mit dem Krankenbogenschreiben noch nicht besonders vertraut sind und leicht wichtige Facta übersehen könnten, sehr willkommen sein wird. Am Ende des Buches wird ein sehr ausführliches Krankheitsregister für chirurgische Krankheiten aufgeführt, das aus 408 Nummern besteht, und nach welchem die Krankengeschichten geordnet werden müssen.

Weber.

Encyclopädie der practischen Medicin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt unter Mitwirkung zahlreicher Professoren und Docenten. Wien und Leipzig 1909, Verlag von Alfred Hölder, IV. Band (R—Z). 764 Seiten mit 253 Abbildungen.

Der IV. Band der Schnirer-Vierordtschen Encyclopädie der practischen Medicin *) reiht sich den von uns bereits bei ihrem Erscheinen lobend besprochenen ersten drei Bänden dieses Werkes ebenbürtig an. Aus der grossen Zahl der Artikel dieses Bandes machen wir hier nur einige grössere Artikel namhaft, so den Abschnitt «Rachen», in welchem der bekannte frühere Heidelberger, gegenwärtig Lemberger Laryngologe Prof. A. Jurasz auf 30 Seiten die Anatomie, Physiologie und die Krankheiten dieses Gebiets, sowie die Therapie (einschliesslich der Operationen) bespricht, ferner die Artikel: «Radiodiagnostik und Röntgentherapie» von Docent Dr. Freund-Wien, «Rückenmarkskrankheiten» von Prof. L. Bruhns-Hannover, «Venenerkrankungen» von Prof. Payr-Graz, «Stauungshyperämie» von Prof. V. Schmieden-Berlin u. s. w. — ohne damit sagen zu wollen, dass nicht auch die übrigen Artikel ebenso sorgfältig von ihren Bearbeitern behandelt worden sind.

Mit dem vorliegenden Bande ist nun die treffliche «Encyclopädie der practischen Medicin», welche nicht weniger als 3250 Quartseiten Text und 1312 Abbildungen enthält, zum Abschluss gelangt. Nach eingehender Prüfung des vollendeten Werkes muss man den Herausgebern und dem Verleger das Zeugnis ausstellen, dass es ihnen gelungen ist, die Aufgabe, welche sie sich gestellt hatten, dem practischen Arzte einen die gesamte Heilkunde umfassende, auf der Höhe moderner Wissenschaft stehenden zuverlässigen Berater und Führer zu geben, bei welchem er über alle in der Ausübung der Berufstätigkeit auftauchenden Fragen eine präcise, auf wissenschaftlicher Forschung und practischer Erfahrung beruhende Auskunft erhalten kann, in vollem Masse zu erfüllen. Es ist in dem Werke dem Bedürfnis der Praxis in erster Linie Rechnung getragen und infolgedessen vorwiegend die specielle Pathologie und Therapie in allen ihren Zweigen sowie die allgemeine Therapie (mit besonderer Berücksichtigung der in neuerer Zeit zu hoher Blüte gelangten physikalischen Therapie) zur Darstellung gelangt, aber auch die Hilfswissenschaften (Anatomie, Physiologie, Chemie, Bacteriologie etc.) haben Berücksichtigung gefunden. Es kann daher die neue Encyclopädie dem practischen Arzt als wertvolles Nachschlagewerk durchaus empfohlen werden.

Besondere Anerkennung verdient die treffliche Ausstattung, namentlich der saubere Druck und das schöne Papier, welches bei einem häufig benutzten Nachschlagebuch von nicht geringer Wichtigkeit ist.

Bernhoff.

„Lehrbuch der Augenheilkunde", herausgegeben von Dr. Axenfeld. Verlag von G. Fischer in Jena. Preis 14 Mark.

In diesem Lehrbuch hat Axenfeld in Gemeinschaft mit 9, der jüngeren Generation angehörenden Ophthalmologen ein Werk geschaffen, das in vieler Hinsicht eigenartig ist. Auf 654 Seiten bieten die Verfasser in übersichtlicher Zusammenstellung alles, was der Studierende und practische Arzt zur Orientierung brauchen könnte. Trotz der ratgebenden Arbeitteilung erscheint uns das Werk wie aus einem Guss: die einzelnen Abschnitte sind durchaus einheitlich in ihrem Plan und greifen so vielfach in einander, dass sie fast unmerklich zu einem Ganzen verschmelzen. Ein verhältnismässig grosser Abschnitt (156 Seiten) handelt über die Therapie im Allgemeinen (Axenfeld) und die Untersuchungsmethoden (Axenfeld, Elschnig, Heine). Dann folgen, meist in anatomischer Anordnung, Capitel über die verschiedenen Augenkrankheiten (bearbeitet von Bilschowsky, von Hippel, Schirmer, Axenfeld, Elschnig, Krückmann, Bach, Peters, Graeff und Heine). Ueberall gehen des klinischen Schilderungen anatomische und physiologische Bemerkungen voraus und es folgen ihnen Angaben über die therapeutischen und auch chirurgischen Massnahmen. Die Unfallsentschädigung und die Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zu den Augensymptomen werden ebenfalls besprochen. Eine weitgehende Berücksichtigung der pathologischen Anatomie vermittelt das tiefere Verständnis der klinischen Ausführungen. Hypothesen werden nur kurz und mit Auswahl geboten, unentschiedene Streitfragen fast ganz vermieden. Hervorragend gelungen ist die bildliche Ausstattung des Lehrbuches. 455 z. T. farbige Abbildungen kommen dem knappen Text zu Hilfe und ersetzen längere Beschreibungen. Ich verweise hier z. B. auf die Gegenüberstellung ophthalmoskopischer Veränderungen und mikroskopischer Durchschnitte der Aderhaut (Krückmann). Zum Schluss geben 10 Tafeln mit 27 Abbildungen eine Uebersicht über die wichtigsten Augengrundveränderungen. Man darf dem Buche eine weite Verbreitung wünschen.

Ischreyt.

*) Die 19. Lieferung ist uns leider nicht zugegangen.

Protocolle des XX. Aerztetages
der
Gesellschaft livländischer Aerzte in Riga
vom 28. bis zum 30. August 1908.

(Fortsetzung).

2. Sitzung.

1. Prof. Dehio dankt für die auf ihn gefallene Wahl zum Präses des kommenden «Baltischen Aerztecongresses» und erklärt sich bereit, sie anzunehmen.

2. Prof. Dehio verliest den Rechenschaftsbericht des Vereins «zur Bekämpfung der Lepra», und fügt eine Reihe interessanter Einzelheiten hinzu. Der Bericht ist bereits im Druck erschienen und wird unter die Mitglieder des Aerztetages verteilt.

Discussionen:

Dr. Bichler: «Mit der Nastin B. I. Behandlung wurde im Rigaschen Leprosorium im Januar d. J. begonnen. Ausgeschlossen von der Behandlung wurden: Nieren-Lungen- und Magenkranke sowie auch vorgeschrittene L. nervorum-Fälle. Es wurden 20 Kranke gespritzt und 360 Einspritzungen verabfolgt. Um ein definitives Urteil zu haben, sind die bisherigen Erfahrungen noch zu spärlich. Bei L. nervorum ist grosse Vorsicht am Platz. Bei 2 Kranken konnte man eine specifische Wirkung auf die Leprome constatieren.

Dr. Sadikoff: Wie College Bichler sagte, sind die Nastineinspritzungen oft recht gefährlich. Es wäre nur interessant zu erfahren, ob er oder ein anderer der Collegen mit dem als Gegengift empfohlenen Kedrin Versuche gemacht hat. Ich habe ähnlich wie Bichler einen Rückgang der Tuberositäten nach Nastin, aber auch nach Thyreoidin beobachtet, doch ging die Krankheit später wieder vorwärts.

Dr. M. Hirschberg berichtet über einen Fall von circumscripter Lepra tubero-maculosa, wo nur ein Fleck am Arm mit Bacillen vorhanden war und eine längere Röntgenbehandlung einen positiven Erfolg herbeiführte, die Bacillen waren geschwunden, und die Behandlungsart muss zur Nachprüfung empfohlen werden. Freilich könnte es sich auch um eine Remission handeln. Lassars wenig ermunternde Erfolge mit X strahlen bei Lepra beruhen auf ungenügender Zeit der Behandlung und Auswahl der Fälle. Hinsichtlich der Deyckeschen Behandlung mit Nastin muss besonders die Reklame getadelt werden (Telegramme in politischen Zeitungen u. s. w.), zweitens muss man annehmen, dass die Präparate nicht ganz so angefertigt sein können, wie in den ersten Angaben Deycke-Tarhas, sonst müssten sie eben so teuer sein wie Radium. Man lese nach, welche Proceduren Deycke machte, bis er Nastin erhielt. Uebrigens gibt es verschiedene Nastine (A. B. etc.), doch rufen alle organischen Substanzen eine Reaction hervor. Es heisst daher kritisch abwarten! Die Erfolge am rigaschen Leprosorium berechtigen nicht zu optimistischer Auffassung. Unnas sogenannte Heilungen sind geradezu Selbstbetrug, denn wir haben alles nachgeprüft und

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichts Aehnliches gesehen. Remissionen kommen vor, Heilungen trotz aller Therapie weit seltener.

Dr. Ed. Schwarz hält seinen Vortrag «Ueber Criminalität und Lues». (Erscheint in der Petersburger medic. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. M. Schönfeldt: Ich halte den geschilderten Krankheitsfall in keiner Hinsicht für die Beziehungen der Lues cerebri zur Criminalität charakteristisch, sondern möchte darin nur einen manischen Erregungszustand erkennen, ein Aequivalent der manisch-depressiven Neuropsychose, für den die Lues eventuell den letzten Anstoss dargestellt haben mag, wie er aber auch ohne Lues und ohne criminelle Verstösse unendlich oft zur Beobachtung gelangt.

Dr. Sokolowski: Ich halte es für gefährlich, die Psychosen, welche bei vorhandener Lues vorkommen, zu sehr zu specificieren und mit allzu detaillierten Diagnosen zu versehen, wie Amentia, Dementia. Die verschiedensten Psychosen treten auf bei degenerierten Individuen, die zufällig luetisch wurden. Ich muss Dr. Schönfeld darin beistimmen, dass der Erregungszustand in dem von Dr. Schwarz referierten Fall durchaus nichts für Gehirnlues charakteristisches aufzuweisen hat.

Dr. E. Schwarz: Schlusswort: Die Einwendungen des Herrn Schönfeldt waren zu erwarten. Aehnliche sind in der Literatur oft gemacht worden und werden noch oft gemacht werden, was vom einseitig psychiatrischen Gesichtspunct aus nicht anders möglich ist. Es dürfte aber diesem Standpunct ähnlich wie dem in der Aetiologie der Tabes und Paralyse ergehen, der die Rolle der Lues anfangs leugnete und der jetzt fast ganz verlassen worden ist. Die Anschauungen über die Aetiologie der Paralyse sind aber für den Kranken ganz und gar irrelevant, denn die Paralyse ist unheilbar. Bei der Lues cerebri dagegen ist die ätiologische Auffassung von entscheidender Wichtigkeit. Ohne die energische specifische Therapie werden ähnliche Patienten unheilbar dement werden; retrospectiv würde man ja auch dann sagen: Der Mann war zu Dementia prädestiniert und die circuläre Psychose hat eben mit Demenz geendet! Wiederholen will ich, dass beweisende Reagentien erst von der Zukunft zu erwarten sind, die dann die Irrtümer klären werden.

Gegen Dr. Sokolowski möchte ich anführen, dass es sich nach meiner eigenen Anschauung nicht um einen dummen Menschen gehandelt hat, sondern einen durchaus intelligenten. Im Uebrigen möchte ich ihn auf meine Entgegnungen Dr. Schönfeldt gegenüber verweisen.

Dr. Sokolowski und Dr. T. Klemm sprechen über «Morbus Basedowii». Während Dr. Sokolowski das Krankheitsbild und die neurologisch-internistischen Behandlungsresultate bespricht, berichtet Dr. Klemm über die Ergebnisse der operativen Basedowbehandlung. (Beide Vorträge erscheinen in der Pet. med. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. v. Holst: Es hat mir zur grössten Genugtuung gereicht, dass Dr. Sokolowski in allen wesentlichen Puncten mit dem übereinstimmt, was ich in einem Vortrag über dasselbe Thema auf dem Estländischen Aerzetag 1903 berichtet habe. Während ich auch schon damals die kühlen Halbbäder warm befürworten konnte, erschien und erscheint mir auch jetzt der Nutzen der Struma- resp. Sympathicusgalvanisation durchaus fragwürdig. Auch Sokolowski würde sich wohl schwerlich allein auf diese therapeutische Massnahme beschränken, deren Beurteilung neben den anderen doch meist angewandten diätetisch-hydriatischen weit wichtigeren Massnahmen kaum einwandsfrei gelingt.

Als seltenes Symptom hätte das Hautjucken erwähnt werden müssen, das schwer zu beseitigen ist, und noch mehr müsste m. E. vor dem Thyreoidingebrauch gewarnt werden. Nicht wegen des Namens aber wegen der therapeutischen Auffassung erscheint mir die Diagnose M. B. noch immer zu selten gestellt zu werden.

Dr. v. Engelhardt: Die Beteiligung des Sympathicus an dem Krankheitsbilde des M. Basedowii scheint durch die Kraus'schen Untersuchungen geklärt. Die Hypersecretion der Glandula thyr. erregt als antagonistische Wirkung eine starke Ueberproduction von Adrenalin, welches seinerseits den Sympathicus in Reizzustand versetzt und einen richtigen Sympathicismus hervorruft, wodurch das Doppelbild erklärt wäre.

Eine zweite Frage von practischem Interesse scheint mir die zu sein, wie lange das Basedowische Herz den Gefahren der Operation auch ohne Narcose ausgesetzt werden darf? Die Entscheidung, ob bereits eine Myodegeneration oder eine einfache Tachycardie vorliegt, ist für den Internisten sehr schwer, da bei dem Basedowherz die feste Relation zwischen Arbeit und Pulsgrösse fehlt. Für die Fälle, welche bereits arteriosclerotische Veränderungen zeigen, möchte ich das Jodnatrium nicht in der Therapie missen.

Dr. Greiffenhagen führt einen Fall von Recidiv resp. Erneuerung der Erkrankung nach psychischem Trauma an, nachdem bereits 14 Jahre seit der Operation verflossen waren. Ferner rät er zu Versuchen mit der Röntgenbestrahlung der Struma. Nachteile von der Narcose hat er bisher nicht beobachtet, und die schweren Erscheinungen nach der Operation erscheinen ihm als Autointoxication, hervorgerufen durch Malträtierung der Schilddrüse.

Dr. Lejin: Ausgehend von dem Standpunct, dass der Blutgefässtonus bei Basedow gelitten hat, und angesichts der Beobachtung, dass die Franklin'sche Douche und der Sinusoidalstrom erkrankte Blutgefässe auch sonst günstig beeinflusse habe ich bei Basedowikern beide Methoden mit viel Erfolg angewendet und zwar im Scheerschen Vierzellenbade bei mässigem Strom durch 8—10 Minuten. Ausserdem verordnete ich reizlose Diät, sorgte für richtigen Stuhlgang und tägliche kalte Abreibungen des Thorax und der Arme.

Prof. Zoege v. Manteuffel hat früher die Thyrectomie ausgeführt, wie Dr. Klemm, doch ohne mit den Resultaten zufrieden zu sein. Er sehe, dass Dr. Greiffenhagen, Klemm und andere dasselbe erlebt hätten, der Exophthalmus bleibt nach. Er habe daher, gestützt auf die damals herrschende Nerventheorie nach Jonnescu, die Sympathicusresection ausgeführt und zwar mit günstigem Frühresultat. Nach späterer Prüfung der Dauerresultate der Resectio Sympathici schien auch diese nicht das Richtige zu sein. Sie beseitigt fraglos den Exophthalmus, doch die Herzsymptome bleiben. Daher empfehle sich bei geringem Exophthalmus Thyrectomie, bei hochgradigem Thyrectomie + Resectio Sympathici und zwar bei Zeiten.

Ohne Narcose schmerzen die Operationen nur bei Kocher nicht, bei mir dagegen sehr, und ich operiere daher unter Aethernarcose.

Dr. Eliasberg: Die gefahrbringenden Symptome für das Basedowische Auge sind Weitstehen der Lidspalte, Nachstehen des Oberlides beim Senken des Blickes, seltener Lidschlag. Durch diese drei Symptome wird eine grössere Fläche des Auges andauernder Verdunstung unterworfen und die Widerstandsfähigkeit der Hornhaut herabgesetzt. Fremdkörper und in den Conjunctivalsack gelangte Cilien werden nicht leicht entfernt, kleine Infiltrate confluieren und geben zu Abscessbildung Veranlassung, und die ganze Hornhaut stirbt in vielen Fällen ab. Als Therapie kommt Jodoformvaselinsalbe 2—3 mal täglich in Betracht, ferner feuchtwarme Kompressen zur Nacht und Epilation der lose sitzenden Cilien des äusseren Winkels und schliesslich Vernähung der Lidränder.

Prof. Dehio referiert kurz über die Verhandlungen des Congresses für innere Medicin in München vom J. 1906, die zum Ergebnis führten, dass eine interne Behandlung nur bei frischen und nicht hochgradigen Erkrankungen befriedigende Resultate ergebe. Schwerere und längere Zeit dauernde Fälle von Morb. Basedowii sollen so bald wie möglich operiert werden. Redner stimmt dem nach seinem persönlichen Erfahren bei. Als bequeme hydriatische Behandlungsmethode bei Morb. Basedowii empfiehlt Redner feuchtkalte allmählich sich erwärmende Lakeneinwickelungen bei gleichzeitigem internem Gebrauch von Möbius'schem Antithyreoïdin.

Dr. med. Idelson. Die Diagnose d. B. wird eher zu oft als zu selten gestellt. Struma findet sich häufig bei jungen chlorotischen Mädchen in der Pubertätszeit, wo denn die Annahme eines Morb. Basedowii unberechtigt wäre und bei der grossen Suggestibilität der Patienten eventuell nachteilig wirken könnte. Für die Therapie käme Rhodagen noch in Frage, von welchen J. häufig Erfolge gesehen hat. Er selbst sei bisher nicht in der Lage gewesen, die Hilfe des Chirurgen in Anspruch zu nehmen, und wäre selbst bei schweren Fällen eine interne Behandlung zuweilen von Erfolg gewesen. Zufällig seien 2 seiner Patientinnen vor 3 Monaten bei Kocher operiert worden, ein leichter und ein schwerer Fall. Es ist interessant, zu constatieren, dass es beiden nach wie vor schlecht geht.

Dr. Haussmann: Die Diagnose des Basedow wird sicher zu selten gestellt. Es ist möglich, dass junge Mädchen mit vorübergehender Drüsenschwellung Abortivfälle darstellen. Sicher ist die fleischlose Diät gut, wie sie Bircher in Zürich durchführt, speciell neben dem Einfluss der Höhenluft.

Die Wirkung der Diät wird verständlich wenn man an die Experimente Pacolocos, Bickels Wohlgemuths u. a. denkt, welche zeigen, dass die Secretionsgrösse der Drüsenorgane deutlich von der Art der Nahrung abhängt.

Dr. Stender: Wünscht bezüglich der Indication zur Operation zwischen unbemittelten und wohlhabenden Patienten zu unterscheiden. Bezüglich der Bevölkerungsklassen, die von ihrer Hände Arbeit leben, müsse die Frage der Operation möglichst früh aufgeworfen werden.

Bezüglich der Krankheitsformen, die neben dem Basedow noch hysterische Erscheinungen aufweisen, sei die Operation erst ohne weiteres von der Hand zu weisen. Besserungen der hysterischen Erscheinungen seien nach der Operation beobachtet worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Natürlich könne vorderhand nur von einer suggestiven Wirkung die Rede sein.

Dr. von Bergmann ist zu einer Zusammenstellung seiner Fälle nicht gekommen, kann daher auch keinen Ueberblick über dieselben geben. Aus den ersten Fällen, die alle in Chloroformnarcose operiert wurden, ist einer hervorzuheben, in dem trotz Narcose und trotz bestehender Kachexie ein vollkommener, bis jetzt anhaltender Erfolg erzielt wurde. «In letzter Zeit ist es in den meisten Fällen gelungen, die Operation unter Infiltrationsanästhesie nach vorausgeschickter Morphium-Scopolamininjection (nach Kymmell) so weit in ihrer Schmerzhaftigkeit zu mildern, dass sie ohne Narcose zu Ende geführt werden konnte. Wichtig ist, die Kranken vor der Operation an das Liegen in der für die Operation notwendigen Lage zu gewöhnen. (Rolle im Nacken). Das Schwierige wird immer die Entscheidung bleiben, wann der Pat. noch und wann er nicht mehr operiert werden soll. Je nach dem der Chirurg zu dieser Frage Stellung nimmt, wird er mehr oder weniger Misserfolge haben, aber auch gelegentlich einen Fall zur Heilung bringen können, der unoperiert sicher verloren wäre.

Dr. E. Sokolowski (Schlusswort): Auf die Erwägungen Dr. Stenders habe ich zu erklären, dass ein sehr geringer Teil meiner Patienten den unteren Klassen entstammt. Allerdings ist unter den elementaren Verhältnissen viel eher mit der Möglichkeit zu rechnen, dass bei vorhandener Hysterie der operative Eingriff als wohltätiger Shock wirken kann.

Auf die Anfrage Dr. v. Holsts und die von ihm ausgesprochene Entwertung einer galvanischen Behandlung des M. Bas.— muss ich betonen, das ich bisher an der galvanischen Behandlung fest gehalten habe, aber mehr wegen der von autoritativer Seite immer wieder verlautbarten Empfehlungen als wegen eigener Beobachtung; letztere sind nicht einwandfrei, weil ich keinen Fall ausschliesslich mit Galvanisation behandelt habe. Die von Seiten Prof. Dehios befürworteten Packungen Basedow-Kranker muss ich als sehr wirksames Mittel anerkennen. Auf die kühlen Halbbäder habe ich Betonung gelegt, weil ich seit einer Reihe von Jahren über eine sehr complette Badeeinrichtung verfüge und daher ausgiebige Gelegenheit gefunden habe, die Wirkung der Halbbäder zu beobachten, sowie ihre grosse Bequemlichkeit zu constatieren. Dr. Grieffenhagen legte unter Anführung eines concreten Falles Gewicht auf die ätiologische Bedeutung des psychischen Shocks für die Bas. Krankheit. Ich möchte dieses äthiologische Moment nicht gerade aus der Welt geschafft wissen, als vielmehr seine Bedeutung einschränken und zwar in dem Sinne, dass die psychiche Emotion die Bas. Krankheit zwar auslösen könne, aber lediglich bei den Individuen, welche die Disposition dazu in sich tragen, respective aus kropfigen Familien stammen.

---

3. Sitzung.

Dr. T. v. Hampeln hält das Hauptreferat über die Gicht, das nachstehend in vom Vortragenden selbst verkürzter Form wiedergegeben ist:

Nach einleitenden Mitteilungen über die Beziehungen der Harnsäure zur Gichtfrage geht Vortragender zur Pathologie der Gicht über. In üblicher Weise unterscheidet er zwischen äusserer, Extremitätengicht und innerer, visceraler Gicht. Seine Aufgabe sei, auf die äussere Gicht einzugehen. Diese tritt in der die Gicht zu einer eigenartigen Erkrankung stempelnden sog. typischen Form auf, Gichtanfall und Gichttophi. Es wird aber auch eine atypische, irreguläre Form anerkannt, auf deren Zusammenhang mit der Gicht aus gewissen klinischen Eigentümlichkeiten wohl geschlossen werden kann, die aber nicht erwiesen ist. Unter solchen irregulären Formen, NB. der äusseren Gicht, führt Vortragender erstens Rheumatismus — ähnliche Gelenkschwellungen und -schmerzen an, sodann aber auch die sog. Heberdenschen Knoten und die Dupuytrensche Contraktur. Beachtung verdienen in allen diesen Fällen die oft auffallende Neigung des Harnes zur Ausscheidung reiner Harnsäure oder von Uraten. Doch sei die Frage nach der Stellung dieser Fälle eine noch offene, erst allgemeiner durchgeführte -blutanalytische- und Stoffwechseluntersuchungen können sie entscheiden. Auffallend sei die rel. Seltenheit der typischen Gicht bei uns zum Unterschiede vom Westen Europas. Dagegen käme die rheumatisch fragliche Gichtform, sowie die Heb.-knoten und Dup. Contraktur hier ausserordentlich häufig vor: dadurch würde die ganze Frage eigentlich noch verwickelter. Es scheint fast, dass gerade die sog. typischen Formen zu den Ausnahmen gehören und nur unter dem Einfluss besonderer klimatischer Verhältnisse oder Lebensgewohnheiten häufiger auftreten. Auch in Bezug auf diese Frage müsse man sich gedulden und weitere Untersuchungen experimenteller Art abwarten.

Dr. v. Engelhardt hält sein Correferat über die Gicht, das in der Petersb. med. Wochenschrift in extenso erscheint.

Discussion:

Dr. v. Kruedener: Während bis vor 15 Jahren die Diagnose gichtischer Veränderungen am Auge selten gestellt wurde, kommt man jetzt häufig in die Lage, die Gicht als ätiologisches Moment in einer Reihe von Augenerkrankungen anzusehen. Ich führe insbesondere die gichtische Keratitis mit Hauteruptionen wie Acne rosacea und die schleichende Iritis an, ferner bestimmte um das 50. Lebensjahr auftretende Kataraktformen, Neuritis optica, Glaucom und etwas seltener gichtische Augenmuskellähmungen. In einem Falle beobachtete ich im Fundus oculi hochgradige Gefässveränderungen und nebenbei schmerzhafte Gichtaufälle des Auges bei gleichzeitiger Geistesstörung.

Dr. Sadikoff: Die Herren Referenten führten schon den Zusammenhang der Gicht mit Erkrankungen der Atmungsorgane an; da ich selbst Gichtiker bin und mich, wie ich glaube, gut beobachtet habe, so möchte ich darauf hinweisen, dass bei mir die Gichtanfälle fast immer nach einer Erkrankung der Luftwege, wie Schnupfen oder Bronchialkatarrh eingetreten sind. Ich habe bemerkt, dass ich die Anfälle vermeiden kann, wenn ich z. B. den einfachen Schnupfen sofort auf das peinlichste behandele.

Diese Erfahrung soll der Nachprüfung empfohlen sein.

Dr. v. Engelhardt: Was die Diagnose der Gicht aus dem Harnsäuregehalt des Blutes anlangt, so dürfte die bemerkenswerte Tatsache zu erwähnen sein, dass die Garrodsche Fadenprobe bei Minkowski fast in allen Gichtfällen positiv ausfiel, während sie Ebstein fast niemals glückte. Dieser seltsame Widerspruch ist von den beteiligten Autoren noch nicht aufgeklärt worden.

Mit den statistischen Daten über die Verbreitung der Gicht muss man sehr vorsichtig sein, da die Diagnose von dem subjectiven Standpunct des Arztes in dieser Frage abhängt. Es wäre doch unbillig, nur dann den Gichtkranken in die Statistik aufzunehmen, wenn er seinen ersten Anfall gehabt hat.

Was die Entstehung der Harnconcremente anlangt, so wären die interessanten Experimente Ebsteins nachzutragen: er spritzte ein Ammoniakderivat der Oxalsäure Tieren unter die Haut und erzielte damit 1) eine entzündliche Reizung der Harnwege und 2) Concremente, die Oxalsäure enthielten. Dieser Vorgang scheint dem bei der Gicht ähnlich zu sein.

Ueber die Wirkung der Kemmerschen und Arensburger Bäder gegen Gicht verfüge ich nur über wenige nicht ermutigende Erfahrungen.

2. Dr. Kraunhals hält seinen Vortrag: «Ueber conjunctivale und cutane Tuberculinreaction». (Der Vortrag wird später in wesentlich erweiterter Form in der St. Petersb. med. Wochenschr. erscheinen).

Discussion:

Dr. Kubli weist darauf hin, dass die Ophthalmoreaction dazwischen krankhafte Zustände am Auge wieder wach ruft. Auch am gesunden Auge verursacht sie mitunter verschiedene Störungen: conj. und kerat. phlyct., kerat. parenchymat. Er mahnt zur Vorsicht. Die Ophthalmoreaction soll versucht werden 1) nur an ganz gesunden Augen. 2) soll sie, wenn positiv, an demselben Auge nicht wieder (wenigstens nicht bald) erprobt werden. Es sind zuverlässige Präparate zu gebrauchen und die Reaction ist nur, wenn notwendig, anzuwenden.

Dr. H. Schwartz berichtet im Anschluss an den Vortrag über vorläufige Resultate der Pirquetschen Cutanreaction, welche ihm durchaus für die Specifität und practische Brauchbarkeit zu sprechen scheinen. Die detailliertere Zusammenstellung der beobachteten Fälle legt hierzu Dr. Lempert vor.

Dr. Lempert: Cutane Tuberculin-Impfung ergibt bei Kindern viel bessere und zuverlässigere Resultate als bei Erwachsenen. Von 121 von ihm im Kinderhospital geimpften Patienten reagierten positiv 46—38%, negativ 75—62%.

Von 46 positiv reagierenden hatten 30 Fälle (68%) klinisch sicher nachgewiesene Tbc., 6 (13%) waren klinisch suspect, und bei 10 Kindern konnte man zur Zeit der Impfung keinerlei Zeichen der Tbc. nachweisen. Von diesen letzteren war bei einem durch Section später Bronchialdrüsentuberculose, bei einem anderen durch Operation Peritonitis tbc. nachgewiesen. Von den 6 Suspecten waren 4 Scrophulös, bei den übrigen 2 war chronische Bronchitis, Abmagerung und hereditäre Belastung nachweisbar. Also hatten von 46 positiv reagierenden 38 genügenden Grund dazu, so dass man nur in 8 Fällen von einer vollkommen latenten Tbc. sprechen könnte.

Von 32 klinisch sicher Tuberculösen fiel die Reaction 30 Mal positiv aus, 2 Fälle im letzten Stadium der Lungen- resp. Darmtuberculose reagierten negativ.

Von 75 negativ reagierenden waren in 71 Fällen absolut keine Zeichen der Tbc. klinisch nachweisbar (in 10 Fällen durch Section bestätigt), in einem Falle sprach der Befund und der klinische Verlauf für acute Miliartbc. der Lungen, bei der Section war nur chronische catarrhalische Pneumonie nachgewiesen, einer kam aus der chirurg. Abteilung mit der

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diagnose «knotige Form der Peritonitis tbc.» Später bei der Untersuchung per rectum erfolgte Durchbruch eines Abscesses in denselben, Pat. hörte darnach auf, zu fiebern, und war in kurzer Zeit als geheilt entlassen. 2 waren oben erwähnte Tuberculöse im letzten Stadium.

Die intensivsten Formen der Reaction waren im Initialstadium der Tbc. bei Scrophulösen und klinisch Gesunden beobachtet, die klinisch schweren Fälle ergaben fast ausnahmslos eine ganz schwache, resp. im letzten Stadium gar keine Reaction. In 3 Fällen, die längere Zeit im Hospital lagen, wurde bei wiederholten Impfungen mit dem Verschwinden der Cutanreaction das Auftreten der Diazo-Reaction im Harn constatiert.

Diese Beobachtungen beweisen, dass Cutanreaction im Kindesalter grosse diagnostische und prognostische Bedeutung hat und infolge ganz einfacher Technik und vollkommener Ungefährlichkeit grosse Verbreitung auch bei practischen Aerzten finden wird.

Dr. Hausmann: Es kommt uns oft darauf an, zu constatieren, ob die Tuberculose offen oder activ ist und da reichen die Ophthalmo- und Cutanreaction nicht aus. Wenn in vielen Fällen die klinische und bacteriologische Untersuchung kein Resultat gibt, habe ich mit Erfolg versucht, im nüchternen ausgeheberten Mageninhalt Tuberkelbacillen nachzuweisen, u. z. in kleinen Sputumpartikeln die nachts verschluckt worden sind. Die Fälle von Lungentuberculose sind nicht selten, wo die Kranken keinen Auswurf haben und überhaupt nicht husten. Hier werden die geringen Mengen des Sputums, die bis an den Larynxrand gelangt sind, bei Schluckbewegungen direct in den Magen geworfen. Es ist zu empfehlen, auch sonst bei Analysen des nüchtern ausgeheberten Magensaftes dort, wo ein Verdacht auf Tuberculose besteht, die Untersuchung auf Tuberkelbacillen zu machen.

Dr. Reinhard: Das hier angeführte Material bestätigt nur noch des Weiteren, dass die Ophthalmoreaction keine specifische für die Tuberculose ist. Es ist auch von den Experimentatoren mit dem Tuberculin der Umstand nicht berücksichtigt worden, dass die Conjunctiva auf verschiedene Reize, chemische, physikalische oder bacterielle ganz gleichartig reagieren kann. Es sind keine Parallelexperimente mit anderen nicht tuberculösen Bacteriengiften als Controlle in diesen Fällen gemacht worden. Jedenfalls ist der practische Wert der Ophthalmoreaction zur Zeit sehr fraglich und die Experimente gehören noch durchaus nur in die Institute.

Dr. v. Krüdener: Dr. Krannhals hat ja schon selbst die nötigen Einschränkungen für die Ophthalmoreaction bestimmt. Wenn die Augen vorher untersucht sind, eine Neigung besonders zu scrophulösen Processen ausgeschlossen ist, ein einwandsfreies frisches Präparat angewandt wird, kann die Reaction ruhig in vorsichtiger Weise vorgenommen werden. Meine Untersuchung erstreckt sich gleichfalls auf eine grössere Anzahl von Fällen, und ich kann nur mitteilen, dass nach einmaliger Anwendung der Methode niemals dauernde Schädigungen vorhanden waren.

Dr. Sohn fragt, ob der Vortragende irgend ein Antisepticum zu der Tuberculinlösung hinzusetzt, ob er sich täglich eine frische herstellt und wie lange eine Lösung haltbar ist.

Dr. Kranhals, Schlusswort: Die Reactionslösung (Alttuberculin-Koch 1%) ist möglichst häufig (jeden 2—3 Tag) frisch zu bereiten. Als Verdünnungsflüssigkeit dient physiologische Kochsalzlösung oder 2% Borsäurelösung. Den Herrn Ophthalmologen gegenüber bemerkt Referent, dass bei Vermeidung kranker Augen sich wohl kaum je üble Zufälle ereignen werden, und dass man in einigen zweifelhaften Tuberculosefällen auch instillieren könne, wenn eine geringe Conjunctivitis da sein sollte.

3. Dr. Berkholz hält seinen Vortrag: «Ueber Scharlach und seine Complicationen». (Der Vortrag ist erschienen in der «Monatschrift für Kinderheilkunde», Novemberheft 1908).

Da die Aetiologie des Scharlachs noch immer unbekannt ist, sind wir bei der Diagnose allein vom klinischen Bilde abhängig. Dasjenige Symptom, welches allein den Scharlach von allen übrigen Krankheiten unterscheidet, ist sein Exanthem, als sogenanntes «Enanthem» auch auf den Schleimhäuten sichtbar. Die Anwesenheit des Exanthems sichert die Diagnose des Scharlachs in jedem Falle. Die Abwesenheit schliesst bei scharlachähnlichen Hauterkrankungen Scharlach aus. — Die Scharlach-Angina beruht nicht mehr auf der Scharlachinfection, sondern hat ihre Ursache zusammen mit den übrigen gefürchteten Complicationen in einer secundären Streptococceninfection, deren Eingangspforte, wie für das Scharlachgift auch angenommen werden muss, der Rachen ist. Das unbekannte Scharlachgift schädigt den Organismus und macht ihn in höherem Grade für die Streptococceninfection empfänglich. Die Erkrankungen des Herzens und der Nieren sind auf das Scharlachgift resp. auf seine Toxine zurückzuführen. Beweisend dafür ist die Beobachtung desselben bei «reinem Scharlach» — ohne secundäre Streptococceninfection. Die postscarlatinösen Herzerkrankungen betreffen das Myocard und äussern sich in Labilität des Pulses, Inäqualität der Herzaction und Veränderungen des I. Tones mit Auftreten von Geräuschen. Die Scharlachmyocarditis ist an sich harmlos, wo sie ohne Complicationen mit Streptococcen bleibt. — Vom Verlauf der Scharlachnephritis gibt die fortlaufende Urinuntersuchung folgendes Bild: als erster pathol. Bestandteil treten im Urin vereinzelte rote Blutkörperchen auf, mit ihnen zugleich oder etwas später einzelne granulierte Cylinder, dann erst kommt es zur Eiweissausscheidung durch die Nieren. Zugleich mit diesen ersten Symptomen fällt eine besondere Blässe der Hautdecken und ein Anstieg des Körpergewichts durch Wasserretention auf. In umgekehrter Reihenfolge schwinden die Erscheinungen. Rote Blutkörperchen sind häufig noch lange nach überstandener Nephritis im Harn nachweisbar. Schwere, Dauer und Ausgang der Scharlachnephritis sind individuell sehr verschieden. Nach Ansicht des Vortragenden macht die Scharlachnephritis nie Fieber. Ein gewisser Grad der Schädigung der Nierenparenchyms ist bei jedem einzelnen Scharlachfall vorhanden. Die sogen. Nephritis stellt nur einen höheren Grad diser Schädigung dar.

Schlussfolgerungen:

1. Der Scharlach äussert sich primär nur in dem charakteristischen Exanthem und Enanthem, secundär in den nicht weniger charakteristischen Erscheinungen am Herzen und an den Nieren.
2. Die grösste Mehrzahl der Scharlachfälle compliciert sich mit Streptococcen; diese secundäre Infection kann zu septischen localen Complicationen in allen Organen oder zur allgemeinen Sepsis führen.
3. In der regelmässigen Schädigung des Parenchyms des Herzens und der Nieren durch die Toxine des Scharlachs liegt mit ein Grund für den oft bösartigen Verlauf der secundären Streptococceninfection.
4. Aus diesen am Krankenbett gesammelten Erfahrungen ergibt sich für uns in therapeutischer Hinsicht die wichtige Forderung, im Verlauf jeder Scharlachinfection, dem Herzen und den Nieren eine besondere Schonung angedeihen zu lassen. Ersteres geschieht durch langdauernde Bettruhe, die Schonung der Nieren aber hauptsächlich durch Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr.

Discussion:

Dr. v. Hampeln: Die Myocarditis scheine ihm doch nicht erwiesen. Es sei ja bekannt, dass bei einer grossen Zahl von Infectionskrankheiten, Typhus abdom., Diphtherie und so auch beim Scharlach Myocarditiden vorkommen, aber aus der angegebenen klinischen Erscheinung auf ein häufiges Vorhandensein wirklich myocarditischer Veränderungen zu schliessen, erscheine ihm nicht berechtigt. Jene können ebensogut aus toxischen Schwächezuständen des Herzens erklärt werden. Wahrscheinlich handelt es sich auch in vielen Fällen bloss darum und noch nicht um Myocarditis.

Dr. Berkholz, Schlusswort: entgegnet Dr. Hampeln, dass Romberg in 8 Fällen die Myocarditis pathologisch-anatomisch hat nachweisen können. Dass dieses nicht häufiger gelungen, liegt an der Gutartigkeit der Fälle und an der Mangelhaftigkeit der path.-anatomischen Technik. Dr. Berkholz stützt sich auf Autoritäten wie Krehl und Romberg, die in den beschriebenen Fällen Myocarditis constatierten.

4. Sitzung.

Von 2 bis 5 Uhr nachmittags.

1. Dr. Reinhard hält seinen Vortrag: «Zur Behandlung des Trachoms und der scrophulösen Ophthalmie bei gleichzeitig bestehenden Erkrankungen der oberen Luftwege». (In der St. Petersburger Med. Wochenschrift erschienen. Nr. 2, 1909).

Discussion:

Dr. Kubli bestätigt die Ausführungen des Vortragenden und macht darauf aufmerksam, dass die Tatsache des häufigen Zusammenhanges zwischen Augen- und Nasenkrankheiten von vielen practischen Aerzten, selbst von Augenärzten noch nicht genügend gewürdigt wird.

Dr. v. Krüdener: Nach meiner Erfahrung, die durch das Zusammenarbeiten mit Dr. v. zur Mühlen eine recht grosse ist, lässt sich der Verlauf des Trachoms durch Operationen am Lymphapparate des Schlundringes nicht beeinflussen. Anders ist es mit den scrophulösen Erkrankungen, die ja direct von den Erkrankungen der Nase, der Tonsillen, der Rachenmandel etc. abhängig sind. Hier gelingt es, durch die chirurgische Therapie des Nasenrachenraumes und der Nebenhöhlen grosse Heilerfolge zu erzielen. Diese Erkrankungen

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

werden hoffentlich bald noch mehr Berücksichtigung erfahren, als es jetzt geschieht.

Dr. Reinhardt: Schlusswort: Herr College v. Krüdener ist das Opfer eines verhängnisvollen Misverständnisses geworden. Ich habe in meinem Vortrage nirgends behauptet, dass das Trachom eine Entzündung der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen hervorrufen könnte. Ich habe vielmehr betont, dass bei der Häufigkeit der Nasenerkrankungen überhaupt ein causaler Zusammenhang dieser Leiden mit sehr grosser Vorsicht angenommen werden soll, trotz diesbezüglicher Angaben mehrerer Autoren. Was jenen Fall mit schwerem Trachom betrifft, so war auch dort natürlich nicht die Nasenerkrankung vom Auge ausgegangen, sondern sie war von den behandelnden Collegen und anfangs auch von mir übersehen worden.

Dr. W. Buettner: Zu den periodischen Magenkrankheiten. Periodisches Auftreten zeigt eine ganze Reihe von Krankheiten. So tritt bei Frauen mit ihrer physiologischen Periode manches organische und manches nervöse Leiden nur zur Zeit der Menses deutlich hervor und wird dadurch ein periodisches Leiden. Ferner bedingt die abwechselnde Exacerbation und Remission mancher organischer Leiden, wie der Appendicitis und der Steinleiden, eine Periodicität. Es verlaufen periodisch einige Infections-Krankheiten; ferner die Gefässkrisen und einige Stoffwechsel-Krankheiten. Die Hauptgruppe der periodisch auftretenden Krankheiten bilden aber die Nervenkrankheiten. Eine ausgesprochene Periodicität des Auftretens irgend einer Krankheit spricht im Allgemeinen in hohem Grade für deren nervöse Natur. Dieses gilt für die periodischen Magenkrankheiten im Speciellen in so ausgesprocher Weise, dass wenn bei exquisit periodischen Magensymptomen organische Magenaffectionen diagnosticiert werden, welche gar operative Eingriffe zur Folge hatten, man wohl meist von Irrtümern sprechen darf, welche nicht unvermeidlich waren. Die Periodicität verleiht manchem Krankheitsbilde erst das Charakteristische. So sind die einzelnen Magensymptome, die bei den gastrischen Krisen verschiedenartig auftreten, an sich durchaus nicht charakteristisch für die gastrischen Krisen, sondern erst das periodische Auftreten dieser Magensymptome gibt die Möglichkeit, diesen Symptomen-Complex zu erkennen. Vortragender ist ferner der Ansicht, dass die Periodicität bei Beurteilung der Stellung und des Platzes einer Krankheit oder eines Symptomen-Complexes eine solche Rolle spiele, dass er beispielsweise die genuine periodische Hypersecretion zwar dicht neben das genuine periodische Erbrechen stelle, aber nicht neben die cotinuirliche Hypersecretion, die ihrem Wesen nach einen völlig anderen Zustand repräsentiere.

Vortragender glaubt nun, dass man bei den Nervenkrankheiten im Allgemeinen in klinischer Hinsicht zwei Arten von Periodicität unterscheiden könne. Die eine typischere Art der Periodicität finde sich bei einigen Krankheiten, die den Sitz der Läsion im Centralnervensystem haben, so bei der Migräne (für welche wir heutzuge ja ziemlich allgemein centralen Sitz annehmen), so bei der Epilepsie u. s. w. Man könne hier von dem Anfalle als von dem Ausgleiche einer Spannung sprechen. Wenn die Spannung ausgeglichen ist, so dauert es in typischen Fällen eine gewisse Zeit, bis sie wieder so weit gediehen ist, dass wieder ein Anfall zu gewärtigen ist. Die andere atypische Art der Periodicität findet sich beispielweise bei den Neuralgien. Hier kann beim Anfalle vom Ausgleiche einer Spannung garnicht die Rede sein. Es macht den Eindruck, als ob der cyklische Ablauf der pathologischen Erscheinungen ganz besonders der Ganglienzelle des Centralnervensystems eigentümlich sei. Vielleicht ist es der nicht im Central-Apparate gelegene Sitz, welcher bei den Neuralgien die von der ausgesprochenen Periodicität der centralen Krankheiten abweichende, atypische Art der Periodicität bedingt. Vortragender glaubt nun auch bei den nervösen Gastralgien oder Cardialgien zwei Arten von Periodicität in klinischer Hinsicht unterscheiden zu können. Diejenigen Cardialgien, welche atypische Periodicität aufweisen, sind zu vergleichen mit den Neuralgien, sie sind vielleicht tatsächlich Neuralgien des oberen Lendensympathicus im Sinne Buch's. Dagegen sollte die typische Periodicität aufweisende, andere Gruppe der Gastralgien nicht als neuralgischer Schmerz aufgefasst werden. Neuralgisch ist diese Cardialgie nicht bei klinischer Betrachtung, denn sie zeigt einen ganz ausgesprochenen Typus in ihrer Periodicität, was die Cardialgie nach Art der Neuralgie nicht tut, und eine Neuralgie stellt diese Cardialgie mit typischer Periodicität wohl auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht nicht dar, denn wir haben den locus morbi für sie wohl wahrscheinlich im Centralnervensysteme zu suchen. Vortragender möchte — was die Art der Periodicität anlangt — diese Gruppe von Cardialgien vergleichen mit den oben erwähnten Nervenkranheiten, welche typisch periodisch auftreten. Abgesehen muss hier natürlich werden von den die Menses begleitenden Gastralgien, die nicht hierher gehören. Aber es sind zu dieser Gruppe der Gastralgien zu rechnen die Cardialgien, die als Aequivalent für die Migräne auftreten und diese zeigen, dass eine Gastralgie wenigstens centralen Sitz haben kann. Zu dieser Gruppe von Gastralgien mit ausgesprochener Periodicität gehören ferner jene Cardialgien, die bloss ein Symptom sind bei den gastrischen Krisen, bei dem genuinen periodischen Erbrechen und bei der genuinen periodischen Hypersecretion. Ziemlich ausgesprochene Periodicität zeigen ferner jene Cardialgien, die, wenn schon gelegentlich ein sehr hervorstehendes Symptom, so doch nur Teilerscheinung einer Anämie, Neurasthenie und Hysterie sind. Dann muss man aber nach Ansicht des Vortragenden die Existenz einer genuinen periodischen Cardialgie annehmen, die nicht Teilerscheinung einer Hysterie oder Neurasthenie oder Anämie ist, sondern eine selbständige Neurose. Soweit Vortragender das aus der ihm zugänglichen Literatur ersehen kann, hat nur Boas eine periodische Cardialgie als selbständige Neurose beschrieben. Boas hat dann aber im speciellen Teile seines Werkes über Magenkrankheiten einer solchen genuinen, periodischen Cardialgie als einer selbständigen Neurose nicht mehr Erwähnung getan. Vortragender nimmt die Existenz einer solchen genuinen periodischen Cardialgie an, weil sich Fälle von echt periodischen Cardialgien bei Patienten finden, die keine Tabes haben, die nicht neurasthenisch oder hysterisch oder anämisch sind, die keine Malaria gehabt haben und nicht an Migräne leiden. Vortragender stellt diese supponierte genuine periodische Cardialgie dicht neben das genuine periodische Erbrechen und die genuine periodische Hypersecretion, die er beide gleichfalls für selbständige Neurosen hält, und erkennt sogar Uebergänge zwischen diesen einzelnen Zuständen an.

Vortragender führt aus, wie die typischere Periodicität, von welcher die Rede war, tatsächlich ja nur im Vergleiche zu der atypischen Periodicität, welche andere Krankheiten aufweisen, typisch sei. Nun ereignet es sich aber oft, dass dieses Charakteristische in der Periodicität für längere oder kürzere Zeit völlig verloren geht, so im Status hemicranicus, so im Status epilepticus und ebenso in einem analogen Status, welcher sich nicht selten einstellt bei den gastrischen Krisen und wohl auch bei den genuinen periodischen Magenneurosen. Gerade in solchem Status, wenn die Periodicität zeitweise verwischt ist, suchen die Kranken den Arzt oder die Klinik auf, während der kurzdauernde Anfall nicht ohne weiteres zum Arzte führt, so dass auf diese Weise gerade der Status mit völlig verwischter Periodicität relativ häufig zur Aufzeichnung gelangt. Bei genauer Aufnahme der Anamnese würde aber doch in den meisten dieser Fälle eine ausgesprochene Periodicität sich nachweisen lassen.

Vortragender spricht dann über die Beziehungen der genuinen periodischen Magenkrankheiten zu den gastrischen Krisen und endlich über ihre Beziehungen zur Migräne. Wenn nämlich die genuinen periodischen Magenkrankheiten — die genuine periodische Hypersecretion, das genuine periodische Erbrechen und die supponierte genuine periodische Cardialgie vergesellschaftet sind mit heftigen Kopfschmerzen, so kann die Differentialdiagnose zwischen genuiner periodischer Magenneurose und Migräne sehr schwierig werden. Am bekanntesten ist dieses Verhalten für die periodische Hypersecretion, wenn bei ihr gleichzeitig Kopfschmerz besteht. Dieses ist dann ein Zustand, der nach Rossbach Gastroxynsis heisst. Eine selbständige Stellung hat dieser Zustand nicht zu beanspruchen. Gehört er nun zur Migräne oder zur periodischen Hypersecretion? Einerseits hält Moebius die Gastroxynsis für eine Abart der Migräne, andererseits halten Riegel, Boas und andere Autoren sie für eine Abart der periodischen Hypersecretion. Es scheint Vortragendem sich so zu verhalten, dass wohl beide Ansichten zurecht bestehen, insofern als nämlich ein Teil der Fälle von Gastroxynsis der periodischen Hypersecretion, ein Teil — vielleicht der kleinere Teil — der Migräne zuzuzählen sein dürfte. Vortragender ist übrigens der Ansicht, dass die Migräne nur selten eine Hypersecretion aufzuweisen hat. Die Angabe, dass grosse Mengen saurer Flüssigkeit erbrochen werden, ohne dass etwas genossen wurde, wird ja bei echter Migräne nicht selten gemacht.

Darnach müsste man zur Annahme gelangen, dass Hypersecretion ein nicht seltenes Symptom der Migräne sei. Vortragender hat bei Migräne-Patienten, die solche Angaben machten, öfters den Magen auf nüchternes Secret hin im Anfalle untersucht, aber bisher dabei nie irgend erhebliche Mengen nüchternen Secretes erhalten. Es scheint also die Hypersecretion während des Migräne-Anfalles selten vorzukommen. Auch in Fällen, in denen periodisch gleichzeitig heftiger Vomitus und Kopfschmerz auftreten, kann der Differentialdiagnose Schwierigkeiten bereiten, insofern nämlich die Frage der Erblichkeit und andere bezügliche Fragen unsicher beantwortet werden. Man wird aber solche unklare Fälle nicht als besondere Gruppe hinstellen, sondern dieselben gehören eben entweder der Migräne oder dem periodischen Erbrechen an. Bezüglich der Fälle von periodischen Cardialgien mit Kopfschmerz sind die Verhältnisse völlig analog aufzufassen.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

(Die Arbeit erscheint ausführlich im «Archiv für Verdauungs-Krankheiten»).

(Autoreferat.)

Discussion.

Dr. Schröder: Ich möchte nur kurz darauf hinweisen, dass die von mir beobachteten Schmerzanfälle keine strenge Gesetzmässigkeit der Periodicität erkennen liessen. Im Rahmen desselben psychischen Anfalles wechseln häufig in regelloser Folge Kopfschmerzen, bisweilen solche hemikranischen Charakters, mit Schmerzen in den Extremitäten, gastralgischen Beschwerden und Schmerzzuständen in anderen Körpergebieten ab. Mitunter dehnte sich der Kopfschmerz hemikranischer Abart über die entsprechende Körperhälfte zu einer completten Hemialgie aus. Auch ist das Auftreten der Schmerzanfälle nicht an bestimmte Entwicklungsstufen der Psychosen gebunden. Man begegnet ihnen nicht nur in den früheren Stadien und im späteren Verlauf der psychischen Verstimmung, sondern auch nach Ablauf der Psychosen in den freien Intervallen. Immerhin kann man sagen, dass die Zeiten des allmählichen Abklingens der Psychose und die sogenannten freien Intervalle in überwiegender Häufigkeit durch Schmerzanfälle compliciert werden.

Dr. v. Holst: Während der grössere Teil der Ausführungen des Vortragenden theoretisch-hypothetischer Art war und in Bezug auf sein Bestreben, die periodischen Störungen der Magenfunction mit bestimmten Gehirncentren in nahen Zusammenhang zu bringen, mir etwas gewagt erschienen ist, so vermisste ich dagegen um somehr die Schilderung der periodischen Magenstörungen, über die Dr. Schröder und ich seinerzeit berichtet haben und deren Kenntnis auf vielfältiger, genauer klinischer Erfahrung beruht, nämlich die Complicationen rsp. Aequivalente des manisch-depressiven Irreseins und gewisser gastrischer Störungen.

Dr. Büttner, Schlusswort: Mir lag es hauptsächlich daran, eine Trennung der Arten der Periodicität in 2 Typen in klinischer Hinsicht zu versuchen. Ueber den Sitz der in Frage kommenden Läsion habe ich mich nur vermutungsweise ausgesprochen,

3. Dr. v. Engelmann hält seinen Vortrag: «Zur Indication der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie». (Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion:

Prof. Zöge v. Manteuffel glaubt, darauf hinweisen zu müssen, dass der Streit um die perineale und suprapubische Operation müssig sei. Wir brauchen beide. Es gibt hohe Becken, bei denen von unten nichts zu machen ist und dicke Bäuche, bei denen die Operation von oben schwierig ist. Bottini berichtete über viele lebenbedrohende Blutungen.

Dr. v. Engelmann, Schlusswort: Der von Prof. Zöge von Manteuffel geforderten Individualisierung bei der Bestimmung des therapeutischen Vorgehens ist in meinem Vortrage Rechnung getragen worden. Den primären Schluss der Blase nach der Prostatectomia suprapubica hat Vortragender nach einer schlechten Erfahrung infolge mangelhafter Function des Verweilkatheters bei inficierter Blase verlassen und führt, allerdings nicht die Tamponade sondern die Drainierung der Blase durch ein dickes Gummidrain durch die Bauchwunde aus. Dadurch wird eine bessere Beeinflussung der Blasenwunde gewährleistet. Das Drain kann nach 4—5 Tagen, je nach dem Zustand der Blase entfernt werden. Die Blasewunde schliesst sich meist rasch.

4. Dr. A. Berg hält seinen Vortrag: «Zur Gonorrhoebehandlung». (In Nr. 45, 1908 der St. Petersburger med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. G. v. Engelmann: Die Vorzüge der Silbereiweissverbindungen gegenüber dem argentum nitric. sind nicht darin zu sehen, dass dieselben specifischer wirken als das arg. nitr., auch darin nicht, dass sie tief eindringen, sondern dass sie reizloser sind, in früheren Stadien der acuten Gonorrhoe angewandt werden können und weniger Complicationen im Gefolge haben, namentlich weniger Erkrankungen an Epididymitis bei Anwendung der Spülungen. Auch die Behandlung der chronischen Formen mit heissen Lösungen combiniert mit Dilatation und Massage ist nach meiner Erfahrung von vorzüglichen Resultaten begleitet.

Dr. A. Berg, Schlusswort: Durch Calderone und Lohnstein ist bei vergleichenden Versuchen festgestellt, dass die subepitheliale Infiltration bei Irrigation der Urethra mit arg. nitr. eine tiefergehende ist als bei Anwendung der Silbereiweissverbindungen. Daher empfiehlt sich der Gebrauch des arg. nitr. zur Erzielung einer Tiefenwirkung.

5. Dr. Reyher hält seinen Vortrag: «Die Rolle der Infection im Kriege». (Erscheint in der St. Petersburger med. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Schiemann vermisst im Vortrage von Dr. Reyher den Unterschied in den Sommer- und Winterverletzungen. Letztere gestalten sich bei der unhygienischen russischen Winterkleidung entschieden ungünstiger. Ferner hält er den Procentsatz der inficierten Wunden überhaupt für zu hoch, da ein grosser Teil der leicht Verletzten nicht in die Hospitäler, die Dr. Reyher das Material gegeben haben, aufgenommen worden sind, sondern einfach weitergeschickt wurden in Hospitäler, die einige Tagereisen weiter entfernt lagen, wo sie schon mit vollkommen geheilten Schusswunden ankamen. Was die Schrapnellverletzung und deren Infection anbetrifft, schliesst er sich Dr. Reyher an, d. h. wenn auch mal ein Schrapnell reactionslos einheilte, so fand man doch, wenn man darauf einschnitt, regelmässig einen kleinen Abscess um das Schrapnell herum.

Dr. Bornhaupt: Vom theoretischen Standpunct ist jede Schusswunde sicher als inficiert zu betrachten. Practisch spielt jedoch diese Tatsache nicht eine so wesentliche Rolle, wie es von Dr. Reyher dargestellt wird. Der Procentsatz der inficierten Schusswunden ist verschieden je nach der Lage des Lazaretts. In den vorne gelegenen Lazaretten wird er sicher grösser gewesen sein als in den Reservelazaretten. Das von mir im Archiv für klin. Chirurgie veröffentlichte Material über Gelenkschüsse zum Beispiel zeigt, ein wie grosser Procentsatz von Gelenkschüssen quasi per primam heilten. Practisch dürfen daher die Schusswunden, die durch Mantelgeschosse zustande kommen, als nicht inficiert angesehen und behandelt werden, und in diesem Sinne bleibt die von E. v. Bergmann ausgesprochene Ansicht bestehen.

Prof. Zöge v. Manteuffel: Dr. Reyhers Arbeit hatte im wesentlichen den Zweck, Klarheit zu bringen — und ich glaube dieses wird immer verdienstlich sein, einerlei ob es schon zu practischen Schlüssen berechtigt oder nicht. Gegen Bornhaupt möchte ich anführen, dass wir schon nach 8 Stunden und früher böse Phlegmonen fanden, die durchaus nicht gleichgültig waren. Weiter im Rücken war das Material durchgesiebt. Reyher hat versucht, beides zu berücksichtigen, z. B. auch das Material Dr. Bornhaupts, um allgemeine Schlüsse zu ziehen. Die Grundsätze der Bergmannschen conservativen Therapie werden fürs erste aus äusseren Gründen beizubehalten sein, aber wir können uns doch deswegen der Wahrheit nicht verschliessen, dass das Gros der Wunden inficiert ist.

Dr. Reyher, Schlusswort: Wegen Zeitmangel sind die von Dr. Schiemann gerügten Mängel entstanden; verweise auf demnächst erscheinende Arbeit. Dr. Bornhaupts Behauptung, dass Infection keine Rolle spielt, wiederlegt sich durch angeführte Mortalität.

6. Dr. Saarfels hält seinen Vortrag: «Die von 1899—1908 im Kinderhospital beobachteten Coxitis-Fälle». (Erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschr.).

Dr. v. Vietinghoff hält seinen Vortrag: «Zur Therapie des Klumpfusses». (Erscheint in der St. Petersburger med. Wochenschrieft).

Discussion:

Dr. Thilo schliesst sich den Ausführungen des Dr. von Vietinghoff an und erläutert einige Klumpfussverbände und Schienen, die in seinem Werke «Orthopädische Technik» (Wiesbaden. F. Bergmann. 1908) veröffentlicht sind.

5. Sitzung.

Sonnabend den 30. August, von 9 bis 1 Uhr.

1. Referat über die Gallensteinerkrankungen.

a) Dr. Schabert: Aetiologie und Pathologie. (In Nr. 47 der St. Petersbg. med. Wochenschr. erschienen).

b) Dr. v. Bergmann: Chirurgische Behandlung der Cholelithiasis.

Vortr. referiert über den Stand der Gallenblasenchirurgie, wie derselbe sich dank den Arbeiten von Langenbuch, Kehr, Körte und vieler and. gestaltet hat. Von den Indicationen für die Operation ausgehend, erwähnt Vortr. die Cholecystendyse, die einzeitige Cholecystotomie,—die zweizeitige ist wohl gegenwärtig ziemlich allgemein aufgegeben worden—und kommt dann zur Cholecystectomie, die er in letzter Zeit fast ausschliesslich ausgeführt hat, da in seinem Material Fälle, in denen es wünschenswert wäre, die Gallenblase zu erhalten, so gut wie garnicht vorkommen. Die grosse, palpable Gallenblase, deren Inhalt durch Stein- oder Narbenverschluss im Cysticus gestaut ist, zeigt immer Veränderungen der Wand, so dass es nicht angezeigt ist, eine solche Gallenblase zu erhalten.

Generated on 2019-01-09 23:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Durch Netzverlötungen kann eine solche Gallenblase auffallend hart erscheinen, so dass der Verdacht eines Neoplasma geweckt wird. Die Operation ist in diesen Fällen immer vorzunehmen, es sei denn dass anderweitige Symptome die Diagnose des Neoplasma zweifellos machen.

Die Diagnose der geschrumpften Gallenblase ist oft sehr schwierig, der Riedelsche Lappen kann wenig ausgesprochen sein, die Druckempfindlichkeit ist nicht charakteristisch. da sie bei Magen- und Duodenalulcus auch vorkommt. Die Spannung des oberen Segments des r. M. rectus, die man bei allen drei erwähnten Möglichkeiten findet, ist geignet, eine abnorme Resistenz vorzutäuschen. Am ehesten ergibt eine genaue Anamnese Stützpuncte für die richtige Diagnose. Nur selten erhält man die aber, namentlich bei einem Material, das sich vorherrschend aus den unteren Schichten der Bevölkerung recrutiert.

Beim Choledochusverschluss durch Stein ist eingeschrumpfte Gallenblase die Regel.

Eine grosse, palpabele Gallenblase bei Choledochusverschluss soll immer den Verdacht auf Tumor wachrufen.

Ein unvollständiger Icterus ist beim Choledochusstein keine Seltenheit.

Tritt Verschluss der Gallengänge ein, so sollen die acuten Erscheinungen lieber abgewartet werden, jedoch darf diese Regel nicht schematisch befolgt werden. Bei eitriger Cholangioitis soll möglichst früh operiert werden, bei dieser Erkrankung sind alle Autoren in der Empfehlung der Hepaticusdrainage einig, über deren Anwendung sonst die Meinungen geteilt sind. Es ist zu berücksichtigen, dass der im Choledochus befindliche Stein selbst von einem Chirurgen, der so grosse Erfahrungen auf diesem Gebiet besitzt, wie Kehr in 16% der Fälle übersehen worden ist!

Zu wenig wird in der Literatur betont, dass bei der Cholelithiasis auch eine pylephlebitische Erkrankung möglich ist. Vortr. hat einen Fall gesehen, in dem ein typischer Kolikanfall mit dem Abgang eines sehr grossen Concrements endete. Der Stein war so gross, dass offenbar ein directer Durchbruch in den Darm stattgefunden hatte. Im Anschluss daran traten Schüttelfröste und hohes Fieber auf, dabei wurde der früher aufgetriebene Leib weich und unempfindlich und functionierte der Darm normal. Die Ansicht der hinzugerufenen Chirurgen war geteilt, die einen hielten eine Operation für aussichtslos, die anderen wollten der Möglichkeit einer Cholangioitis Rechnung tragen und operieren. Die Kranke entschloss sich zur Operation, der ich dank der Freundlichkeit des Operateurs beiwohnen konnte. Es handelte sich offenbar um einen Durchbruch ins Duodenum, da breite massige Adhäsionen zwischen dem Choledochus und Duodenum bestanden. In den Gallengängen und der geschrumpften Gallenblase fand sich kein Eiter.

Dass, wenn auch sehr selten, bei Pylephlebitis spontaner Ausgang in Genesung erfolgen kann, steht fest; ist es möglich, die richtige Diagnose zu stellen, so warte man lieber ab, denn durch den Eingriff ist man nicht imstande, die Situation günstig zu beinflussen.

Bei der Differentialdiagnose kommen vor allem das Magen- und Duodenalulcus in Betracht, welche durch die Adhäsionsbildung, die sie veranlassen, Erscheinungen auslösen, die klinisch irreführen, es kann in diesen Fällen zu typischen kolikartigen Schmerzen, ja zu leichtem Icterus kommen.

Der hinaufgeschlagene und fixierte Wurmfortsatz kann gleichfalls in derselben Weise irreführen.

Eine verlagerte und fixierte Niere, wenn dieselbe sonst gesund ist, kann für eine Schwellung des rechten Leberlappens mit Gallenblasentumor gehalten werden.

Kehrs Ballonschnitt und der von Kocher modificierte Czernysche Hakenschnitt concurrieren bei der Aufgabe, das Operationsterrain freizulegen.

Vortr. hat in letzter Zeit den Kocherschen Schnitt bevorzugt der späteren besseren Narbe wegen. Der Kochersche Schnitt legt das Operationsgebiet in befriedigender Weise frei.

Zum Schluss erwähnt Vortr. der Polemik, die Kehr gegen Ritter (Carlsbad) eröffnet, welcher für die exspectativ behandelten Fälle eine Mortalität von 0,04% berechnet, während die Chirurgen Kymmel 20,7%, Kehr 18% von ihrem Material verlieren. Das Falsche solcher Schlussfolgerungen, wie Ritter sie gezogen, liegt in der Ungleichartigkeit des Materials. Carlsbad wird doch zum grossen Teil von sog. Gallensteinträgern besucht, während den Chirurgen die Gallensteinkranken und zwar meist bei vorgeschrittenen Leiden zugehen. Binder (11%) und Naunyn (15%) geben denn auch ganz andere Zahlen für die Mortalität der Cholelithiasis. Der oben erwähnte Fall erkrankte und verlief tödlich unmittelbar nach einer Carlsbader Cur.

(Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt).

Zuschrift an die Redaction.

Wir erhalten von Geheimrat Dr. L. Berthenson folgende Zuschrift, der wir hier gern Raum geben, indem wir die Empörung Dr. Berthensons über den schamlosen Misbrauch seines Namens zu Reclamezwecken vollkommen begreifen und billigen.

«Sehr geehrter Herr Redacteur!

Ich bin genötigt, Sie um Veröffentlichung folgender Erklärung zu bitten.

Zufällig erfuhr ich, dass die Nr. 11811 der Zeitung «Nowoje Wremja» im Inseratenteile eine marktschreierische Reclame über Salzgurken enthielt, in welcher nicht nur mein Name, sondern auch ein Facsimile meiner Unterschrift figurierte.

Beim Lesen dieses von einem gewissen Gurkenhändler W. Lossjew fabricierten Inserats wurde mir klar, dass ich das Opfer einer schändlichen Machination seitens eines Menschen geworden war, der sich durch Betrug eine schriftliche Notiz über den Genuss von Gurken von mir verschafft hatte.

Der genannte Herr, der sich als Patient zu meinem Krankenempfang angeschrieben hatte, erklärte mir zunächst, nicht er sei der Kranke, sondern sein Auftraggeber, der selbst nicht kommen könne, weil er zu Bett liege, und ihn, Lossjew, nur gebeten habe, zu erfahren, ob er Gurken, welche keine Choleravibrionen enthalten, geniessen dürfe. Als ich ihm darauf kurz meine Meinung sagte, bat er mich, meine Antwort aufzuschreiben, was ich, nichts Böses ahnend, auch tat, indem ich meinem Assistenten einige Zeilen dictierte, die derselbe auf meinem Receptformular niederschrieb.

Indem ich der Bitte W. Lossjews willfahrte, war ich natürlich weit davon entfernt, zu ahnen, dass der vorgebliche Kranke meine Antwort zum Betruge und zu schamloser Reclame ausnutzen würde.

Tief empört über die niedrige Handlungsweise W. Lossjews, halte ich es für meine Pflicht, zu meiner Verteidigung dieselbe durch die Presse bekannt zu machen. Selbstverständlich habe ich W. Lossjew unter Androhung gerichtlichen Einschreitens verboten, meinen Namen weiterhin in seinen Reclamen zu nennen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Leo Berthenson.

St. Petersburg, den 29. Januar 1909».

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. In der Sitzung des Medicinalrats vom 13. Januar wurde die Frage über den Kampf mit der Cholera in Petersburg beraten.

Der Minister des Innern, dem das Protocoll der Sitzung vorgelegt wurde, machte eine Randbemerkung, in welcher er die Einführung einer Canalisation und einer geregelten Wasserversorgung für dringend und unbedingt notwendig im Interesse des Staates hält. Vorläufig empfielt er, die temporären Massnahmen, die der Gehilfe des Obermedicinalinspectors, Dr. Schmidt, vorgeschlagen hat, durchzuführen und hofft, dass der Medicinalrat es nicht unterlassen werde, seinerseits unverzüglich Massregeln zu ergreifen, die zum Erlöschen der Epidemie führen könnten. Der Minister seinerseits meint, dass sofort Schritte gemacht werden müssen zur Verhinderung einer weiteren Verunreinigung der Newa und zur Desinfection der Müllgruben. Er wundert sich, dass in dieser Beziehung im Verlauf von 6 Monaten nichts getan worden ist, und erklärt, eine weitere Untätigkeit sei nicht zu dulden.

— Die von der Duma und dem Reichsrat genehmigte Erhöhung des Etats der chirurgischen Klinik der Dorpater Universität um 12000 Rbl. jährlich hat die Allerhöchste Bestätigung erhalten,

— Im Jahre 1909 vollenden sich 100 Jahre seit der Gründung der 1. Medicinischen Akademie in Warschau, die auf Verfügung Kaiser Nikolaus I. im Jahre 1831 geschlossen wurde.

— Am 25. Januar fand anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins der Marineärzte in St. Petersburg eine feierliche Sitzung statt, in welcher der Obermedicinalinspector der Flotte, Dr. A. Sujew, die Festrede hielt, der Secretär, Dr. Faddejew, den Bericht über die 50-jährige Tätigkeit des Vereins verlas und Dr. W. Krawtschenko einen Vortrag hielt über «die Tätigkeit der Schiffsärzte des 1. und 2. Oceangeschwaders während des russisch-japanischen Krieges 1904—1905». Begrüssungen und Glückwünsche wurden dargebracht: vom Medicinalrat durch Prof. Rein, vom Pirogowschen Chirurgenverein durch Dr. A. Trojanow, vom Deutschen ärztlichen Verein — Dr. W. Kernig, von der Dermatologischen Gesellschaft — Prof. O. v. Petersen,

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

von der Gynäkologischen Gesellschaft — Prof. D. Ott, von der Ophthalmologischen Gesellschaft — Dr. Tichomirow und schliesslich beglückwünschte den Verein der Sohn des Gründers desselben — Dr. Rosenberger, weiland Generalstabsdoctor der Marine, — Ingenieur Rosenberger.

— Die Officierschärpe ist durch Allerhöchsten Ukas vom 20. Januar d. J. allen Aerzten des Militärressorts verliehen worden.

— Der Privatdocent für Geburtshilfe und Kinderkrankheiten an der Universität zu Moskau, Dr. N. Pobedinski ist als ausserordentlicher Professor bestätigt.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität zu Moskau, Dr. P. Minakow ist zum Prorector erwählt.

— Zum Dekan der medicinischen Facultät der Universität zu Charkow ist Prof. N. Obolenski erwählt worden.

— Der Corpsarzt des 10. Armeecorps, wirkl. Staatsrat, Dr. Radetzki ist zum Geheimrat befördert.

— Der Arzt an dem chirurgischen Hospital der Rigaschen Gemeinschaft der Barmherzigen Schwestern der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes, Dr. P. Klemm ist zum Chefarzt des genannten Hospitals ernannt.

— 25-jähriges Amtsjubiläum. Am 1. Januar vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. Theodor Tiling die Leitung der von der Stadt Riga unterhaltenen Irrenanstalt Rothenberg übernahm. Unter seinem Directorat ist die Anstalt durch umfangreiche Bauten wesentlich erweitert und verbessert worden. Da Dr. Tiling am Tage seines Jubiläums im Auslande sich befand, so konnte erst nach seiner Rückkehr am 6. Januar eine Feier stattfinden, an der sich die Stadtverwaltung, die Gesellschaft practischer Aerzte in Riga, frühere Assistenzärzte, das Personal der Anstalt, einige Patienten u. s. w. beteiligten. Von der Gesellschaft practischer Aerzte wurde dem Jubilar eine Adresse überreicht und von den früheren Assistenten ein Ehrengeschenk. Von den Anstaltsärzten wurde dem Jubilar eine mit seinem Bildnis geschmückte Festschrift dargebracht. — Dr. Tiling, der gegenwärtig im 67. Lebensjahre steht, hat bekanntlich seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1862—67 studierte und 1869 die Doctorwürde erlangte, worauf er Assistent in Rothenberg und von 1871—84 Ordinator an der Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters in St. Petersburg war, um dann die Leitung der Irrenanstalt Rothenberg zu übernehmen.

— Zur Eröffnung einer Privatheilanstalt in Pernau unter dem Namen «Sanatorium des Curorts Pernau» ist, wie die «Livl. Gouv.-Ztg.» mitteilt, einem Herrn Ernst Buhre die Concession erteilt worden.

— Dem Verein der Fabriksärzte in Moskau ist es gestattet worden, in den ersten Tagen des April den ersten allrussischen Congress für Fabriksmedicin und Sanitätsfragen in Moskau zu veranstalten.

— Die Zeitschrift «Chirurgija» wird nach dem Tode von Prof. P. Djakonow unter Redaction von seinen 2 Assistenten DDr. Napalkow und Terebinski weitererscheinen.

— Die vielfach unerquicklichen Beziehungen der Landschaftsämter zu den Landschaftsärzten bestehen in manchen Gouvernement immer fort und bilden ein chronisches Uebel, unter welchem die Bevölkerung am meisten zu leiden hat. «Quidquid delirant reges plectuntur Achaei». Am 1. Februar dieses Jahres quittierten alle Landschaftsärzte des Kreises Galitsch (Gouv. Kostroma) auf einmal den Dienst, weil sie das Verhalten des Landschaftsamtes gegenüber verschiedenen Bestimmungen und Forderungen der Aerzte und Sanitätsbehörden für unzulässig erklärten.

— Die Warschauer hygienische Gesellschaft will im Februar eine Ausstellung veranstalten zur Veranschaulichung des Kampfes gegen den Alcohol.

— In Odessa wird die Gründung eines weiblichen medicinischen Instituts geplant.

— Am 15. März d. J. begeht das Journal «Praktitscheskaja Medizina» das 25-jährige Jubiläum seines Bestehens.

— Russische Medicinische Congresse: Am 2.—4. April Tagung der beständigen Pirogowschen Commission zur Erforschung der Tuberculose. Vom 28. December 1909 bis zum 6. Januar 1910 XII. Versammlung Russischer Naturforscher und Aerzte in Moskau. — December 1910 III. Versammlung Russischer Psychiater in St. Petersburg. — December 1909 IX. Versammlung Russischer Chirurgen in Moskau.

— XVI. internationaler medicinischer Congress. Die Leitung des XVI. internationalen medicinischen Congresses erlaubt sich, die Herren Referenten darauf aufmerksam zu machen, dass die Manuscripte der Referate bis zum 28. Februar, welches Datum nunmehr als der späteste Termin festgesetzt ist, an das Congressbureau, Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7, einzusenden sind.

Den Mitgliedsbeitrag von 25 Kronen österr.-ung. Währung wolle man mittelst Postanweisung an den Schatzmeister des Congresses, Herrn Prof. Dr. von Elischer (Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7) einsenden.

— Wir erhalten von der Deutschen Gesellschaft für Urologie folgende Zuschrift: «Sehr geehrter Herr College! Die Vorarbeiten zu dem vom 18. bis einschliesslich 22. April d. J. im Langenbeck-Hause zu Berlin, Ziegelstrasse 10—11, tagenden zweiten Congress der Deutschen Gesellschaft für Urologie haben zur Aufstellung folgenden vorläufigen Programmes geführt: Sonntag, den 18. April, nachmittags 4 Uhr: Vorstandssitzung in der Geschäftsstelle Berlin W., Viktoriastrasse 19. Abends $8^1/_2$ Uhr: Begrüssung und Empfang der Congressteilnehmer mit ihren Damen durch die Berliner Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Montag, den 19. April, pünktlich 9 Uhr, Eröffnung des Congresses im Langenbeck-Hause und daran anschliessend 1. wissenschaftliche Sitzung bis 1 Uhr. Thema: Urologie und Gynäkologie. Referenten: Prof. Dr. Stoeckel-Marburg. Prof. Dr. Wertheim-Wien. Nachmittags $2^1/_2$—5 Uhr: Sitzung, Vorträge. Dienstag, den 20. April, vormittags 9—$12^1/_2$ Uhr, Sitzung. Thema: Die eitrigen, nicht tuberculösen Affectionen der Nieren. Referenten: Prof. Dr. von Frisch-Wien. Prof. Dr. Barth-Danzig. Nachmittags 4—6 Uhr: Sitzung, Vorträge; daran anschliessend Projectionsabend. Abends $8^1/_2$ Uhr: Bankett mit Damen. (Der Ort wird am ersten Congresstage im Bureau bei Herrn Melzer, Langenbeck-Haus, bekannt gemacht.) Mittwoch, den 21. April, vormittags 9—$12^1/_2$ Uhr: Sitzung. Thema: Blasentumoren. Referenten: Prof. Dr. Casper-Berlin. Prof. Dr. Zuckerkandl-Wien. Nachmittags $2^1/_2$ Uhr: Generalversammlung; daran anschliessend: Sitzung, Demonstrationen In der Generalversammlung erfolgt der Finanzbericht des Kassenführers, Wahl des Vorstandes, Bericht der Commission für Statutenänderungen. (Statutenänderungen können nur dann vorgenommen werden, wenn die diesbezüglichen Anträge den Mitgliedern mindestens acht Tage vor der Geschäftssitzung mitgeteilt worden sind und bedürfen zwei Drittel Majorität.) Donnerstag, den 22. April, vormittags 9—$12^1/_2$ Uhr soll noch eine Sitzung stattfinden, falls die angemeldeten Vorträge und Demonstrationen noch nicht erledigt sein sollten. Anmeldungen zur Discussion, sowie von Vorträgen und Demonstrationen, an denen sich auch Nichtmitglieder mit Genehmigung des Vorsitzenden beteiligen können, müssen bis spätestens 15. März bei der Geschäftsstelle in Berlin (Sanitätsrat Dr. Wossidlo, W., Victoriastr. 19) erfolgen. Spätere Anmeldungen können nur dann Berücksichtigung finden, wenn die Zahl der bereits angemeldeten Vorträge es gestattet. Die Teilnehmkarten für Mitglieder sind gegen Erstattung des Beitrages, für Nichtmitglieder im Betrage von 10 Mark, an den Congresstagen bei Herrn Melzer im Langenbeck-Hause in Empfang zu nehmen. Sie müssen beim Eintritt in den Saal vorgezeigt werden. Sämtliche Teilnehmer des Congresses werden gebeten, sich rechtzeitig in die Präsenzliste bei Herrn Melzer einzutragen (um deutliche Schrift wird gebeten). Ebenda liegt die Liste zur Einzeichnung der Teilnehmer an dem gemeinsamen Bankett aus. Anmeldungen neuer Mitglieder sind auf den bei Herrn Melzer erhältlichen Vorschlagsformularen, mit der eigenhändigen Unterschrift der drei vorschlagenden Mitglieder der Gesellschaft, an den Schriftführer, Herrn Wossidlo, zu richten. Aufnahmesitzungen finden seitens des Vorstandes während der Dauer des Congresses nach Bedürfnis statt. Die Namen der Gewählten werden in den Sitzungen bekannt gemacht. Anschliessend an den Congress findet eine Ausstellung wissenschaftlicher Gegenstände (Präparate, Abbildungen etc.) sowie urologischer Instrumente und Apparate in den Nebenräumen des Langenbeck-Hauses statt. Die Herren Collegen, die die Ausstellung beschicken wollen, werden gebeten, die betreffenden Objecte bis zum 1. April bei Herrn Dr. Arthur Lewin, Berlin W. 50, Tauenzienstrasse 13, anzumelden, sowie die Objecte selbst bis zum 15. April an Herrn H. Melzer, Berlin N., Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus) einzuschicken. Die Ausstellungsgegenstände selbst werden gegen Feuersgefahr versichert, es wird deshalb um Wertangabe der betreffenden Objecte gebeten. Die Gesellschaft haftet für Abhandenkommen und Beschädigung nicht. Alle Gegenstände sind mit genauer Adresse des Absenders zu versehen, da sonst Rücksendung unmöglich ist. Alle weiteren Auskünfte erfolgen durch die Geschäftsstelle in Berlin. Posner. Zuckerkandl. Wossidlo.

— Von dem orthopädischen Institut Rizzoli in Bologna (San Michele in Bosco) ist ein Wettbe-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werb zur Erlangung des Preises Humbert I. eröffnet, der im Betrage von 3500 Lire für das beste Werk oder die beste Erfindung auf orthopädischem Gebiet zugeteilt wird. An dem Wettbewerb können sich sowohl italienische wie ausländische Aerzte beteiligen. Schluss des Wettbewerbes ist der 31. December (n. St.) 1909. Die Teilnehmer haben sich an den Präses des Instituts Rizzoli in Bologna (Giuseppe Bacchelli) zu wenden, von dem auch die Statuten zu erhalten sind.

— Unter den Aerzten, die in den Schreckenstagen von Messina die erste ärztliche Hilfe den Verwundeten leisteten, befand sich, wie wir einem in der «Nordliv. Ztg.» veröffentlichten Briefe entnehmen, auch unser Landsmann, der Flaggmannsarzt der Baltischen Flotte, Dr. Alexander v. Bunge, welcher als Chefarzt des gerade in der Nähe von Messina ankernden russischen Geschwaders mit den ihm unterstellten Marineärzten die ersten Verbandplätze auf den Trümmerstätten Messinas errichtete.

Die Universität Heidelberg hat eine Spende von 130000 Mark zwecks Gründung eines radiologischen Instituts erhalten.

— Die Universität zu Genf feiert im Juli dieses Jahres das Jubiläum ihres 300-jährigen Bestehens.

— Die belgische medicinische Akademie hat Prof. Dr. Senator in Berlin zum auswärtigen Ehrenmitglied erwählt.

— Der amerikanische Milliardär Andrew Carnegie, der für die Robert Koch-Stiftung eine halbe Million Mark gespendet hat, ist zum Ehrenmitglied dieser Stiftung ernannt worden.

— Zum Nachfolger von Prof. Flügge auf den Lehrstuhl für Hygiene an der Universität Breslau ist Prof. Rich. Pfeiffer-Königsberg berufen.

— Der Director des pathologischen Instituts an der Universität zu Jena, Prof. Müller ist von seinem Lehramt zurückgetreten.

— Der Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität zu Lausanne, Dr. S. Eperon ist zum Professor ernannt.

— Der Verkauf ärztlicher Praxis ist ehrengerichtlich strafbar — so hat der preussische ärztliche Ehrengerichtsbeschluss neuerdings entschieden. Der betreffende Vortrag war auch von dem zuständigen Landgericht und Oberlandesgericht für nichtig erklärt worden. Uebrigens hat der ärztliche Ehrengerichtshof schon wiederholt festgestellt, dass ein Arzt, welcher die auf dem Vertrauen der Patienten beruhende Praxis einer Ware gleich durch Vertrag zu veräussern oder käuflich zu erwerben versucht, gegen die Gebote der ärztlichen Standesehre sich vergeht.

— Nach einer von dem bekannten Berliner Pädiater Prof. Dr. Adolf Baginski versuchten Berechnung des lebensrettenden Wertes der Diphtheriebehandlung mit dem Behringschen Serum, sind allein im Deutschen Reich im letzten Jahrzehnt durch das Behringsche Serum über 162000 Menschenleben gerettet worden. Dabei ist noch in Betracht zu ziehen, wie viel an Arbeitskraft und Schaffensfähigkeit durch die Abkürzung der Krankheit, die Milderung des Verlaufes und die Beseitigung der Uebertragungsfähigkeit durch die Serumbehandlung gewonnen wurde.

— Verbreitung der Cholera in Russland. In der Woche vom 25. bis zum 31. Januar erkrankten und starben an der Cholera: in St. Petersburg (mit den Vorstädten 141 (40) Personen, im Gouvernement St. Petersburg 1 (1), im Gebiet der Donkosaken 2 (1).

— Vom 4. bis zum 5. Januar erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 13 Personen, starben 6 und genasen 18. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 271 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 9987 Personen erkrankt, 3915 gestorben und 5781 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 11. bis zum 17. Jan. 1909 677 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 36. Typh. exanth. 1, Febris recurr. 128, Pocken 10, Windpocken 14, Masern 62, Scharlach 63, Diphtherie 96, acut. Magen-Darmkatarrh 75, Cholera 152, an anderen Infectionskrankheiten 40.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12521. Darunter Typhus abdominalis 576, Typhus exanth. 12, Febris recurrens 549, Scharlach 204, Masern 67, Diphtherie 180, Pocken 30, Windpocken 1, Cholera 316, crupöse Pneumonie 126, Tuberculose 592, Influenza 248, Erysipel 56, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 84, Syphilis 530, venerische Krankheiten 327, acute Erkrankungen 1854, chronische Krankheiten 1718, chirurgische Krankheiten 1441, Geisteskrankheiten 3215, gynäcologische Krankheiten 226, Krankheiten des Wochenbetts 37, verschiedene andere Krankheiten 112.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 938 + 49 Totgeborene + 59 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 18, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 17, Diphtherie 20, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 40, katarrhalische Pneumonie 159, Erysipelas 8, Influenza 16, Pyämie und Septicaemie 18, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 118, Tuberculose anderer Organe 34, Dysenterie 1, Cholera 53, Magen-Darmkatarrh 30, andere Magen- und Darmerkrankungen 41, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 48, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 266.

— Nekrolog: 1) In Moskau starb am 25. Januar der Privatdocent der Ophthalmologie Dr. N. Prawossud im Alter von 48 Jahren. Er hatte 20 Jahre an der Moskauer Augenheilanstalt gedient und war consultierender Arzt für Augenkrankheiten an verschiedenen Hospitälern Moskaus. Nach dem Tode Prof. Krjukows soll er für die Besetzung des vacanten Lehrstuhls als erster Candidat gegolten haben. 2) Am 16. Januar verstarb Dr. Lukjanowski im Mosk. Gouv. 3) am 18. Januar Dr. A. Petrow am Flecktyphus in Zarew (Gouv. Astrachan) geb. 1847, Arzt seit 1869. 4) Dr. Nedjelski in Kiew geb. 1862, Arzt seit 1893.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 5. der St. Petersburger Med. Wochenschrift Seite 67, Zeile 49 von unten ist zu lesen: Riga anstatt Dorpat.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. Febr. 1909.

Tagesordnung: 1) Hoerschelmann: Ueber Hemiatrophia facialis (mit Krankenvorstellung).
2) Dobbert: Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Febr. 1909.

Tagesordnung: Dr. Thiele: Ueber Hermaphroditismus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 7 St. Petersburg, den 14. (27.) Februar 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber Coxitis.

Von

Dr. Saarfels.

Vortrag, gehalten auf dem XX. Livländischen Aerztetage zu Riga.

M. H.! Ich werde mir erlauben, Ihnen nach dem Material des hiesigen Kinderhospitals einige statistische Daten über die tuberculöse Coxitis vorzulegen. Ich muss aber vorausschicken, dass solche Statistiken, welche zum grössten Teil auf Umfragen basieren, bei uns zu Lande gewöhnlich mehr Mühe machen als sie Resultate ergeben, weshalb sie ja auch nur selten gemacht werden. Das liegt z. T. an unseren mangelhaften Postverhältnissen, z. T. am mangelnden Verständnis der Patienten. Für unsern Fall kommt noch hinzu, dass inzwischen die Revolution nicht wenig Wohnortsveränderungen veranlasst hat. Es ist daher als ein durchaus günstiges Resultat zu betrachten, wenn ich über reichlich die Hälfte der Patienten Auskunft erhalten habe. Das ist wohl dem Umstande zu verdanken, dass die Statistik Kinder betrifft und ich mich folglich an die mehr sesshaften Familienväter zu wenden hatte.

Die Zahl der Patienten beträgt nach Ausschluss der unverwertbaren Fälle 179, für die Zeit vom Herbst 1899 bis Ende 1907, also für etwas mehr als 8 Jahre. Die Fälle aus dem Jahre 1907 beeinträchtigen die Endresultate ein wenig insofern, als unter ihnen etwas mehr noch nicht Geheilte vorhanden sind, dafür allerdings auch weniger Todesfälle.

Doch ist der Unterschied nicht so gross, dass er die Zahlen wesentlich ändert. Von diesen 179 Patienten waren 63 % Knaben, 37 % Mädchen; linksseitige Coxitis 56½ %, rechtsseitige 38½ %, doppelseitige 5 %. Es überwiegen also stark 1) die Knaben und 2) die linke Seite. Die Gründe dafür sind unbekannt.

Was das Alter anbetrifft, in dem die Erkrankung beginnt, so fällt sofort das 4. Lebensjahr mit 30 Erkrankungen auf, gegen 13½ als Durchschnittszahl der übrigen Jahre. Den Grund dafür sieht man in dem starken Wachstum der Knochenkerne um diese Zeit.

Weiter habe ich versucht, den Kalendermonat festzustellen, in dem die Krankheit begonnen hat, und dabei ein Ueberwiegen der Erkankungen im Beginn des Sommers und des Winters und im Ganzen ein Ansteigen vom Frühling bis zum Schluss des Jahres constatieren können. Wenn sich diese Beobachtung an einem grösseren Material bestätigen sollte, so wäre dadurch eine Uebereinstimmung mit den acuten Infectionskrankheiten constatiert, vielleicht auch einige Schlüsse über Infectionsmodus und Prophylaxe erlaubt.

Bezüglich der Diagnose lässt sich aus dem Material ersehen, dass die Muskelatrophie auch in frischen Fällen eine sehr constante Erscheinung ist. Ich habe für 68 Patienten Umfangsmasse der unteren Extremitäten aufgezeichnet gefunden. Keine messbare Atrophie wurde nur 1 Mal constatiert. Das Kind war nach stricter Aussage der Mutter erst 2 Tage krank, wies aber alle Symptome einer beginnenden tuberculösen Coxitis auf — bis auf die Muskelatrophie. Bei den geheilten und nachuntersuchten Kindern fehlte die Atrophie nur in 1 Fall, wo die Krankheitserscheinungen im Ganzen 2 Monate gedauert hatten.

Es wird vielleicht manchen von Ihnen befremden, dass wir diese ganz leichten Fälle ohne weiteres als tuberculöse Coxitis bezeichnen. Dafür spricht aber die Tatsache, dass bei vorgeschritteneren Fällen häufig angegeben wird, das Kind hätte schon 1 oder 2 Jahre vor der Erkrankung vorübergehend etwas gehinkt, etwa 1 oder 2 Monate lang. Das beweist, dass leichte, schnell heilende — oder scheinbar heilende — Formen tuberculöser Coxitis vorkommen. Andererseits kennen wir keine andere Krankheit, die in dieser Form aufträte.

Ich komme nun zum Wesentlichsten — den Endresultaten. Von den Todesfällen im Hospital habe ich, um sie zusammen mit den Resultaten der Umfrage verwerten zu können, nur so viele in Betracht gezogen,

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

als mir durch die Umfrage bekannt geworden waren, d. h. ich habe sie im Verhältnis der beantworteten Rundschreiben reduciert.

Es sind von den 179 Fällen 39 nachuntersucht, 38 haben schriftliche Auskunft erteilt, 16 sind im Hospital gestorben; es liegt also von 93 Patienten das Endresultat vor. Die Gesamtmortalität beträgt 24,3 %, noch krank sind 18,9 %, gesund — 56,8 %.

Die Zahl der Ungeheilten ist relativ gross wegen der kurzen Beobachtungsdauer. Nach der grossen König-schen Statistik, welche einen Zeitraum von 20 Jahren umfasst, ist die Zahl der Geheilten und der Gestorbenen grösser, die der Ungeheilten entsprechend kleiner.

Das functionelle Resultat ist in 60 Fällen bekannt. Alle können gehen, und zwar 52 ohne Hilfsmittel, 3 mit Krücken, 4 mit einem Stock, 1 mit einem Apparat. Genauere Daten besitze ich über 41 Fälle. Von diesen haben eine reelle Verkürzung 31, eine Adductionscontractur 15, eine Ankylose 24. Mit beweglicher Hüfte sind also 17 von 41 geheilt.

Behandelt wurden 105 Patienten rein conservativ, 19 mal ist eine Ausschabung des Gelenks gemacht worden, 55 mal die radicale Resection. Eine Gegenüberstellung der Resultate dieser Behandlungsmethoden hat nur einen relativen Wert, weil ja nur die schweren Fälle reseciert werden. Wo also die Resection schlechtere Resultate gibt als die conservative Behandlung, da lässt sich ein Schluss über den Wert der Methode nicht ziehen. Um so mehr fällt es aber ins Gewicht, wenn die Resection in gewissen Puncten gleiche oder bessere Resultate ergibt.

Die Sterblichkeit beträgt für die radical Resecierten — nach der erwähnten Correctur für die im Hospital Gestorbenen — 33,8 %, für die Ausgeschabten — 23,8 %, für die rein conservativ Behandelten — 19 %, ist also natürlicherweise für die Operierten grösser als für die nicht Operierten. Die Heilungsziffer beträgt für die Resecierten 47,8 %, für die Ausgeschabten 57,1 %, für die conservativ Behandelten 61,8 %. Dabei ist zu bemerken, dass weniger als $^1/_3$ der Patienten reseciert ist, also nur die schwersten Fälle. Diese Unterschiede sind also nicht so gross wie nach den Unterschieden im klinischen Bilde zu erwarten wäre. Es ist darnach verständlich, dass bei König, welcher fast die Hälfte seiner Patienten reseciert hat, diese Zahlen noch näher zusammenrücken. Würde man $^3/_4$ aller Kranken resecieren, so wären die Zahlen vielleicht gleich.

Eine auffallende Tatsache ergibt sich bei der Betrachtung der Todesursachen, für welche ich natürlich alle mir bekannten Todesfälle in Betracht ziehe.

Es starben von den 55 radical Operierten:

An Collaps	1
An directen Folgen der Coxitis (also langdauernde Eiterung, Erschöpfung, amyloide Degeneration)	5
An bereits vor der Operation vorhandener multipler Tuberculose	5
An intercurrenten Krankheiten	2
An tuberculöser Meningitis	1

In diesem letzten Fall trat die Meningitis 4 Monate nach der Resection im Anschluss an Scharlach auf.

Von den 19 Ausgeschabten starben 3, und zwar alle an Meningitis.

Von den 105 conservativ Behandelten starben:

An directen Folgen der Coxitis	2
An intercurrenten Krankheiten	2
Aus unbekannter Ursache	1
An Meningitis	6

Es entfallen also in der ersten Gruppe auf Meningitis $6^1/_2$ % der Sterbefälle, in der 2. und 3. zusammen — 64,8 %, d. i. das Zehnfache. Eine Generalisation der Tuberculose oder auch nur eine Metastase ist — bis auf die 1. Meningitis — bei keinem der radical Operierten beobachtet, und namentlich, was ich ausdrücklich betonen möchte, keine einzige in directem Anschluss an die Resection. Es wird also durch die radicale Operation die sonst auch in leichten Fällen vorhandene Gefahr der Verschleppung der Krankheit nach anderen Organen sehr wesentlich vermindert, wenngleich durch die bereits vorhandene schwere, oft multiple Erkrankung eine grössere Sterblichkeitsziffer bedingt ist als für die leichteren conservativ behandelten Fälle.

Weiter wird durch die Resection die Heilungsdauer abgekürzt. Sie beträgt für die Resecierten seit Beginn der Behandlung im Mittel ca. 18 Monate, für die Uebrigen — ca. 22 Monate. Dabei ist wieder zu berücksichtigen, dass zur ersten Gruppe viele verschleppte, häufig mit inficierten Fisteln versehene Fälle gehören. Zudem sind die Patienten der zweiten Gruppe tatsächlich viel länger krank als es scheint. Ich erinnere nur daran, dass König bei seinen Spätresectionen, welche bei conservativ Geheilten infolge von Contracturen vorgenommen wurden, in $^3/_4$ der Fälle noch tuberculöse Producte gefunden hat, also Eiter, Granulationen, Käsemassen, Knochenherde und Sequester. Dementsprechend erhält man bei der Nachuntersuchung auf die Frage nach Schmerzen von Nichtoperierten oft die Antwort: „Zuweilen, bei schlechtem Wetter." Die Resecierten waren immer ganz schmerzfrei. Es folgt aus alledem, dass der zahlenmässige Unterschied der Heilungsdauer durch die tatsächlichen Verhältnisse noch bei weitem übertroffen wird.

Es ist nach alledem wohl anzunehmen, dass die Aussichten quoad sanationem bei der Resection bessere sind als bei conservativer Behandlung, wie das ja auch aus anderen Berichten hervorgeht. Was die allgemeine Anwendung der Resection für alle Patienten unmöglich macht, ist das in vielen Fällen schlechtere functionelle Resultat, und zwar in erster Linie die unvermeidliche Verkürzung. Bei conservativer Behandlung, einschliesslich einer Ausschabung des Gelenks, stellt sich in vielen Fällen gar keine Verkürzung ein — ich habe das in 10 Fällen bei der Nachuntersuchung feststellen können, und wo sie vorhanden ist, beträgt sie im Mittel 3 cm. Nach der Resection haben wir im besten Fall 2 cm. Verkürzung, im Mittel 5,8 cm. Die bei uns in 4 Fällen mit conservativen Methoden erreichte klinische restitutio ad integrum ist natürlich nach einer Resection unmöglich.

Was die Beweglichkeit der Hüfte betrifft, so liegen die Chancen günstiger für die Resection, denn sie hat in 5 von 13 Fällen bewegliche Hüften geliefert. Von den conservativ Behandelten schliesse ich die 4 mit der restitutio ad integrum aus, weil sie doch für eine Operation nicht in Betracht kämen, sowie weitere 3 leichte Fälle, welche noch nicht geheilt sind. Es bleiben dann — wenn man die Ausgeschabten hinzurechnet — von 24 — 4 bewegliche Hüften, welche eine wirkliche Pseudarthrose haben.

Uebrigens ist es zum mindesten fraglich, ob diese Patienten mit Pseudarthrosen denen mit Ankylosen gegenüber im Vorteil sind. Mehrere von ihnen hatten eine tauchende, wenig ausdauernde Gangart, wie sie für die congenitale Luxation typisch ist. Auch die Verkürzung ist bei ihnen durchschnittlich grösser, da ja bei stärkerer Deformität des Gelenks nur die Ankylose ein Hinaufrücken des obern Femurendes auf das Darmbein sicher verhindern kann.

Wichtig für die Function ist noch bei eingetretener Ankylose die Stellung des Oberschenkels zum Becken. Die ideale Stellung in leichter Abduction und Flexion

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lässt sich auch bei sorgfältiger und langdauernder Behandlung bei weitem nicht immer dauernd sichern, und zwar hauptsächlich wegen der Neigung zur Adduction. Es findet sich bei den mit Ankylose geheilten Fällen eine Adductionscontractur bei 4 von 7 Resecierten, bei 9 von 14 nicht Resecierten, also bei letzteren etwas öfter. Wenn wir noch die häufigere Pseudarthrosenbildung nach der Resection in Betracht ziehen, so ergibt sich, dass auch die Contractur häufiger durch die Resection verhindert wird als bei conservativer Behandlung und bei weniger radicalen Operationsmethoden.

Zum Schluss will ich versuchen, aus der Betrachtung des uns vorliegenden Materials einige Schlüsse darüber zu ziehen, wie sich die Resultate der Behandlung verbessern liessen. Da ist vor allem das späte Erscheinen der Kranken zu erwähnen. In den 3 ersten Krankheitsmonaten kommt nur $^1/_4$ der Kranken in Behandlung, die grössere Hälfte erscheint nicht vor $^1/_2$ Jahr. Nur ganz vereinzelte Fälle sind vor der Aufnahme lege artis behandelt worden, die meisten haben nur Hausmittel angewandt. Sehr schlimm steht es auch mit der Ausdauer der Patienten. Sie sind in unserer Beobachtung im Durchschnitt etwa 3 Monate verblieben, während die mittlere Krankheitsdauer nach Beginn der Behandlung $20^1/_2$ Monate betrug. 68 Patienten sind nur 1 Monat oder noch kürzere Zeit behandelt worden.

Eine Besserung dieser Verhältnisse erwarten wir von der aufklärenden Tätigkeit des practischen Arztes. Das Ideal wäre natürlich, die Patienten schon in den ersten Krankheitswochen in Behandlung zu bekommen und bis zur definitiven Heilung in Beobachtung zu behalten.

Was die Behandlung selbst betrifft, so dürfte eine etwas ausgedehntere Anwendung der Resection bessere Resultate liefern. Namentlich kann man unbedenklich die Resection in allen den Fällen empfehlen, wo eine nennenswerte Verkürzung ohnehin zu erwarten ist, also bei jeder stärkeren Knochenzerstörung, weiter bei jeder Erkrankung, welche deutliche Allgemeinsymptome verursacht, denn die Meningitisgefahr ist hier eine recht grosse.

Das functionelle Resultat kann höchst wahrscheinlich gebessert werden durch Abschaffung der Stützapparate. Die Mehrzahl der Patienten hat kürzere oder längere Zeit den hier in Riga hergestellten und relativ billigen Apparat getragen; doch ist man im Kinderhospital zur Ueberzeugung gekommen, dass dieser Apparat die Hüfte nicht genügend fixiert und namentlich die Abductionsstellung in keiner Weise garantiert. Er begünstigt also die Pseudarthrosenbildung und die Adductionscontractur. Erfahrungen mit dem wesentlich vollkommeneren und auch wesentlich teurern Hessingschen Apparat stehen uns nicht zu Gebote; er wird auch meines Wissens in Riga nicht hergestellt.

Infolge dieser Erfahrungen sind im Kinderhospital seit dem vorigen Jahr 1) die Indicationen für die Resection erweitert worden, und zwar ist jedesmal nur die radicale Resection, nicht die blosse Ausschabung gemacht worden, welche wesentlich schlechtere Resultate liefert; 2) ist der Stützapparat durch den Gypsverband ersetzt worden, und zwar nicht nur für die conservativ Behandelten, sondern auch für die Resecierten. Mit den seit Einführung dieser Veränderungen erzielten Resultaten kann man, soweit sich das schon jetzt beurteilen lässt, sehr zufrieden sein. Zahlenbelege lassen sich wegen der kurzen Zeit noch nicht beibringen.

Ich möchte aber zur Stütze dieser Ansichten darauf hinweisen, dass König an der Hand eines Materials von fast 600 Coxitikern genau dieselben Erfahrungen gemacht hat.

Bemerkungen zur Novozon-Therapie.

Von

Dr. med. Friedr. Hinz-Berlin.

Nachdem ich die Novozon-Präparate in die Praxis eingeführt und nunmehr schon 8 Jahre ihrer weiteren Prüfung gewidmet habe, ist es selbstverständlich, dass ich die Literatur über Novozontherapie mit regem Interesse verfolge, zumal, wenn es sich um so gediegene Arbeiten handelt wie um die casuistischen Beiträge zur Novozon-Therapie in Nr. 43, 1908 dieser Wochenschrift von Dr. v. Kügelgen. Es sei mir daher gestattet, im Anschluss an die 4. in genannter Arbeit veröffentlichten Fälle von Novozonbehandlung mit einigen Bemerkungen hervorzutreten, die, wie ich glaube, geeignet wären, bei eventuellen weiteren Versuchen die Arbeit zu erleichtern resp. zur Ausschliessung von Irrtümern und damit zur Erzielung von unbeschränkterer Wirkung des Novozons beizutragen.

Für solchen Zweck käme zunächst die Technik der Anwendung in Betracht, die für Novozonpräparate von derselben Bedeutung ist wie für viele andere Medikamente. Zweckentsprechende Dosierung des betreffenden Novozonpräparats, besonders zu Beginn der Behandlung ist ein wesentliches Erfordernis für die Wirkung, umsomehr als die Toleranz der einzelnen Individuen für Novozon ungemein verschieden ist. Durch unrichtige Dosierung werden leicht unerwünschte Nebenwirkungen (Kollern im Leibe, Durchfall, Leibschmerz) hervorgerufen, die den Kranken belästigen, den Eintritt der richtigen Wirkung des Mittels meist erheblich verzögern, ja sogar dadurch ganz vereiteln können, dass sie den Kranken sowohl wie den Arzt von der Fortsetzung der Behandlung abschrecken. Zur Feststellung der leitenden Gesichtspuncte für die Behandlung des speciellen Falles ist nicht selten eine gewisse Zeit erforderlich, und es muss hier hervorgehoben werden, dass besonders bei chronischen Krankheiten eine Beobachtungsdauer von 2 Wochen durchaus nicht hinreicht, um ein endgültiges Urteil über die Novozonwirkung zu gestatten. Bisweilen vergehen allein schon 2—3 Wochen, bis der Organismus des Kranken an die gradatim zu steigernde Einfuhr des Novozon soweit gewöhnt ist, um grössere wirksame Dosen von 1 Gramm und darüber zu vertragen, und nicht immer ist dann dies gleich das Novozon purum, sondern häufig ein schwächeres Präparat. Um die eintretenden Erscheinungen richtig zu bewerten, darf ferner die zweifache Wirkung des Novozon nicht ausser Acht gelassen werden; einerseits wirkt es durch seinen Magnesiumgehalt, andererseits durch den sich abspaltenden Sauerstoff. Der Magnesiumgehalt steigert die Alkalescenz des Blutes, welche ihm grössere Lösungsfähigkeit der in den verschiedenen Organen abgelagerten Harnsäure verleiht, sodass nicht nur die täglich sich bildende und die mit der Nahrung fertig eingeführte, sondern auch noch ein Plus aus der in den Organen und Gelenken abgelagerten Harnsäure in die Blutbahn gelangt (cf. Haig). Durch Parallelversuche an 2 annähernd gleichen Kranken, von welchen dem einen eine Mischung von Magnes. carb. und Magnesiumoxyd, dem anderen Novozon gereicht wird, kann man sich leicht überzeugen, dass in dem einen Falle die Harnsäurelösung und Ausscheidung, in dem andern die energischere Oxydation der Harnsäure zu Harnstoff in den Vordergrund tritt. Je allmählicher man die zunehmenden Dosen steigert, destomehr hat der Organismus Zeit, sich der Verarbeitung des Novozons zu adaptieren und umso vollständiger geht die Verbrennung der Harnsäure zu Harnstoff vor sich. Bei Gicht und anderen Harnsäurekrankheiten tritt dies häufig erst im 2-ten oder 3-ten Monat ein. Ueberhaupt

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schwankt ja auch der Verlauf von Harnsäurelösung, ihrer Ausscheidung und Verbrennung je nach den verschiedenen Einwirkungen auf den Organismus wie Kälte, psychische oder physische Erregungen, Schwitzproceduren u. a. Durch solche und ähnliche Einflüsse kann auch der stricte Nachweis der Sauerstoffwirkung in den ersten paar Wochen der Novozon-Therapie bisweilen recht compliciert und schwierig werden.

Sodann ist die Regulierung der Darmentleerung bei der Novozontherapie überaus wichtig. Der Patient muss täglich auf 2—3 malige breiige Ausleerungen durch Novozon gebracht werden, wobei natürlich die innerhalb 24 Stunden eingeführte Flüssigkeitsmenge von Bedeutung ist. Die vergrösserte Menge frisch gelöster Harnsäure im Blute erheischt zu ihrer Verdünnung verstärkte Flüssigkeitszufuhr, ohne welche leicht eine nachteilige Wirkung der Harnsäure auf das Nierenepithel erfolgt, die durchaus vermieden werden muss, weshalb die Flüssigkeitseinnahme der Patienten gegen früher oft bis auf das doppelte Quantum täglich gesteigert werden muss. Flüssigkeitsbeschränkung in der Novozontherapie, die doch eine Ausführungscur der Abfallstoffe darstellt, ist überhaupt nicht angebracht.

Die meisten dieser Hinweisungen wären wohl mit Nutzen auf den Fall 1 der Arbeit von v. Kügelgen anwendbar gewesen. Da dies nicht geschah, kann man aus demselben zwar kein durchaus positives, noch weniger aber ein negatives Resultat für die Novozonwirkung entnehmen. Die auffällige Abnahme der Schmerzhaftigkeit der Gelenke hängt nach meiner Erfahrung indess wohl von eingetretener Lösung der daselbst abgelagerten Harnsäure ab.

Fall 2 weist von Beginn der Behandlung auf unzweckmässige Dosierung hin, denn Patient klagt schon vom 2-ten Tage ab über Magenschmerz und Kollern im Leibe. Die Dosis von $1^1/_2$ Gramm war offenbar zu gross, hätte viel niedriger gegriffen und in genügender Menge schleimiger Flüssigkeit (Haferschleim oder Milch), bei sehr empfindlichem Magen vielleicht sogar warm gereicht werden müssen. Zwecks besserer Angewöhnung an das Mittel müsste zuerst wohl besser Novozon-Kakao oder Novozon-Eiweiss gereicht werden mit allmählichem Uebergang auf Präparate mit stärkerem Sauerstoffgehalt, womit Durchfall und Leibkollern vermieden worden wäre. Wo auf Novozoneinfuhr Durchfall und flüssige Stühle eintreten, oder auch dort, wo die Defäcation noch fest oder breiig ist, jedoch mehr als 3—4 mal täglich erfolgt, da ist der Stuhlgang meist grau oder weissgrau gefärbt, was eine Folge des nicht resorbierten Novozons ist. Verliert aber der Patient bei Novozongebrauch den Appetit, so ist das ein Hinweis darauf, dass sein Magen mangelhaft Salzsäure absondert. Die spärlich vorhandene Salzsäure wird dann für die Lösung des Novozons so stark in Anspruch genommen, dass man das für die Verdauung erforderliche Quantum von Salzsäure durch Salzsäuredarreichung ersetzen muss. Ohne dies tritt sehr bald Abneigung des Kranken gegen Novozon ein, besonders gegen Novozon purum. Für Fall 2, meine ich, wäre eine mit kleinen Dosen beginnende, vorsichtig steigende Behandlung zweckmässiger gewesen und hätte ungleich bessere Resultate ergeben. Aber selbst trotz der durch die unzweckmässige Dosierung verschobenen Grundbedingungen für normale Wirkung des Novozons und trotz der dadurch behinderten Resorption desselben, weist die vergrösserte Tagesmenge des Urins und die Verbesserung des Pulses auch hier deutlich auf eine partielle Wirkung des Novozons hin.

In Fall 3 sind es wohl die zu schnell gesteigerten Dosen, welche die Unzukömmlichkeiten hervorriefen. Vom 9. Juni ab, also vom 7-ten Behandlungstage hätten die Dosen verringert oder wenigstens 1—2 Tage ausgesetzt werden müssen. Statt dessen hat Patient 9 Tage lang flüssige Stühle gehabt, wodurch die Harnausscheidung vermindert und die Novozonwirkung undeutlich wurde, während die Nachperiode trotzdem eine deutliche Verstärkung der Diurese, also der Novozonwirkung, zeigt. Als eine weitere Nachwirkung muss die geschilderte Hauteruption betrachtet werden. Solche Efflorescenzen mit oder ohne Begleitung von Nachtschweissen sind häufige Erscheinungen bei Novozonbehandlung, die meist in der 2. oder 3. Woche hervortreten. Die merkliche Besserung des Befindens des Kranken sehe ich für die Nachwirkung des Novozongebrauchs an, die in der Mehrzahl der Fälle beobachtet wird.

Fall 4 steht im allgemeinen ebenfalls unter dem Einfluss zu grosser Dosen, während die Verschlechterung des subjektiven Befindens wohl auf die wiederholten Katheterisierungen zurückgeführt werden muss, wie das vielfach beobachtet und von den Urologen bestätigt wird. Immerhin ist aber auch in diesem Falle noch eine deutliche Wirkung des Novozons ersichtlich, denn die Tagesmenge des Urin steigt um $^1/_2$ Liter, die vorhandenen Spuren von Eiweiss schwinden, Chloride und Harnstoff nehmen zu. Dass auch die Harnsäure zunächst zunahm, dürfte sich aus meinen oben gemachten Ausführungen erklären.

Der Annahme v. Bunges, dass vermehrte Harnsäurebildung bei der Gicht nicht Ursache, sondern Symptom sei, kann ich deshalb nicht beipflichten, weil ich das verstärkte Auftreten der Harnsäure als eine Folge der vergrösserten Lösung derselben durch Novozon oder andere Medikamente oder Einflüsse betrachte, wodurch eine grössere Menge gelöster Harnsäure sowohl zu Harnstoff oxydiert wie auch ausgeschieden wird.

Schliesslich möchte ich noch einige Worte zu den Anmerkungen von Kügelgens auf Seite 554 sagen. Auf Grund meiner Erfahrungen in der Novozontherapie stimme ich der ersten Anmerkung vollkommen bei. Dosiert man vorsichtig, verringert man nötigenfalls rechtzeitig die Dosis, setzt sie vielleicht zeitweise ganz aus, oder ändert das gereichte Präparat, so kann man in den allermeisten Fällen wohl jede unerwünschte Nebenwirkung vermeiden.

Bezüglich der zweiten Anmerkung glaube ich hervorheben zu müssen, dass die von Möller erwähnten Fälle zwar selten, aber dennoch vorkommen und wohl auf dem stärkeren Oxydationsbedürfnis des betreffenden Organismus beruhen. In solchen Fällen muss dann die Erhöhung der Dosis versucht werden.

Die in Anmerkung 3 aufgezählten Beschwerden sehe ich in der Mehrzahl der Fälle als durchaus nicht unerwünschte Reactionserscheinungen an, die meist unschwer von den Kranken ertragen werden. Ich schreite gegen solche auch nur soweit ein als nötig, um sie nicht lästig werden zu lassen. Richtige Dosierung bei verstärkter Flüssigkeitszufuhr ist am meisten geeignet, solche Erscheinungen nicht aufkommen zu lassen, was die in der Anmerkung genannten Collegen inzwischen wohl selber durch eigene Erfahrungen festgestellt haben.

Dass die mit Umsicht und Fleiss gemachten Versuche des Collegen v. Kügelgen nicht gleich das erste Mal ganz zufriedenstellende Resultate ergaben, darf indess weiter nicht abschrecken. Wäre es doch unbillig, zu verlangen, der Experimentator müsse bei Nachprüfung jedes neuen Mittels gleich die Technik der Anwendung beherrschen und auf Grund seiner Erstlingsversuche schon eine erschöpfende Meinung über die Wirkung des Medikaments abgeben können. Deutliche, wenn auch nur teilweise Novozonwirkung ist ja in den geprüften Fällen auch zu Tage getreten, und mehr werden auch wohl andere Experimentatoren anfänglich nicht erreicht haben. Der grossen Zahl unzweifelhafter Erfolge gegenüber, die mit der Novozontherapie bereits überall erzielt werden, wollen einige Fälle weniger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

glücklicher Anfangsversuche schliesslich ja auch wenig bedeuten. Ich hoffe, dass eventuelle weitere Prüfungen unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen bald Resultate ergeben werden, die denen früherer Autoren auf dem Gebiete der Novozontherapie näher kommen werden. Auf Grund meiner und fremder 8-jährigen Erfahrungen halte ich das Novozon für ein sehr wertvolles, höchst brauchbares Mittel. Seine Wirksamkeit beruht auf der Fähigkeit, die gesunkene vitale Energie der Gewebszelle wieder annähernd auf ihre normale Höhe zu bringen, die Atemgrösse und ihre Frequenz, sowie die Herztätigkeit anzuregen und die Ausscheidung der Abfallstoffe erheblich zu fördern. Auf dieser Grundlage glaube ich das Novozon gegen Stoffwechselstörungen jeder Art als sicheres und wirksames Mittel unbedingt empfehlen zu können. Seine Anwendung erfordert freilich eine gewisse Uebung.

Die Anschauungen über Sauerstofftherapie, welche die überaus gediegene Arbeit von Dr. Raue Nr. 48 (1908) dieser Wochenschrift entwickelt, sind durchaus beherzigenswert. Wenn er meint, in allen Culturländern trachte man auf allen möglichen Gebieten danach, die günstigen Wirkungen des Sauerstoffs prophylactisch sowohl als auch für Heilzwecke auszunutzen, und deshalb sollte man auch in der medicinischen Praxis in Zukunft diesem eben so einfachen wie schönen Mittel grösseres Interesse zuwenden als bisher, so kann solche Stellung zur Sache nur zweckentsprechend erscheinen. Bedarf doch die in mancher Hinsicht noch unaufgeklärte Wirkungsweise des Sauerstoffs in der Novozon- resp. Sauerstofftherapie, wie alles in der Wissenschaft, ohne Frage noch „mehr Licht".

Ueber die Behandlung der Placenta praevia.

Sammelreferat von Dr. W. Beckmann.

In letzter Zeit ist die Frage von der Behandlung der Placenta praevia von neuem aufgerollt, wobei sich einige moderne Geburtshelfer davon leiten lassen, dass das Recht des Kindes aufs Leben höher einzuschätzen sei als bisher. Da diese Frage auch den practischen Arzt interessiert, sei es gestattet, auf einige neuere Arbeiten über dieses Thema hinzuweisen.

W. Hannes (Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 42) berichtet über die Resultate der in der Küstner'schen Klinik geübten Behandlungsmethoden. Er bricht eine Lanze für die intraamniale Hystereuryse, mit der eine Gesamtmortalität der Mutter von 5 pCt. (6 auf 119 Fälle) erzielt wurde. Dadurch wurden die bestmöglichen Chancen für die Mutter geschaffen, da mit combinierter Wendung nach Braxton Hicks Hammerschlag 6,3 pCt. Zweifel 7,8 pCt. und Freund 10,1 pCt. mütterliche Gesamtmortalität verzeichnen. Hannes verlor zwar 2 Frauen an Luftherz, meint aber dieses falle dem Metreurynter nicht zur Last, weil sowohl die Hand, welche den Ballon einführt, als auch die zur Wendung eingeführte Hand Luftembolie verursachen kann. Nur eine Frau ging an Pyämie zu Grunde (0,8 pCt.), die übrigen an Herzfehler resp. Anämie oder Verblutung aus einem Cervixriss. Hannes berechnet für sein Verfahren 57,5 pCt. lebende Kinder, also vielmehr als für die combinierte Wendung, bei welcher Hammerschlag nur 16 pCt. lebende Kinder erhielt. Die Hystereuryse wird daher dem practischen Geburtshelfer als bestes und souveränes Mittel bei der Behandlung der Placenta praevia empfohlen.

P. Esch (Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 39) berichtet über einen Fall von Luftembolie bei Placenta praevia, welche bei der Wendung nach Braxton Hicks zustande kam und weist auf 7 ähnliche Fälle hin, bei welchen es zu Luftembolie bei der combinierten Wendung kam. Er rät bei der Ausführung dieser Operation die Seiten- Bauch- und Knie-Ellenbogenlage zu vermeiden und bei der Rückenlage das Becken etwas höher zu lagern, damit die Luft vermöge ihres geringen specifischem Gewichtes an dem eingeführten Arme wieder vorbei nach aussen gelangen könne.

B. Krönig (Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 46) sieht den Schwerpunct der Behandlung der Placenta praevia in der Blutstillung. Trotz Wendung und Tamponade kommen selbst in den Kliniken Blutverluste von 1000—1200 ccm. und mehr vor. Diesen Blutverlusten gehen solche während der Schwangerschaft bei geschlossenem Muttermunde voraus. Ebenso blutet es auch nach Ausstossung des Kindes, weswegen in 6—10 pCt. der Fälle die Placenta manuell gelöst werden muss. Selbst darnach blutet es dazwischen trotz Dührssen'scher Utero-Vaginal-Tamponade weiter bis der Exitus eintritt. Bekanntlich hängt die Blutung meist davon ab, dass die im Isthmus und oberen Teil der Cervix verlaufenden mütterlichen Gefässe infolge der Wehentätigkeit zwar zerreissen, infolge der mangelnden Kontraction der Isthmuswand aber nicht zum spontanen Verschluss gebracht werden können. Lässt sich jede Dehnung des Isthmus verhindern und dieser Teil des Geburtsschlauches während der Geburt umgehen, so kann es zu keiner profusen Blutung kommen. Dieses lässt sich durch möglichst hohe Ausführung des klassischen Kaiserschnittes erreichen. K. hat die Operation 6 mal ausgeführt, wobei 5 Frauen weniger als 300 grm. Blut verloren, nur in 1 Fall, in welchem der Cervicalcanal schon für 3 Finger durchgängig war, betrug der Blutverlust ca. 800 gr. Sollte es nach der Extraction des Kindes bluten, so lässt sich die blutende Stelle unter Controlle des Auges gut tamponieren, oder es könnte die supravaginale Amputation nötigenfalls angeschlossen werden. Bei bereits eröffnetem Muttermunde hat der Kaiserschnitt natürlich keinen Sinn, da der Isthmus schon ad maximum geweitet ist. Hier muss die Wendung ausgeführt werden. Bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode rät K., falls Massage und heisse Spülung nicht bald zum Ziele führen, die supravaginale Amputation des Uterus auszuführen. Ist die Frau bereits inficiert, so unterbleibt der klassische Kaiserschnitt. In solchen Fällen mache man den vaginalen Kaiserschnitt wenn die Placenta hinten sitzt; sitzt die Placenta vorn so behandle man nach Braxton Hicks.

E. Opitz (Centralbl. f. Gyn. 1908, pag. 1502) bespricht die Prophylaxe der Luftembolie und rät im Gegensatz zu Esch (siehe oben) bei allen geburtshülflichen Operationen auf dem Querbett und ganz besonders bei der Placenta praevia den Oberkörper der Frau zu erhöhen. Dabei sinkt der Uterus beckenwärts, die Scheide wird eher verkürzt und ein Ansaugen von Luft findet nicht statt. Ausserdem bleibt ein positiver Druck in den Blutgefässen des Beckens und des Uterus erhalten. Bei erhöhtem Steiss nach Esch dringt die Luft in die Scheide und besteht ein negativer Druck im Unterleibe. Am grössten ist die Emboliegefahr bei der Ausführung des suprasymphysären Kaiserschnittes, den Sellheim bei der Placenta praevia (Centralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 40) vorschlägt. Hierbei wird in Beckenhochlagerung der Placentarboden in weiter Ausdehnung freigelegt.

Gegen den erwähnten Vorschlag Sellheims polemisiert W. Hannes in einer weiteren Arbeit (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 3), in welcher er gleichzeitig über 246 Fälle von Placenta praevia berichtet. Der Ballon muss stets in die Eiblase (also niemals bei stehender Blase) gebracht werden. Es wird mit 500—650 Ccm. steriler Flüssigkeit angefüllt und an ihm ein Gewichtszug von 600—800 gr. angebracht. Bei voller Eröffnung und bestehender Blutung muss sofort entbunden werden. Die Kolpeuryse ist durch die Hystereuryse völlig verdrängt. In 60% aller Fälle wurde die Ballonbehandlung durchgeführt, dabei kamen von den Kindern, die bei Eintritt in die Beobachtung ungeschädigt und lebensfähig waren, 70% lebend zur Welt. In den Fällen, wo freie Eihäute zu tasten waren, wurde die Blase gesprengt und die Geburt der Natur überlassen, dabei kamen alle lebensfähigen Kinder auch lebend zur Welt. Bei voller Eröffnung ergab die innere Wendung von 6 lebensfähigen, 5 lebensfrische Kinder in der Klinik, und 15 lebende Kinder in 19 Fällen in der Poliklinik. Nur selten konnte an den zangengerechtstehenden Kopf der Forceps angelegt werden, denn dann blutet es bei Placenta praevia nicht mehr, dabei wurde von 3 lebensfähigen Kindern 1 lebend extrahiert. Die combinierte Wendung nach Braxton Hicks wird in der Klinik nicht mehr ausgeführt in der Poliklinik ergab sie eine kindliche Mortalität von 82 pCt. (Hommerschlag fand 84 pCt.). Die jetzt verlassene Kolpeuryse ergab in 4 Fällen nur 1 lebendes Kind. Gaze- und Wattetamponade der Scheide wird verworfen und nur als Notbehelf angewandt. Sie ist gefährlich wegen der Infectionsgefahr. Tatsächlich ging 1 von den beiden tamponierten Frauen septisch zu Grunde. Das Gesamtresultat für die Kinder: in der Klinik sind 60 pCt. der Kinder lebend geboren, lebensfähig gewesen und am Leben geblieben, in der Poliklinik sogar 75 pCt.! Fürwahr ein glänzendes Resultat. Die Gesamtmortalität beträgt für die Mütter 6,6 pCt. und zwar speciell bei der Hystereuryse 5,5 pCt. Todesursachen bei der Hystereuryse: 2 mal Luftherz, einmal Herzfehler, einmal Anämie, einmal Verblutung aus einem Cervixriss, 3 mal Sepsis. Von den anders behandelten Frauen starben 3 an Anämie und je eine an Luftherz, Eclampsie, Herzfehler, Uterusruptur und Sepsis (tamponiert eingeliefert).

Auf Grund dieser Zahlen spricht sich H. durchaus und warm für die Hystereuryse aus und erachtet den von Sellheim empfohlenen cervicalen Kaiserschnitt und den von Krönig empfohlenen Kaiserschnitt als unnötig. Tamponade

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nach der Geburt hat H. nie nötig gehabt. Somit fällt auch die Trennung der Geburtshilfe nach Krönig in die der Klinik und der Praxis weg. Mir scheinen die Zahlen von Hannes so beweiskräftig, dass die Methode von Braxton Hicks, für welche Henkel in seiner Arbeit (Arch. für Gyn. Bd. 86. H. 3) für die Praxis Propaganda macht, von jetzt an in den Hintergrund zu treten hat.

Die Resultate von Herffs (Beiträge zur Gebh. und Gyn. Bd. 13 H. 3) sind bedeutend schlechter als die von Hannes. Es ergaben 120 Fälle eine mütterliche Mortalität von 7,5pCt. und eine Kindersterblichkeit von 60 pCt. Angewandt wurden: Scheidentamponade (meist Kolpeuryse) 6 Mal, Blasenstich 18 Mal, 44 frühzeitige Wendungen, 14 Wendungen aus Beckenendlage, 28 rechtzeitige Wendungen und 21 Hystereurysen. Als Todesursachen wurden verzeichnet: 3 Mal Sepsis, 3 Mal Luftembolie, 4 Mal Verblutung ex atonia uteri. Da die Mortalität beim klassischen Kaiserschnitt immer noch 4 pCt. beträgt, so glaubt v. Herff nicht an die Möglichkeit durch diese Methode die Sterblichkeit der Mütter herabzusetzen, auch glaubt er nicht, dass die Verblutungsgefahr vermindert würde. Die Sterblichkeit der Kinder könne zwar durch den Kaiserschnitt herabgesetzt werden, doch sieht er dies als Nebensache an.

Aus den angeführten Arbeiten scheint dem Referenten hervorzugehen, dass fürs erste die von Sellheim und Krönig empfohlenen neuen Behandlungsmethoden der Placenta praevia durch cervicalen resp. klassischen Kaiserschnitt nicht anzuwenden sind, dagegen von den alten Methoden einer zielbewussten und frühzeitigen Metreuryse das Wort geredet werden darf.

Referate.

J. Honorowski: Gleichzeitige Differentialfärbung von Bindegewebe, Muskelgewebe und elastischer Fasern. (Przegląd lekarski. 1908. Nr. 44).

H. empfiehlt eine neue Färbemethode, mit der er immer gute Contrastbilder erhalten zu haben angibt, die noch nach 4 Monaten ihre Farben vollkommen bewahrten. — Es werden 3 Lösungen bereitet:

Lösung I: Haematoxylini crystall. in subst. 0,2
Resorcin-Fuchsin (Grübler) in subst. 0,02
Alcohol 70°—100,0.

Lösung II: Liq. ferri sesquichlor. Pharm. 1 ccm.
Acidi muriat. concentr. puri 2 ccm.

Lösung III: Fuchsini S. 0,1
Acidi picronitrici concentr. (aquosi) 100,0.

Unmittelbar vor dem Gebrauch wird auf je 5 ccm. der Lös. I ein Tropfen der Lös. II hinzugesetzt. Möglichst feine Schnitte des in Peraffin gebetteten Präparates werden in dieser Mischung durch 12—24 Stunden gefärbt, dann, nach Auswaschen in Wasser (aus der Wasserleitung) auf ½ Minute in die Lösung III getaucht, darauf in 96° Alcohol, Carbolxylol, Xylol, endlich Einschliessen in Canadabalsam. Das Bindegewebe wird rot, das Muskelgewebe gelb, die Zellkerne dunkelgrau, die elastischen Fasern (selbst die allerfeinsten) fast schwarz gefärbt.

W. Dörbeck.

K. Mayer, stud. med. Anwendung des Magnetismus zur Bestimmung der unteren Grenze des Magens und von Speiseröhreerweiterungen. (Przegląd lekarski. 1909. Nr. 2).

Mayer schlägt zur Bestimmung der unteren Magengrenze folgende Methode vor, die er an sich selbst und an Patienten geprüft hat. Der zu untersuchende Patient verschluckt ein kleines mit einer Kautschukhülle versehenes und an einer langen, feinen Schnur befestigtes Stück Magneteisen und wird darauf mit der vorderen Körperfläche vor eine Bussole gestellt. Letztere ist an einem vermittels einer Kurbel in verschiedener Höhe verstellbaren Stativ befestigt. Durch abwechselndes Heben und Senken der Bussole wird diejenige Höhe bestimmt, bei welcher die Nadel der Bussole am deutlichsten von dem verschluckten Magneteisenstückchen beeinflusst wird. Die gefundene Höhe entspricht der Lage des verschluckten Magnets, resp. der unteren Magengrenze (oder event. der Speiseröhreerweiterung).

W. Dörbeck.

Radliński: Weitere Erfahrungen mit Excision der Funiculargefässe bei der radicalen Herniotomie. (Przegląd lekarski 1908. Nr. 49).

In einer früheren Arbeit (Rocznik lekarski 1907, Bd. I. H. III) hat R. eine von ihm vorgeschlagene Modifikation der Radicaloperation bei Hernia inguinalis beschrieben, die darin bestand, dass er die Gefässe des Samenstranges mit Ausnahme der Art. deferentialis entfernte. Im vorliegenden Artikel werden die anatomischen Verhältnisse, auf denen die Modification begründet ist, nochmals zusammengefasst und die Vorzüge der modificierten Operation auf Grund klinischer Erfahrung erörtert.

Der Hoden wird von 3 Arterien mit Blut versorgt: 1) von der A. spermatica interna (aus der Aorta), 2) von der A. funicularis (aus d. A. epigastrica inferior) und 3) von der A. deferentialis (aus dem System d. A. hypogastrica). Zwischen diesen 3 Aesten bestehen reichliche Anastomosen, dank welchen der Blutzufluss zum Hoden bei einer Sperrung der Art. spermat. int. oberhalb der Einmündung der Hauptanastomose mit der A. deferentialis (etwa 2 ctm. über dem oberen Pol des Testikels) nicht dauernd beeinträchtigt wird. Die A. deferentialis ist durch ein festeres Bindegewebe mit dem Vas deferens eng verbunden, während die übrigen zum Funiculus spermaticus gehörenden Gefässe, von loserem Bindegewebe umhüllt, sich leicht auf stumpfem Wege isolieren lassen. Ist diese Isolierung bei der Operation zustande gebracht, so unterbindet Verf. die A. spermat. interna 2 Finger breit über dem oberen Pol des Hodens und excidiert die isolierten Gefässe des Samenstranges. Beim Operieren einer Varicocele wird durch die Modification nach Radlinski das oft so mühevolle Aufsuchen und Isolieren der Art. spermat. interna unnötig; es genügt vollkommen, das Gefässbündel des Samenstranges in toto auf der oben angegebenen Höhe zu unterbinden, nachdem nur das Vas deferens mit den ihm fest anliegenden a. n. vv. deferent. vom übrigen Gefässbündel gesondert ist, und das Letztere auf einer Strecke von 4—5 ctm. zu excidieren. Beim Ausführen der Radicaloperation nach Bassini biete die vorgeschlagene Modification insofern einen grossen Vorteil, als beim Vernähen der Fasern der Mm. obliquus internus und transversus einerseits und des ligam. Poupartii andererseits die Oeffnung für den übriggebliebenen Teil des Funiculus spermaticus nur so gering zu sein braucht, dass sie fast der gewöhnlichen Entfernung zwischen 2 aufeinanderfolgenden Nähten entspricht, ein Umstand, der zur Verhütung von Recidiven wesentlich beiträgt. Ferner erleichtere der unbedeutende Umfang des Funiculus beim obenbeschriebenen Verfahren auch die Naht der oberen Schichten der Bauchwandungen. Die nach der Bassinischen Operation so häufig auftretenden und die Nachbehandlung störenden Schwellungen des Scrotums und Testikels werden beim Operieren nach R. weniger häufig und in geringerem Masse beobachtet.

R. hat im Ganzen 32 Fälle nach der beschriebenen Weise mit gutem Erfolge operiert. Für contraindiciert hält er sein Verfahren in Fällen, wo die Gefässe des Vas deferens während der Operation etwa lädiert wurden, und bei Jünglingen unter 14—16 Jahren, da der Blutzufluss aus der Art. deferentialis allein für den noch in der Entwickelung begriffenen Testikel vielleicht doch unzureichend sein dürfte.

W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. E. Sonnenburg: Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis) 6. Auflage. Leipzig, F. C. Vogel 1908. Pr. 6 Mark.

Sonnenburg gehört bekanntlich zu den ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Appendicitis und ist daher durchaus berufen, seine Eindrücke, denen ein Material von 3480 Fällen zu Grunde liegt, den Practikern mitzuteilen. Sein Buch lässt den Meister überall erkennen, dessen Ratschlägen man gern folgen kann. Die übersichtliche Gruppierung und Besprechung des Materials, von dem uns die prägnantesten Krankengeschichten mitgeteilt sind, ruft bei der Lektüre des Buches nicht nur keine Ermüdung hervor, sondern fesselt den Leser in dem Masse, dass er das Buch nur ungern aus der Hand legt. Originell sind die Beobachtungen des Verf. über die Leukocytose bei der Appendicitis, mit deren Hilfe er unter Berücksichtigung des Pulses und der Temperatur zu einer richtigen anatomischen Diagnose zu gelangen versteht. Von einer richtigen Diagnosenstellung hängt aber bekanntlich die Therapie ab. So gelingt es dem Verf., der wie die Mehrzahl der Chirurgen ein Anhänger der Frühoperation ist, die Appendicitis simplex rechtzeitig zu erkennen und unnütze Operationen zu vermeiden. Das Buch von Sonnenburg ist, da es eine wichtige Frage aus einem Grenzgebiet behandelt, besonders auch den Gynäkologen und inneren Medicinern zu empfehlen. Aber auch die Chirurgen werden mit Interesse die Erfahrungen ihres Fachkollegen zur Kenntnis nehmen.

W. Beckmann.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Prof. Dr. A. Dührssen: Gynäkologisches Vademekum. 9. Auflage. Berlin. S. Karger 1909.

Das rühmlichst bekannte gynäkologische Vademekum bedarf wohl keiner weiteren Empfehlung, da sein Ruf fest begründet ist. Der practische Arzt und Studierende benutzen das Buch gern, weil es besonders ihren Bedürfnissen angepasst ist. 138 Textabbildungen und 11 Tafeln, die in dem kleinen Buche enthalten sind, erleichtern das Verständnis. In der neuen Auflage ist das Kapitel über Prolapse umgearbeitet und neue Kapitel über Behandlung vor und nach Operationen, über allgemeine und specielle gynäkologische Untersuchungsmethoden, über straf- und civilrechtliche Verantwortlichkeit des Operateurs, über Biersche Rückenmarksanästhesie und Skopolamin-Dämmerschlaf und über die neuesten Fortschritte der Asepsis hinzugefügt. Das Büchlein zeichnet sich durch gute Ausstattung aus und dürfte auch in dieser Auflage bald vergriffen werden.

W. Beckmann.

W. Guttmann. Medicinische Terminologie. Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften. Dritte umgearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien 1909. Preis Mk. 18.

Es gibt wohl kaum eine Wissenschaft, die eine so reiche, vielgestaltige und complicierte Terminologie besitzt, wie die Medicin. Und mit jedem Tage wird diese Terminologie durch Bildung und Aufnahme neuer Ausdrücke immer reicher und complicierter, sodass selbst ein Arzt, der mit der medicinischen Literatur vertraut ist, kaum imstande ist, die gesamte Onomatologie aller medicinischen Disciplinen zu beherrschen. Daher werden lexikographische Werke, die im Falle eines aufkommenden Zweifels oder der Unkenntnis eines noch neuen und wenig bekannten Terminus technicus rasch und leicht zur Orientierung dienen, allmählich zum Bedürfnis und zu einem notwendigen Bestandteile medicinischer Bibliotheken. Von dem vorliegenden Werke Guttmanns muss gesagt werden, dass es mehr bietet als es verspricht, denn nicht nur die «gebräuchlichsten Fachausdrücke», sondern auch gar manche wenig gebräuchliche und z. T. auch obsolete, die aber doch hin und wieder vorkommen und dem Leser Schwierigkeiten machen können, sind in das Buch aufgenommen und erklärt. Sehr dankenswert ist es, dass nicht nur die rein medicinischen Fachausdrücke, sondern auch die der sog. Hilfswissenschaften, wie Chemie, Physik, Botanik, Zoologie, Berücksichtigung gefunden haben, denn bei der Entwickelung aller dieser Zweige der Naturwissenschaften findet eine stetige Verschiebung ihrer Grenzen und ein Ineinandergreifen der einzelnen Disciplinen statt, so dass zum Verstehen der einen ein Beherrschen der Nomenclatur der anderen notwendig ist. Man muss nur darüber staunen, wie ein Autor eine solche Arbeit leisten und eine solche Fülle von Kenntnissen beherrschen kann. Einen grossen Vorzug des Werkes bildet die knappe Ausdrucksweise. Die Erklärungen sind so abgefasst, dass nur das zum Verständnis der Termini notwendigste gesagt und alles practisch unverwendbare Beiwerk weggelassen ist. Hierdurch ist es möglich geworden, das riesige Material auf nur 1388 Lexikonspalten unterzubringen. Rühmend hervorheben möchte ich noch, dass Verfasser hinsichtlich der Orthographie bei dem K- und Z-Laut den Grundsatz befolgt, «rein lateinische sowie durch Vermittelung des Lateinischen übernommene Worte mit C zu schreiben, dagegen deutsche oder direct dem Griechischen entlehnte mit K bezw. Z», wobei letzterer Buchstabe in griechischen Worten eben nur da geschrieben wird, wo im Griechischen ein Z steht. Die jetzt vielfach übliche, aber durchaus unmotivierte und unphilologische Schreibweise, welche das lateinische C oder gar das griechische K durch Z ersetzt, wird von Guttmann glücklicherweise nirgends angewandt. Wir finden «Cysten», Cystoskopie, «Mikrocyten», «Cytoblastem» u. s. w., aber nie die barbarisch anzuschauenden Worte «Zyste», «Leukozyten» u. dergl. Schade nur, dass auf dem Titelbatt der für richtig anerkannte Grundsatz nicht eingehalten und «medicinisch» mit einem Z geschrieben ist. Wenn Verf. in dem Vorwort zur im Jahre 1902 erschienenen ersten Auflage seines Buches sagte: «über die Berechtigung eines Buches entscheidet der Erfolg», so hat er hiermit ein Urteil gesprochen, das ganz zu seinen Gunsten ausgefallen ist, denn das Vergriffensein zweier Auflagen in 5 Jahren und die Notwendigkeit einer dritten Auflage im 6. Jahr beweisen nicht nur die Berechtigung des Buches, — eine solche Nachfrage beweist das Bedürfnis und das Verlangen nach einem solchen Werk. Es kann daher auch kaum ein Zweifel bestehen, dass die neue, bedeutend erweiterte Auflage denselben Erfolg haben wird wie die beiden früheren.

F. Dörbeck.

Protocolle des XX. Aerztetages.

der

Gesellschaft livländischer Aerzte in Riga

vom 28. bis zum 30. August 1908.

(Schluss.)

c) Dr. H. Truhart: **Cholelithiasis und Pancreaserkrankungen.** Erscheint in der St. Petersburger Med. Wochenschrift.

Discussion:

1. Dr. v. Engelhardt: Es handelt sich bei der Gallensteinkrankheit auch darum, ob es möglich ist die ersten Anfänge einer Cholecystitis, leichte Reizzustände der Gallenblase zu diagnosticieren! Ich meine nun, dass das wohl in den meisten Fällen gelingt und bin überrascht gewesen, wie oft man diesen chronischen Reizzustand findet — ich meine fast jede 3., 4. Frau, die wegen irgendwelcher Verdauungsbeschwerden in meine Sprechstunde kam, litt daran — es ist eine der häufigsten Krankheiten. Ich bediene mich schon seit Jahren bei der Untersuchung eines Griffes, der mir gute Dienste leistet. Die Patientin setzt sich auf ein niedriges Tabourett, die Beine ein wenig gespreizt und stützt sich in möglichst legérer Haltung mit beiden Ellenbogen auf die Kniee (Unterarm leicht horizontal!). Ich sitze oder stehe — ich ziehe den Sitz vor — so auf der rechten Seite der Patientin, dass mein Gesicht ihrer Seite zugekehrt ist und nehme die gleiche Stellung wie sie ein, nur dass meine rechte Hand den rechten Rippenbogen der Patientin in der Gallenblasengegend mit einer sehr ergibigen Hautfalte umfasst, so dass die 4 Fingerkuppen tief unter die Lebergegend kommen müssen, während das Colon unterhalb bleibt und nur bei tiefer Inspiration man das deutliche Gefühl hat, dass ein voller runder Körper gegen die Hand andrängt. Liegt ein Reizzustand der Gallenblasengegend vor, so unterbricht die Patientin oft plötzlich die Inspiration, weil sie einen stechenden Druckschmerz fühlt der nach oben in die rechte Brustseite ausstrahlt. Die Häufigkeit dieses Befundes lässt Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen — oder es ist die Druckempfindlickeit der Incisurgegend—ein häufiges Vorkommnis, das noch fast als normales Verhalten anzusehen ist. Wohin rangieren dann die Fälle, bei denen die Druckempfindlichkeit nicht zu constatieren ist? Ich bitte die Herren Collegen diesen Befund nachzuprüfen. In jedem Falle ist natürlich die Untersuchung in der Rückenlage auch vorzunehmen, wobei es allerdings vorkommen kann, dass durch Druck auf den Leberrand indirect ein Druck auf die sympathischen Plexus des Epigastriums ausgeübt wird und dort Schmerz hervorgerufen wird. Dieser Täuschung entgeht man bei dem von mir geschilderten Handgriff.

2. Dr. Bornhaupt: In dem hier vielfach besprochenen Fall von Choledochusverschluss mit nachfolgender Sepsis hielt ich den operativen Eingriff für indiciert trotz des schweren Allgemeinzustandes der Patientin aus folgenden Gründen. Erstens handelte es sich um eine circa 30 Jahre alte, sonst kräftige Frau, deren Puls im Verhältnis zum Allgemeinzustande ein befriedigender war. Ferner fühlte ich unter der Leber über der Gallenblasengegend eine deutliche druckempfindliche Resistenz, so dass ein Eiterherd in der Bauchhöhle, der die Ursache zu den schweren Allgemeinerscheinungen darstellen könnte, nicht mit Sicherheit ausgesprochen werden konnte. Der trotz der abgegangenen Gallensteine noch bestehende Icterus konnte sowohl als Folge der Sepsis, als auch als Folge der noch bestehenden partiellen Stauung in den Lebergängen durch einen Choledochusverschluss aufgefasst werden. Selbstverständlich musste man auch an eine bestehende Cholangitis denken. Jedenfalls konnte man hoffen, dass die Allgemeininfection vom sonst kräftigen, jungen Organismus noch überwunden werden könnte, falls die Ursache zur Allgemeininfection radical beseitigt worden wäre. Die Operation zeigte, dass die Resistenz durch die ausgedehnten Verwachsungen mit der geschrumpften Gallenblase bedingt war. Im Choledochus, der in weiter Ausdehnung mit dem herangezogenen Duodenum fest verbacken war, ist kein Stein gefunden worden. Eiter war nicht vorhanden. Der Fall zeigt daher, dass die Allgemeininfection im Moment des Durchbruches des Steins aus dem Choledochus in das Duodenum entstanden war, und dass die Patientin dieser Allgemeininfection erlegen ist.

3. Dr. v. Bergmann: Der Icterus ist bei der Indicationsstellung zur Operation sehr mit Vorsicht zu verwenden. Sehr wichtig ist die Anamnese. Referent hat irrtümlich einen Fall mit Icterus, Fieber, Schüttelfrost und grosser Leber operiert, welcher auf Sepsis beruhte, die von einem Decubitus auf der Ureterschleimhaut durch Steine geursacht war, die bereits zum grössten Teil in die Blase geglitten waren. Anamnestisch war hier angegeben worden, dass am ersten Tage der Er-

krankung ein wurstförmiger Tumor in der rechten Iliacalgegend palpiert worden war (dilatierter Ureter). Dieser Tumor war später verschwunden.

Referent stellt seine Mitteilung, dass Dr. Greiffenhagen die Cholecystendyse empfiehlt, dahin zurecht, dass Dr. Greiffenhagen diesen Standpunct nicht einnimmt.

4. Dr. Keilmann macht auf die Möglichkeit aufmerksam, dass durch rechtseitige Tubargravidität das Bild acuter Gallenwegerkrankung vorgetäuscht werden kann; nicht nur die Art Schmerzen lässt eine Verwechselung zustande kommen, sondern bemerkenswert ist auch, dass bei Tubargravidität sich ausgesprochener Icterus zeigen kann. Tatsächlich sind solche Verwechselungen vorgekommen und erscheint es nicht unnötig, bei Frauen gegebenen Falls an solche Möglichkeit zu denken. Die Beantwortung der Frage, ob eine Extrauteringravidität vorliegt ist gewöhnlich leicht zu beantworten, wenn sie überhaupt gestellt ist.

5. Prof. Zöge v. Manteuffel: Dr. v. Bergmann hat gesagt, Tumoren sind zu fühlen nur bei Netzverwachsung und Neoplasma (Carcinom). Ich fürchte, ich habe Dr. Bergmann missverstanden, denn das wird Dr. Bergmann ja auch gesehen haben, dass der Tumor der Gallenblase ein wichtiges Symptom bei der sonst so schwierigen Diagnose der Cholelithiasis ist.

6. Dr. Schabert: Statt des Schlusswortes auf das er verzichtet, gestattet er sich 3 Präparate zu demonstrieren:

1) Ein Präparat, chronisch recidivierende Cholecystitis mit zweimaligem Choledochusverschluss. Der Fall gehört zu den seltenen, weil er durch Shock nach dem Durchtritt des Steins durch den Choledochus letal endigte.

2) Eine Gallenblase mit Steinen und beginnendem Cysticuscarcinom und

3) eine Stenose des Ductus Wirsungianus, die Glykosurie zur Folge hatte. Der Stelle der Stenose entsprach ein Ulcus duodeni. Es entsteht aber für alle diese Fälle die principiell wichtige Frage, ob nicht Erkrankung der Pancreas die primäre, das Duodenalulcus die secundäre ist. Bisher bevorzugt man ausschliesslich die Annahme, dass das umgekehrt sei.

7. Dr. Bergmann: Der palpable Gallensteintumor ist sicher ein sehr wertvolles diagnostisches Moment, das leider nur in dem kleinsten Teil der Fälle vorhanden ist. Die auffallende Härte eines Gallenblasentumors soll den Verdacht auf Neoplasma wachrufen, ohne einen jedoch von der Operation abzuhalten, denn entzündliche Verlötungen mit dem Netz können ganz ähnliche Tumoren machen. Der von Dr. v. Engelhardt angegebene Schmerzpunct hat Referent in einem Falle irre geführt, statt der völlig gesunden Gallenblase fand er einen nach oben geschlagenen und fixierten kranken Wurmfortsatz. Es ist daher denkbar, dass abnorme Spannungsverhältnisse im Dickdarm (Obstipation) diesen Druckschmerz hervorrufen.

2. Dr. Bornhaupt hält seinen Vortrag: Ueber acute Pancreatitis.» (Erscheint in der St. Petersburger Medicin. Wochenschrift).

Discussion.

1) Dr. v. Engelhardt: Dr. Bernhaupt hat sich nicht darüber geäussert, wie sich Temperatur und Puls bei der Pancreatitis acuta verhalten. Wenn in den ersten 24 Stunden die für die Pancreatitis charakteristischen Symptome in heftigen Epigastralgien Erbrechen und verfallenem Aussehen bestehen, ein undeutlicher schmerzhafter Tumor in der Pancreasgegend zu fühlen ist, so bezweifle ich die Möglichkeit, auf diesen Symptomencomplex hin die Diagnose auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit zu stellen. Am 2. und 3. Tage, wo es zur Operation zu spät ist, steht das Bild des Ileus im Vordergrunde ohne die localisierte Darmsteifung — nur allgemeiner Meteorismus liegt vor. Ein ähnliches Krankheitsbild kann uns bei schweren Herzattaquen entgegentreten. Der bekannte Fall Panum (Herzruptur) wies ausserordentlich heftige Erscheinungen von Seiten des Abdomens auf: Erbrechen, Schmerz, Meteorismus. Ich habe selbst einen sehr ähnlichen Fall gesehen, wo die Frage entstand, ob es sich um Herz, ob Pancreas oder Ileus handelte — dabei Temperaturen bis 38,5 — und bei der Section fand sich Herzruptur und im Pancreas nur eine verwaschene Zeichnung der Zellen und fettige Degeneration. Aber für das Krankheitsbild selbst musste man doch die Herzruptur verantwortlich machen.

2) Dr. Truhart: Von den beiden Vorrednern sind so interessante die Pancreaspathologie betreffende Fragen angeregt worden, dass ich mit Einwilligung der Versammlung unter Bevorzugung des multum vor dem multa auf meinen zweiten «Ovulum und Pancreas» betitelten Vortrag verzichten möchte, um die hierdurch gewonnene Zeit zur Besprechung jener Fragen zu verwenden. Es freut mich constatieren zu können, dass die von dem Herrn Collegen Bornhaupt bezüglich der sogenannten «acuten Pancreatitis» entwickelten Anschauungen im grossen und ganzen sich mit den von mir gewonnenen decken. Hier und da kann ich ihm jedoch nicht beipflichten und will ich bei Beleuchtung dieser Puncte dieselbe, in seinem Vortrage eingehaltene Einteilung beibehalten. — Was zunächst die vielumstrittene Todesursache bei jenen acuten Formen der Pancreaserkrankungen an belangt, so teile auch ich die neuerdings von Guleke und G. von Bergmann verfochtene Ansicht der Autointoxication, bei welcher wir, nicht wie Doberauer annimmt, in gewissen Zufallsproducten des necrotischen Pancreas, sondern in dem resorbierten Pancreastrypsin als solchen die schädliche Naxe zu erblicken haben, welche den Vergiftungstod verursacht. Schon im Jahre 1898 haben Neucki und Tschepurkowski an der Hand zahlreicher Tierexperimente es klargestellt, dass bei plötzlicher massenhaften Ueberflutung des Blutkreislaufes mit zurückgestautem normalen Pancreassecret die Lympho- und Leucocyten nicht mehr imstande sind das Trypsin in ausreichendem Masse zu binden und unschädlich zu machen und, dass durch eine solche überschüssige Trypsinanhäufung im Blut der Tod herbeigeführt werde. Weitere Untersuchungen haben gelehrt, dass dem menschlichen Blutserum und zwar dem Euglobulin desselben auch antitryptische Eigenschaften zukommen. Bei Ueberladung mit Trypsin ist das Blutserum aber nicht mehr imstande die nunmehr erforderliche antifermentative und antitoxische Schutzkraft zu entwickeln und bei dem Ausbleiben dieser Hemmungswirkung tritt unter den Erscheinungen der Vergiftung, der Hämolyse und der Asphyxie der Tod ein, wonach sich bei sorgfältig ausgeführter pathologisch anatomischer Untersuchung Gerinnungserscheinungen in den Lungencapillaren und in der Pulmonalarterie nachweisen lassen. — Die Trypsinvergiftung des Organismus vermag ich aber nicht als die ausschliesslich bei den acuten Pancreaserkrankungen in Frage kommende Todesursache anzuerkennen. Meine Studien haben mich vielmehr zu der Ueberzeugung geführt, dass als solche in manchen Fällen zweifellos eine acute auf reflectorischem Wege zustande kommende Lähmung des in der Medulla oblongata belegenen vasomotorischen Centrums angesprochen werden muss. Und zwar ist es hierbei keineswegs erforderlich, dass gerade der Plexus solaris und das Ganglion semilunare selbst von dem durch die Pancreashaemorrhagie hervorgerufenen mechanischen Insult getroffen wird wie Zanker solches annahm; auch die plötzlich einsetzende Erschütterung des im Pancreas selbst befindlichen sympathischen Nervenapparates (Fasergeschichte und Ganglien) können die gleiche Reflexwirkung im Gefolge haben: ich erinnere an die bei der foudroyanten Pancreasapoplexie so oft fast momentan eintretende tödliche Katastrophe; als Analogon verweise ich ferner auf den mit Blitzesschnelle sich einstellenden Tod bei der Embolie der Arteria mesaraica super. In anderen Fällen wieder wird, zumal nach kurz zuvor schon einmal stattgehabter schwerer abdominaler Shockwirkung und bei hierdurch hervorgerufenem schweren Collaps, eine nochmals wiederkehrende, wenn auch weniger abundaute Blutung allein schon, in anderen Fällen eine sich hinzugesellende tiefgreifende septische Infection, genügen, den Exitus herbeizuführen. Endlich kann es sich aber auch um anderweitige Complicationen und um eine «Concurrenz der Todesart» handeln.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit nun der Aetiologie und Pathogenese zu. Schon im Jahre 1899 hatte ich auf dem IX. livl. Aerztetage Gelegenheit, im Gegensatz zu der damals allgemeingiltigen Theorie des microparasitären ätiologischen Ursprungs der acuten Pancreaserkrankungen meine Stellungnahme dahin zu präcisieren, dass Blutung und Necrose der Drüse nicht als Folgeerscheinung einer entzündlichen Primärinfection, sondern als Krankheitserscheinungen anzusehen sind, die pathogenetisch durch Autodigestion hervorgerufen werden, indem das zufolge von Rückstauung in die Drüsensubstanz und über diese hinaus abfliessende Pancreassecret vermöge der ihm innewohnenden fermentativen Eigenschaften auf dem Wege partieller tryptischer Verdauung der Blutgefässwandungen die Haemorrhagien, infolge der tryptischen Zersetzung der Zellkerne der Gewebe die Necrose und zufolge von Spaltung des Neutralfettes in den Fettzellen die Fettzersetzung, die sog. Fettgewebsnecrose verursache. In allen später von mir veröffentlichten Arbeiten über Pancreaspathologie habe ich gleichfalls diesen Standpunct der Selbstverdauung vertreten und auf weitere Studien gestützt die Fermenttheorie ausgebaut. Sie hat auch — bezüglich der Fettgewebsnecrose wenigstens — seit Anfang des neuen Jahrhunderts allgemeingiltige Anerkennung gefunden. Ein Gleiches lässt sich bezüglich der Pancreashaemorrhagie und — Necrose nicht sagen. Die Pathogenese dieser Krankheitserscheinungen wird auch heutzutage noch von den Autoren als «völlig ungeklärt» und als «rätselhaft» gekennzeichnet. Gegen die genesis der Autodigestion wurden und werden im Wesentlichen zwei gewichtige Argumente ins Feld geführt. Diese Einwände wurzeln einesteils in dem Satze, dass das Organgewebe gegen die zerstörende Einwirkung der eigenen secretorischen Producte gefeit ist und anderenteils, dass die Fermente nur als Vorstufen, als Zymogene im Pancreas vorgebildet seien, dass mithin auch das Trypsinogen erst der Einwirkung der Enterokinase, des Darmerepsins etc., also der Activierung bedürfe, um Eiweisssubstanzen zu verdauen (Heidenhain, Paw-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

low, Glässner, Polga u. v. a.). Diese Sätze entbehren auch meines Erachtens keineswegs der Berechtigung, aber nur in einzuschränkendem Sinne. Es steht ebenso sicher fest, dass die Zelle nur so lange vor der fermentativen Selbstzersetzung gefeit ist, als deren vitale Eigenschaften noch keinerlei Beeinträchtigung ihres Ernährungszustandes, noch keine Dystrophie erfahren haben: desorganisierte Gewebselemente fallen unter allen Umständen dem zersetzenden Einflusse der Fermente anheim und tausendfach lehrt die practische Erfahrung der Pathologie am Krankenbette und an der Leiche, dass das Pancreastrypsin auch ohne Mitwirkung der Enterokinase, des Erepsins, des Secretins auf zuvor schon lädiertem oder sonst krankhaft afficiertem und dadurch prädisponiertem Boden seine schwerwiegende eiweissverdauende Wirkung ausübt.

Zum Beweise hierfür sei flüchtig an das von Gussenbauer schon sog. «Verdauungsekzem» der Haut an der Ausmündungsstelle der Pancreasfistel, die ich in meiner Kasuistik (siehe statistische Tabelle B. Pathologische Anatomie) 39 Mal verzeichnen konnte, erinnert. Ferner verweise ich auf die so häufig zu beobachtenden Verdauungsulcerationen an dem Wandapparate des Magendarmtractus (98 Mal laut meiner Statistik), ferner auf die dem Chirurgen wie dem Pathologen gleich wohlbekannte sulzige Verdauungsmaceration aller Gewebselemente in der unmittelbaren Umgebung der Drüse: der serösen Hüllen und Häute des Netzes und der Gekröseswurzel der benachbarten Muskelgebilde, der zäh-fibrösen Ligamente, der derbfesten pancreatischen Drüsengänge, und auf die Perforations-Arrosion der Blutgefässwandungen (27 Mal laut meiner Tabelle); ich erinnere endlich an die schon angeführte, in aller jüngster Zeit erst zugestandene tryptische Haemolyse innerhalb des geschlossenen Blutkreislaufs. Es unterliegt für mich daher gar keinem Zweifel, dass es ausser den angeführten, in dem Darm producierten Zymolysinen auch sonst noch im Organismus Faktore geben muss, denen die Eigenschaft zukommt die Pancreasprofermente in wirksame Fermente umzuwandeln. Und in der Tat ist — freilich erst in allerjüngster Zeit (1907) — in unzweideutiger Weise der Nachweis einer solchen Aktivierung des Pancreassaftes durch gewisse, insbesondere Calciumsalze gelungen und der Beweis geliefert worden, dass die proteolytische Wirksamkeit des auf diese Weise aus dem Trypsinogen umgewandelten Trypsins eine sogar noch ausgiebigere und stärkere ist als wie sie bei der Aktivierung dieses Profermentes durch Enterokinase erzielt werden kann (Delezenne, Drouin, Zunz). Es leuchtet nun ein, dass bei krankhaft desorganisierten Geweben die in diesen, so z. B. in den atheromatös oder sklerotisch veränderten Partien der Blutgefässwandungen die in ihnen abgelagerten Salze die Kinase abgeben, welche — bei etwaigem Kontakt von Pancreassaft mit diesen puncta minoris resistentiae—das Trypsinogen in activ wirksames Trypsin verwandeln. Hiermit ist aber meiner Ansicht nach der Schlüssel für die bisher als «rätselhaft» hingestellte Pathogenese der Hämorrhagie, der Necrose und der Fettgewebsnecrose des Pancreas gegeben, die ich seit 10 Jahren als durch Selbstverdauungsvorgänge hervorgerufene Krankheitserscheinungen gekennzeichnet habe. Erst sekundär pflegen in der unmittelbaren Nachbarschaft der Gewebe mehr oder weniger starke entzündliche Reactionserscheinungen sich geltend zu machen und aus diesem Grunde scheint es mir nicht berechtigt, wie solches auch vom Collegen Bornhaupt geschehen ist, von einer «acuten Pancreatitis» zu reden; denn primär handelt es sich bei diesen acuten Krankheitsformen des Pancreas um eine Autodigestions-Necrose resp. Hämorrhagie. In der Symptomatologie spielen unter den Initialerscheinungen die kolikartig auftretenden Schmerzanfälle, das Erbrechen, der Kollaps und die unmittelbar sich anschliessende, tagelange Stuhl- und Windverhaltung die am meisten hervortretende Rolle. Die Schmerzen, welche meist im Epigastrium, seltener in den Hypochondrien localisiert sind und in die Schultergegend oder auch in das Kreuz ausstrahlen, sind von ausserordentlicher Heftigkeit. Sie erreichten in Einzelfällen so excessive Höhe, dass selbst zu dem Versuche des suicidium geschritten worden ist. Diese Schmerzanfälle werden verursacht durch den schubweise statthabenden plötzlichen Erguss von Blut in die Pancreassubstanz und die hierdurch bedingte mechanische gewaltsame Zerrung der sensiblen Nervenfasern, welche in den perivasculären sympathischen Nervengeflechten eingelagert sind. Bei ihrer nicht bestreitbaren Aehnlichkeit werden diese echten Pancreaskoliken nur zu häufig mit Gallensteinkolik verwechselt. Besonders auch der Umstand, dass die Schmerzen sich nicht selten in der rechts vom Epigastrium gelegenen Oberbauchgegend (Pancreaskopf) etablieren und weiterhin in Folge der hervorgerufenen Compression des Choledochus durch den blutinfiltrierten Pancreaskopf sich oft Icterus als klinisches Symptom hinzugesellt, hat in überaus zahlreichen Fällen (64 Mal in meiner Casuistik) zur Fehldiagnose «Cholelithiasis» geführt und wie ich in meinem heutigen Vortrage über «die Beziehungen der Gallensteinerkrankungen zum Pancreas» an der Hand einer sorgfältigen umfassenden Statistik nachgewiesen habe, zu der weitverbreiteten Ueberschätzung der ätiologischen Bedeutung der Cholethiasis für die acuten Formen der Erkrankungen dieses Organes geführt. Tatsächlich wurde in meiner Gesamtcasuistik von 4200 Fällen von Pancreaserkrankungen die Coincidenz mit Gallensteinen 366 Mal (= 8,71 pCt.) und zwar unter anderen in 632 Mal mit Fettgewebsnecrose einhergehenden Krankheitsfällen 121 Mal (= 19,145 pCt.) constatiert, während sich in den 642 Fällen von chronischer Pancreatitis, die sich bekanntermassen nahezu niemals mit abdominaler Fettgewebsnecrose zu vergesellschaften pflegen, das Vorhandensein von Gallensteinen 178 Mal (=27,7 pCt.) feststellen liess. Aus dem klinischen Symptom des Icterus allein darf nicht wie solches so oft geschieht der Rückschluss auf das Vorhandensein von Steinen in den Gallenwegen gemacht werden. Gelbsucht wird nach den Erfahrungen der Gallenstein-Chirurgen bei Steinen in der Gallenblase und im Cysticus oder bei Cholecystitis acuta in 80—90 pCt., ja selbst bei Choledochus- und Hepaticussteinen in 30 pCt. der Fälle vermisst. Weit häufiger wird Icterus bei Compression des Choledochus durch Neoplasmen, durch chronische Pancreatitis bezw. durch den blutinfiltrierten Pancreaskopf verursacht. Laut meiner Pancreasstatistik (vergl. meine beistehende Symptomatologie Tabelle D.) kam in der Gesamtcasuistik Icterus 544 Mal zur Beobachtung: 184 Mal bei Vorhandensein von Gallensteinen, wobei in der weitüberwiegenden Mehrzahl der Sitz dieser ausschliesslich nur die Gallenblase war und 360 Mal bei Pancreaserkrankungen, bei welchen weder Gallensteine noch Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen hatten nachgewiesen werden können.

Das unstillbare sich so häufig wiederholende Erbrechen — neben den initialen Schmerzanfällen — das bei Pancreashaemorrhagie und Necrose am constantesten auftretende klinische Symptom, fördert meist reichliche Galle zu Tage, welche zu Folge der Duodenalparese nicht weiter befördert in den Magen zurückgestaut wird. In 56 Fällen meiner Casuistik handelte es sich um Haemathemesis: das in die Pancreassubstanz mit wuchtiger Gewalt sich ergiessende Blut bahnt, die ductuli pancreatici zertrümmernd, sich durch den Wirsung-schen Gang den Weg in den Zwölffingerdarm, um meist per os, weit seltener per anum (23 mal) ausgeschieden zu werden. «Faecoloides» bezw. faeculentes Erbrechen habe ich nur in 9 Fällen verzeichnet gefunden. Diese letztere Tatsache vereint mit dem Fehlen fühl- oder sichtbarer Peristaltik und dem Mangel einer local nachweisbaren gesteilten Darmschlinge bürgen wohl allein schon dafür, dass es sich bei diesen ileusartigen Symptomen um einen dynamischen, um einen paralytischen Ileus in den oberen Darmpartien handelt. Dieser ist als durch die Pancreasapoplexie verursachte Reflexlähmung aufzufassen. Der von Dr. Bornhaupt gemachten Angabe der grossen Seltenheit der symptomatischen Begleiterscheinung der Glykosurie muss ich in Grundlage meiner Statistik wiedersprechen, denn von allen Ausfallserscheinungen der äusseren und inneren Pancreassecretion erweist sich die Glykosurie als die relativ am häufigsten zur Geltung kommende. Als Beleg hierfür dienen folgende Zahlenreihen. Verzeichnet waren laut stattgehabter sorgfältiger Untersuchung:

	Steatorrhoe.	Azotorrhoe.	Glykosurie.
In der Gesamtcasuistik von 4200 Fällen:	108 mal.	39 mal.	692 mal.
Bei Pancreashaemorrhagie und Necrose in 827 Fällen:	12 mal.	3 mal.	81 mal.

Auch kann ich der ‹Trockenheit der Zunge› keine pathognomische Bedeutung beimessen. Speichelfluss kommt freilich nur sehr selten vor, meist ist aber die leichtbelegte Zunge feucht, es sei denn, dass sich secundär infectiöses Fieber hinzugesellt.

Auf die Diagnostik und die Diagnose näher einzugehen verbietet mir leider die stark vorgerückte Zeit. Behufs Beleuchtung der Unzuverlässigkeit jener und der Unsicherheit dieser mögen gleichfalls Zahlen reden. In den 827 Fällen der acuten Erkrankung des Pancreas wurde die klinische Diagnose 416 Mal offen gelassen, in den übrigen 411 Fällen lautete sie nur 63 Mal und zwar meist nur vermutungsweise oder mit Wahrscheinlichkeit auf Pancreaserkrankungen verschiedener Art. 26 Mal auf Appendicitis bezw. Perityphlitis, 37 Mal auf Bauchtumoren, 64 Mal auf Cholelithiasis, 69 Mal Bauchfellentzündung bezw. Perforationsperitonitis, 116 Mal auf Darmocclusion bezw. Obturation und in 36 Fällen zersplitterte sich die Diagnose.

Was zum Schluss die Therapie anbetrifft, so kann diese ihrem Wesen nach nur eine chirurgische sein. Bezüglich der Art des operativen Vorgehens befinde ich mich mit dem Herrn Collegen Bornhaupt auf durchaus gleichem Boden. Auch ich huldige der Ansicht, dass es vor allem darauf ankommt, so frühzeitig wie möglich das Pancreas freizulegen, um dem

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bluterguss, welcher zufolge des durch ihn ausgeübten Druckes den Ernährungszustand des Pancreasparenchyms schädigt, Bahn, gleichzeitig aber auch dem Drüsensecret, welches das lädierte Drüsengewebe zu zersetzen droht, durch rationelle möglichst vollständige Tamponade und Drainage ausgiebigen Abfluss nach aussen zu schaffen.

Bei der mir vorliegenden Kasuistik der akuten Pancreaserkrankungen handelt es sich unter der Zahl der 290 operierten Fälle 121 Mal um Frühoperationen (gerechnet bis zum 5 resp. auch noch 6 Erkrankungstage) mit 52 (=42,97%) Heilerfolgen und 164 Mal um Spätoperationen mit 53 (=32,317%) Heilerfolgen; in 5 Fällen konnte ich den Zeitmoment des operativen Eingreifens nicht mit Sicherheit feststellen. Die gewaltigen Fortschritte der operativen Therapie, die dank der allmählich sich schon mehr und mehr einbürgernden Vervollkommnung des chirurgischen Verfahrens erzielt worden sind, lassen sich am besten veranschaulichen, wenn wir die Operationsresultate aus den früheren Jahren denen der Neuzeit vergleichend gegenüber stellen: Bis zum Jahre 1900 (incl.) wurde bei 51 Frühoperationen 11 Mal (= 21,569%), vom Jahre 1901 an bis zum heutigen Tage bei 70 Frühoperationen 41 Mal (= 58,571%) Heilung erzielt. Es ist mithin seit dem Anfang dieses Jahrhunderts gelungen die frühere Mortalitätsziffer 78,44% auf 41,43% herabzudrücken und es lässt sich mit Sicherheit voraussehen, dass die Mortalität noch eine ganz wesentliche Herabminderung erfahren muss, sobald die zweckmässigste Art und Weise des chirurgischen Vorgehens und der Nachbehandlung Allgemeingut der Aerzte geworden ist.

(Autoreferat.)

3) Dr. Engelhardt: Dr. Bergmann möchte ich erwidern, dass ich ihm den genannten Fall gezeigt hatte, weil ich fürchtete es könne in den nächsten Tagen das Bild noch complicierter und dann vielleicht der operative Eingriff nötig sein. Dass die Entscheidung, ob beim Ileus operiert werden soll oder nicht, im Einzelfall durchaus nicht so einfach ist, wird mir Dr. B. zugeben. Ich erinnere ihn bloss an einen Fall, den wir gemeinsam behandelten. Ein junger Mann, der früher einmal eine fieberhafte Appendicitis (?) durchgemacht hatte, erkrankt plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leibe, nicht streng localisiert, und Erbrechen, leichten Temperaturen und einer heftigen sichtbaren Peristaltik der Mittelbauchgegend ohne local gesteifte Schlinge und bei gutem Pulse. Auf Atropininjection wird der Zustand erträglicher. auf hohe Irrigationen gehen Stuhlbröckel ab, der Leib ist weich. Dem Drängen der Eltern, die den Patienten nicht in Riga operieren und nach Petersburg transportieren wollen, wird nachgegeben und am andern Tage stirbt der Patient daselbst. Näheres liess sich trotz verschiedener Briefe an den behandelnden Professor nicht ermitteln. Hier meinte Dr. B. noch, mit der Operation warten zu können und doch war damit vielleicht der günstige Augenblick versäumt. Die localisierte Diagnose beim Ileus ist nicht immer möglich, und daher möchte ich davor warnen, die Pancreatitis auf die von Dr. Bornhaupt angegebenen Symptome hin zu diagnosticieren.

Dr. Bornhaupt (Schlusswort): Was die Frage von Dr. von Engelhardt anbetrifft, wie es mit dem Pulse und der Temperatur bei der acuten Pancreatitis sich verhält, so muss ich um Entschuldigung bitten, wenn ich in der Eile beim Vortragen diese wichtigen Momente nicht berührt habe. Weiter verweise ich auf mein Manuscript, respect. gedruckten Vortrag. Was die Frage der Frühdiagnose anbetrifft, so verhält es sich damit nicht so wie Dr. v. Engelhardt es meint, dass wir nur auf die plötzlich auftretenden Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, Stuhlverhaltung sofort die Diagnose einer acuten Pancreatitis stellen sollen, sondern ich habe es im Gegenteil betont, dass der Allgemeinzustand eines solchen Patienten auf uns sofort den Eindruck einer schweren Erkrankung, die sich plötzlich und rapid entwickelt, macht. Halonierte Augen, verfallenes Aussehen, trockene Zunge und an Heftigkeit beständig zunehmende Schmerzen im Abdomen, die sich sehr bald bis zur Unerträglichkeit steigern, das sind die allarmierenden Symptome.

Kocher scheint nur darin zu weit zu gehn, dass er verlangt, im Beginn müsse der Arzt unterscheiden können, ob eine Occlusion oder ein peritonitischer Process vorliege. Diese Entscheidung ist zuweilen auch schon im Beginn schwer, namentlich weil hier auch noch die Fälle in Betracht kommen, in denen eine rein functionelle Gas und Kotsperre vorliegt. Der Fall, den Dr. v. Engelhardt anführt, kam aber erst am 3. oder 4. Tage seiner Erkrankung in meine Behandlung, da ist das Bild schon verwischt und die entzündlichen Erscheinungen können derart überwiegen, dass sie das Grundleiden zu verdecken imstande sind.

Ich habe angeführt, dass wir sofort an eine Parforationsperitonitis oder Darmocclusion denken müssen, wenn wir ein derartiges Krankheitsbild vor Augen haben. Wenn also derartig stürmische Erscheinungen vorliegen, dürfen wir die acute Pancreatitis in der Differentialdiagnose nicht vergessen. Die richtige Diagnose ist in solchen Fällen unbedingt leichter im Beginn der Erkrankung in den ersten Stunden zu stellen, wo das Abdomen nicht aufgetrieben und die Untersuchung desselben nicht wesentlich erschwert ist. — Wenn wir eine Perforationsperitonitis ausschliessen müssen, die Localisation einer eventuellen Occlusion nicht finden, die ganze Erkrankung dagegen ins Epigastricum verlegen müssen, so sind wir verpflichtet, an eine acute Pancreatitis zu denken. Zucker im Harn macht die Diagnose wahrscheinlicher.

Dr. Hausmann hält seinen Vortrag: Die Methode zum Tasten normaler Magendarmteile. Sie beruht auf 3 Principien.

1) Der Tiefenpalpation auf der hinteren Bauchwand: Wirbelsäule, Psoas, wozu man mit den Fingerspitzen während des Exspiriums in die Tiefe dringe.

2) Der Gleitpalpation, wozu wir während des Exspiriums in der Tiefe in einer zur Achse des Organs querer Richtung Gleitbewegungen machen.

3) Der topographischen Palpation, bei der systematisch Magen- und Dickdarmteile, Coecum, Ileum ascendens, Appendix, in ihrer Lage und ihrem Verlauf bestimmt werden.

So kann grosse Curvatur in 30%, Pylorus in 20%, Colon transversum in 60%, Coecum in 80%, Ileum ascendens in 85%, Flexura Sigmoidea in 90%, Appendix in 10%, Pancreas in 2% getastet werden.

Die klinische Bedeutung dieser Methode ist eine grosse, besonders zur Localisierung von Tumoren. In einem Falle konnte ich einen Tumor, der klinisch als Magencarcinom imponierte und von Petersburger und Berliner Autoritäten als solches diagnosticiert worden war, nur dadurch die richtige Diagnose stellen und ein Magencarcinom ausschliessen.

Die Palpation auf dem Psoas ist die einzig sichere Methode zur Diagnose bei chronischer exsudatfreier Appendicitis.

Die palpatorischen Befunde sollen in Skizzen eingetragen werden; wenn nötig nach Messungen aller Distancen.

6. Sitzung.

Von 3—6 Uhr Nachmittags.

Krankendemonstration im Stadtkrankenhause.

1) Dr. G. Kieseritzky demonstriert 1) Blutpräparate der verschiedenen Leukämieformen, zum Teil von mit Röntgenstrahlen behandelten Patienten stammend,

2) einen Fall von lymphoider bezw. chronischer lymphatischer Leukämie. Sichtbare Vergrösserung der Hals-, Axillar- und Inguinaldrüsen. Anscheinend grosser Milztumor; doch ist die Milz wohl palpabel, aber nur mässig vergrössert; der Tumor besteht im starkvergrösserten, in Paketen zusammenhängenden, (Mesenterial-?) Drüsen — geringe Druckempfindlichkeit der Drüsentumoren. Starker Druckschmerz des Sternum. Auftreten der Drüsenschwellung angeblich vor 3 Monaten, mit dem langsame Zunahme des Umfanges: Organbefund normal im übrigen. Beschwerden gering: etwas Kurzatmigkeit, Schwächegefühl, nächtliche Schweisse;

3) einen Patienten mit einem Aneurysma des Truncus anonymus. Beteiligung des Bogens an der Aneurysmabildung nicht nachweisbar weder durch Percussion noch durch Röntgenoskopie. Pulsierender Tumor oberhalb des rechten Sterno-claviculargelenkes. Herz gross — Ictus im VI ICR in der vorderen Axillarlinie, lautes systolisches und diastolisches Geräusch über dem Sternum und im II (und III) r. ICR. Dumpfer II Aortenton. Kein Oliver-Cardarelli. Keine Recurrensparese. Puls links beiderseits stark, isochron, voll, gespannt, etwas unregelm. ungleichm. Rechte Pupille reactionslos, eng; Lues geleugnet, keine Zeichen einer früher acquirierten. Seit 1½ Jahren oft geringgradige Hämoptysis (Ursache wahrscheinlich ein Infarct, keine «prämonitorische» Blutung). Im Sputum nie Tbcbacillen, doch Morosche Tuberculinprobe positiv.

(Autoreferat.)

2) Dr. Makawejsky demonstriert: Tumorverdächtige Zellen im liquor cerebrospinalis.

Patient (Privatklinik Dr. med. Ed. Schwarz) zeigt Symptome eines Hirntumors. Liquor deutlich getrübt, nach dem Centrifugieren ziemlich reichliches farbloses Sediment. Cytologisch, ausser einer geringen Zahl von Lymphocyten, runde, zum kleinen Teil ovale Zellen von verschiedener Grösse, bedeutend grösser als Leukocyten. Die Kerne der meisten Zellen blasig, mit Nucleolus; bei einigen deutlich sichelförmig; sehr zahlreiche polynucleäre Zellen (bis 7—8 Kerne). Einige Zellen haben eigentümlich concentrisch geschichtetes Protoplasma. — Da die Zellen morphologisch weder mit Leucocyten noch mit Meningenzellen identificiert werden können, müssen sie entsprechend dem klinischen Befund, als Tumorzellen angesehen werden.

(Autoreferat.)

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

3) Dr. Schabert bespricht an einer Reihe von Präparaten die Anatomie und Histologie der Recurrensmilz; das Charakteristische sei das leucocytäre Infiltrat der Malphigischen Körperchen, das eine ausgesprochene Tendenz zur Necrose zeige, peripher gegen die Umgebung abgeschlossen durch eine Zone starker Fibrinausscheidung. Durch Confluenz solcher Infiltrate entstehen die primären Infarctähnlichen Zustände, die aber von den secundären thrombotischen Infarcten zu unterscheiden seien. Der ganze Process gibt für die Recurrensmilz 5–6 typische Einzelbilder, die sich aber auch an einer einzigen Milz combiniert vorfinden können.

Zum analytischen Studium so complexer Vorgänge empfiehlt es sich Stücke von bestimmtem Typus in kleinen Reagenzgläsern (2,5 Ctm. Durchm.) nach Kaiserling zu conservieren und sie zur vergleichenden Untersuchung aufzuheben. Uebersichtsbilder am ganzen Organ wirken teils verwirrend durch die Menge und Uebergänge der Details, teils weisen sie nicht charakteristisch genug das Typische der einzelnen Componenten auf. Zu Lehrzwecken eignet sich diese Methode auch an anderen Organen an denen complicierte pathologische Vorgänge in verschiedenen Stadien sich gemeinsam vorfinden.

(Autoreferat.)

4) Dr. G. v. Engelmann: a) Demonstration von Präparaten.

1. Prostata und Blase eines Prostatikers der 1 Jahr vor seinem, an Pneumonie erfolgten Tode, mit vollem Erfolg nach Bottini operiert worden war. Die Urinentleerung war bis zum Tode normal geblieben. Im Präparat sind die glatt vernarbten Furchen deutlich sichtbar.

2. Drei Blasen- und Prostatapräparate von 3 Wochen, 2 Wochen und 1 Woche nach Bottinischer Operation an intercurrenter Pneumonie, Exacerbation der bestehenden Cystitis und Beckenphlegmone Verstorbenen. In allen Fällen war durch die Operation das Mictionshindernis beseitigt worden. Im 3. Fall bestand ein inficierter falscher Weg, von dem die Phlegmone ausgegangen ist. Die Schorfe sind in allen Präparaten zum grössten Teil bereits abgestossen, die Einschnitte deutlich sichtbar.

3. Vier durch Prostatectomia suprapubica, nach Freyer, in toto entfernte Prostatahypertrophien. Die eine Prostata von enormer Grösse entstammt einem Patienten, der vorher 2 Mal vergeblich nach Bottini operiert worden war. Sämtliche Patienten wurden mit guter Blasenfunction genesen entlassen.

4. Mikroskopische Präparate: Spirochäte pallida und refringens im Ausstrichpräparat, und Spirochäte pallida im Schnittpräparat (Silberfärbung.)

b) Vorstellung einer Patientin mit Pemphigus vulgaris mit Schleimhautaffectionen im Munde.

c) Bericht über einen 100-jährigen Prostatiker, der vor 8 Monaten wegen chronischer completer Retentio urinae nach Bottini operiert wurde und seitdem normale Blasenfunction und klaren Urin zeigt. (Pat. zur Demonstration nicht erschienen.)

(Autoreferat.)

5) Dr. med. Ed. Schwarz demonstriert einen Fall von Heine Medinscher Krankheit. Ueber denselben Fall hat er am 19. Nov. 1908 im Verein practischer Aerzte zu Riga einen Vortrag gehalten, der in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift erscheint.

6) Dr. Keilmann demonstriert 1 Fall von gummöser Vaginitis.

Pat. ist 29 Jahre alt, 4 Jahre verheiratet und hat, nachdem sie 3 Mal abortiert hatte, im Mai d. J. ein lebendes Kind geboren; ca. 10 Wochen nach der Geburt bemerkte sie eine Geschwulst von Hühnereigrösse, die zur Vulva herausragte und sie beim Sitzen hinderte; um diese Zeit hat Pat. einige Tage stark geblutet.

Am 1. VIII. 08 wurde Pat. in die gyn. Abt. des Krankenhauses aufgenommen. Der Allgemeinzustand war sehr gut, keine Anämie, keine Oedeme, Organe gesund. Nur einige Beckendrüsen waren leicht geschwollen.

Uterus und Adnexa boten keinen patholog. Befund.

An Stelle der hinteren Columna ein mit mehrfachen Ulcera besetzter Wulst, der zum Scheideneingang hin die Dicke von 2 Daumen hat, sich nach oben hin verjüngt; auch die vordere Columna erscheint verdickt. Eine vereiterte Excisionswunde erklärt Pat. damit, dass ein auswärtiger Arzt zum Zweke mikroskop. Untersuchung etwas ausgeschnitten hätte und nach der Untersuchung die Entfernung des Uterus und der Scheide vorgeschlagen hätte.

Die Schwellung der hinteren Columna zu beurteilen machte Schwierigkeiten und wir kamen nach Ausschluss aller Möglichkeiten zur Annahme, dass es eine luetische Affection sein könnte, welcher Annahme, Herr College Engelmann, dem die Pat. gezeigt wurde, nicht widersprach, ohne mit Sicherheit Lues diagnosticieren zu wollen. Eine Untersuchung des Ehemannes seitens des Collegen Engelmann ergab keinen Anhaltspunct für Lues. Nachträglich erfuhren wir aber, dass Pat. als Kind einen Ausschlag gehabt hat, der erfolgreich mit grauer Salbe behandelt worden sei.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes ergab nichts Charakteristisches: kleinzellige Infiltration und dazwischen grosse epitheloide Zellen mit grossen Kernen, die von uns nicht näher bestimmt werden konnten. Das Gewebe des Tumors erwies sich bei der Excision nicht sehr blutreich, so dass von einer besonderen Versorgung der Excisionswunde abgesehen werden konnte.

Nach alledem war ein Versuch der Heilung mit Darreichung von Jodkali gerechtfertigt, der auch vollen Erfolg hatte. Der Tumor und die Ulcera sind bereits jetzt (nach 4 Wochen) fast völlig geschwunden. Pat. fühlt sich gesund. Sie hat im Laufe der 4 Wochen ein Mal 5 Tage leicht geblutet (Menses).

(Anmerkung beim Druck des Referats):

Am 11. XI. 08 stellte sich Pat. gesund vor.

Im Nov. referierte Dr. Poorten in der Gesellschaft pract Aerzte zu Riga über einen Fall, den er im Juli 08 beobachtet hatte und den er als Chorioepithelioma gedeutet hat; die Patientin ist mit der auf dem Aerztetage demonstrierten, wie nachträglich festgestellt werden konnte, identisch.

Dr. Keilmann demonstriert eine Frau mit kleiner Blasenscheidenfistel. Wichtig ist in diesem Fall, dass sich ein ätiologisches Moment feststellen lässt, dem gegenüber eine wirksame Prophylaxe hätte geübt werden können. Nach der Entbindung trat nämlich Harnverhaltung ein, die durch 24 Stunden trotz Anwesenheit einer Hebamme nicht mit dem Katheter behandelt worden ist. Hierbei hat die Dehnung des Blasenmundes bewirkt, dass eine, bei der im ganzen leichten Geburt des Kindes, geschädigte Gewebspartie definitiv necrotisierte und am 3 Tage post partum die Fistel zustande kam. Der Rat Schultzes, auf das Sorgfältigste die Function der Blase in den ersten Tagen des Wochenbettes zu überwachen und für regelmässige Entleerung zu sorgen, liesse manche Fistel vermeiden.

(Anm. beim Druck des Referats):

Interessant ist es, dass die Fistel nach 4-wöchigem Bestehen bei Anwendung eines Verweilkatheters ohne Operation spontan geheilt ist.

Im Anschluss an die Ausführungen des Dr. Schabert referiert Dr. Keilmann über seine Beobachtungen recurrenskranker Mütter.

Von 9 Müttern haben 6 lebende, 3 tote Kinder geboren.

Alle lebend geborenen Kinder erkrankten bis zum 8 Tage und starben. Bei einem wurde die falsche Diagnose Meningitis gestellt und Spirillen nicht gesucht, bei einem wurden keine gefunden, bei allen anderen konnten Spirillen intra vitam nachgewiesen werden; sie schienen sogar zahlreicher, als bei Erwachsenen zu sein. Ein Kind war ausserhalb der Anstalt geboren worden, die Mutter wurde als septische Wöchnerin in die Anstalt gebracht, wo Spirillen nachgewiesen wurden; auch dieses Kind erkrankte und auch in dessen Blut wurden Spirillen gefunden; dieses Kind genas; wahrscheinlich ist es erst nach seiner Geburt inficiert worden, wie auch die Mutter erst nach der Entbindung erkrankt zu sein scheint.

Bei den toten Kindern konnten wiederholt im Herzblut reichlich Spirillen nachgewiesen werden und es gelang Dr. Bertels, nach 62 Stunden post mortem Spirillen zu finden.

Interessant ist, dass wir auch im Blut eines totgeborenen Kindes Spirillen fanden.

Im Nabelschnurblut war der Spirillenbefund negativ bei zwei lebendgeborenen Kindern, die beide erkrankten und starben; bei einem derselben konnten, wie schon erwähnt, Spirillen nicht gefunden werden.

Positiv dagegen war der Spirillenbefund im Nabelvenenblut eines totgeborenen Kindes. Das Präparat wird demonstriert.

(Autoreferat),

7. Dr. Lundberg: Ich habe Ihnen einige Fälle von inoperabelem Cervix- und Portiocarcinom vorzustellen, welche wir hier im Krankenhause mit Aceton behandelt haben.

Zuerst wurde diese Methode vom Amerikaner Gellhorn angewandt. Als vor einem Jahre dieselbe auch auf der Naturforscher-Gesellschaft in Dresden empfohlen wurde, führte Herr Dr. Keilmann diese Behandlungsart auch bei uns ein.

Sie besteht in Folgendem: Nach vorhergegangener Excochleation und Verschorfung mit dem Paquelin wird ein Röhrenspeculum eingeführt und soviel von der Flüssigkeit eingegossen, als nötig ist um die Wundfläche zu bedecken.

Darauf liessen wir das Mittel 20 Minuten lang einwirken. Diese Behandlung wurde 2 Mal wöchentlich wiederholt.

Im ganzen waren in unserer Behandlung 9 Fälle.

Eine Patientin ist, vor 2 Monaten gestorben. Sie hat bis zuletzt mit ihren Angehörigen in einem Zimmer zusammen gewohnt. Nach Aussagen des Mannes hat sie weder irgend eine stärkere Blutung gehabt, noch auch durch schlechte Ausdünstung das Zusammenleben gestört. Sie ist allmählich an Inanition zu Grunde gegangen.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ueber 5 Patientinnen, die längere Zeit behandelt worden waren und in relativ gutem Zustande entlassen wurden, fehlt weitere Nachricht.

Augenblicklich befinden sich in Behandlung 3 Fälle, an denen die Herren sich überzeugen können, wie fest und glatt die Narben sich nach solchen Aetzungen anfühlen.

Die Vorzüge dieser Behandlungsmethode bestehen im Gegensatz zur Anwendung der rauchenden Salpetersäure und der Chlorzinklösung in absoluter Schmerzlosigkeit bei der Anwendung des Mittels. Die Blutungen werden geringer und der Fötor schwindet fast vollkommen. Kranke, die sonst streng isoliert werden müssten, können jetzt im allgemeinen Saal liegen, ohne die Nachbarschaft irgend wie durch üblen Geruch zu belästigen. (Autoreferat)

8. Dr. Alfred Schneider: M. H.! Sie sehen hier eine Reihe von Präparaten, die die Entwickelung menschlicher Eier zeigen. Auf einige von ihnen möchte ich Ihre Aufmerksamkeit besonders richten.

Das I. Präparat stellt das jüngste Ei dar, das in der geburtshilflichen Abteilung des Stadt-Krankenhauses beobachtet worden ist. Es reiht sich an die jüngsten bis jetzt beschriebenen Eier an, an das Peters'sche und das Graf Spee'sche, und bildet insofern ein Unicum, als es nicht aufgeschnitten ist.

Wir sehen am Präparat die gesamte Decidua und in sie eingebettet das Ovulum. Das Besondere dabei ist, dass man die Decidua reflexa sive capsularis das Ei allseitig umgeben sieht. Seiner Grösse entsprechend mag es 8—10 Tage alt sein.

Das nächstältere Präparat zeigt ein Ei von der Decidualschleimhaut befreit und von Chorionzellen rings umgeben.

Einige weitere Präparate beweisen die Tatsache, dass der Fruchttod nicht sofort vom Abort gefolgt zu werden braucht, sondern dass die Eihäute sich eine Zeit lang weiterentwickeln können: die Früchte in diesen Eiern sind ganz klein gegenüber der vorgeschrittenen Ausbildung der Eihäute.

Dass die Ausstossung fast oder völlig reifer Früchte in der Kapsel mit Placenta nicht zu den grossen Seltenheiten gehört, zeigt schliesslich die Reihe der letzten und grössten Präparate: sie sind im Laufe nur weniger Jahre in der geburtshilflichen Abteilung gesammelt worden.

Hier, m. H., sind 2 Frauen, die die Indicationsstellung bei der Operation von Ovarialtumoren illustrieren sollen.

Die eine Frau, ein Mädchen von 19 Jahren, ist von dem nebenliegenden Tumor vor 2 Wochen befreit worden. Im Laufe eines Jahres hat er sich bis zu dieser beträchtlichen Grösse und einem Gewicht von über 37 russ. Pf. entwickelt, und erst die hochgradigen Atembeschwerden veranlassten die Pat. zur Aufnahme in die gynäkologische Abteilung dieses Krankenhauses.

Es ist ein Kystoma ovarii, wahrscheinlich gutartig, daher konnte das andere Ovarium, das gesund erschien, der Frau belassen werden, zumal die Jugend der Pat. und der Umstand, dass sie Jüdin ist, die das Ausbleiben des Kindersegens schmerzlicher als andere empfindet, es besonders wünschenswert erscheinen liess.

Unter der Weisung, sich von Zeit zu Zeit vorzustellen, um das Verhalten des zurückgelassenen Ovariums prüfen zu können, wird sie entlassen werden.

Die zweite Person soll in den nächsten Tagen zur Operation kommen. Sie beherbergt einen malignen Tumor. Dass er bösartiger Natur ist, lässt sich aus dem sehr schnellen Wachstum — seit dem Februar d. J. — erschliessen und aus dem Umstande, dass sie um die Zeit wegen eines Tumors der gegenüberliegenden Seite an anderem Orte operiert worden ist und dieser Tumor ein Sarcom war. Es wäre in diesem Falle also, trotzdem Pat. gleichfalls jung und Jüdin ist, doch geboten gewesen, das andere Ovarium mit zu entfernen auch dann, wenn es bei der Operation noch gesund erscheinen mochte.

9. Dr. med. Becker demonstriert: 1) Atresia ani vestibularis; der Enddarm mündete in das vestibulum bei gleichzeitigem Fehlen der Ausmündung an normaler Stelle. Die Mutter litt an demselben Entwicklungsfehler.

2) Thoracopagus. Bei den ziemlich ausgebildeten Foeten hatte sich der eine in Längslage, der andere in Querlage gestellt. Die Geburt konnte nur beendet werden dadurch, dass die Verwachsung mit dem Sichelmesser getrennt wurde, worauf jeder Foetus einzeln, der vordere durch Wendung und Extraction, der hintere durch Extraction am Fuss entfernt wurde. Beide Foeten waren bereits abgestorben. (Autoreferat).

10. Dr. Jankowsky: Krankenvorstellung: Penetrierende Bauchverletzungen.

11. Dr. v. Haffner: 1) Mischtumor der Gl. parotis von Mannskopfgrösse, der unter Schleich'scher Anästhesie einer 64 J. alten Pat. entfernt wurde. Operation gut vertragen, Defect durch Plastik und Granulation vollständig gedeckt.

2) Submucöses Lipom des Coecum mit Invaginatio ileocoecalis. Resection, Exitus am 5. Tage post. oper. an Peritonitis.

3) Pat. mit gelungener Desinvagiation einer Invaginatio ileocoecalis. (Autoreferat.)

12. Dr. Michelsson demonstriert: 1) Einen Fall von doppelseitiger lumbaler Ureterostomie nach Rovsing wegen Blasenectopie, wobei kurz die Technik und die Vorzüge dieser Methode gegenüber dem alten Verfahren der Implantation der Harnleiter in den Dickdarm berührt wurden.

2) Zwei durch Laparotomie geheilte Fälle von diffuser eitriger Peritonitis nach Bauchcontusion. Im Anschluss an diese Fälle wurde in einigen Worten die Therapie der Bauchcontusionen im allgemeinen und ihre Prognose auf Grund des in den letzten 10 Jahren an der I. chir. Abt. des Stadtkrankenhauses zur Beobachtung gekommenen Materials besprochen. (Autoreferat).

13. Dr. Pinker: Es war meine Absicht Ihnen bei dieser Gelegenheit nicht einzelne Patienten, sondern ganze Gruppen mit gleichartigen Erkrankungen vorzuführen. Ueber das Material zu solchen Massendemonstrationen verfügen wir an der Abteilung in reichlichem Masse; allein es ist unmöglich, die Leute auf einem Punct und zu einer bestimmten Zeit zu concentrieren. Ich bitte sie daher, mit den wenigen Getreuen, die der Einladung gefolgt sind, vorlieb zu nehmen. Bei dem Patienten, den ich Ihnen zuerst vorstelle, ist eine Darmresection ausgeführt worden und zwar im Anschluss an eine Hernia incarcerata.

Seit 1904 sind bis zum heutigen Tage, also in einem Zeitraum von nicht vollen 5 Jahren, 175 incarcerierte Hernien zur Beobachtung gekommen. Davon sind 49 mit einer Darmresection wegen Gangrän behandelt worden. Der Anus praeternaturalis ist nur in einem Falle zur Anwendung gekommen. Genauere Daten über die Mortalität kann ich im Augenblick leider nicht zur Verfügung stellen; zu diesem Zwecke müsste das Material genauer durchgearbeitet werden.

Schätzungsweise dürfte die Mortalität 40—45 pCt. betragen. Es ist jedoch dabei zu berücksichtigen, dass das Material zu uns zum Teil aus weiter Ferne in vollkommen hoffnungslosem Zustande eintrifft. Diese sind dann fast ohne Ausnahme mit Taxis bearbeitet: 2—3 Aerzte haben gelegentlich im Schweisse ihres Angesichts gearbeitet, um das Zerstörungswerk zu vollenden. Mir ist ein Fall in Erinnerung, der aus dem Innern des Reiches eintraf, wo die Taxis in einem kleinern Stadthospital nicht zu dem gewollten Resultate geführt hatte: ausgedehnte Haut-, Scrotum-, Hoden- und Darmgangrän. Auch Ol. ricini-Gaben sind keine Seltenheit. Ueber die Unzweckmässigkeit eines Abführmittels braucht man ja kein Wort weiter zu sagen. Mit ganz besonderem Nachdruck möchte ich aber auf die Gefahren der Taxis hinweisen. Dieselbe ist vollkommen zu verwerfen und sollte in Lehrbüchern überhaupt nicht mehr beschrieben werden. Ausser einer warmen Wanne dürfte meines Erachtens nichts weiter versucht und der Pat. bei negativem Erfolge in ein Krankenhaus transportiert werden. Lieber ein weiter Transport, als Taxis. In der Stadt ist das selbstverständlich; es gilt aber auch für das Land. Man lasse sich in seinem Handeln auch dadurch nicht beeinflussen, dass eine Einklemmung sich gelegentlich während des Transportes löst. Gewitzigt durch die überstandene Gefahr, gehen solche Pat. fast ausnahmslos sehr willig auf die Radicaloperation ein.

Die 175 Hernien verteilen sich auf 120 Männer und 55 Frauen.

Hernia inguin.:	Frauen 12;	Männer 109
» crural.:	» 34;	» 6
» umbilic.:	» 9;	» 0
» diaphragm.	» 1;	» 0
» ventralis	» 0;	» 3

Bei der Resection ist in allen Fällen der Murphyknopf in Anwendung gekommen. Die Länge des resecierten Darmstückes schwankt zwischen 10 cm. und 1 M. Einer Pat. ist der Darm 2 Mal mit Erfolg reseciert worden, 60 + 110 = 170 cm.

Es folgt die Vorstellung der erschienenen Pat.

M. H. Es folgen nun die Patellarfracturen, von denen seit 1904 bis jetzt 14 verzeichnet sind. Das Material bezieht sich ausschliesslich auf Erwachsene, da ja Kinder bis zum 14. Lebensjahre hier keine Aufnahme finden. Das Alter unserer Pat. schwankt zwischen 21 und 55 Jahren. Vorwiegend vertreten ist das höhere Alter. Ferner ist ja die Patellarfractur eine Krankheit des männlichen Geschlechts. Ich kann ihnen auch nicht eine Fractur beim Weibe vorführen. In allen Fällen handelt es sich um subcutane Querfracturen mit Diastasen der Fragmente bis zu 2 Querfingern und mehr.

Die dominierende Therapie ist bei uns die Naht mit Aluminium-Bronzedraht. Eins muss dabei aber ganz besonders betont werden — die Asepsis, da die Gelenke wohl zu den empfindlichsten Gebieten gehören, in die das Messer des Chirurgen dringt. In dieser Beziehung kann mit Befriedigung die Tatsache constatiert werden, dass bei keinem der 14 Fälle eine Störung der Prima vorgekommen ist.

Zur Naht sind die Fracturen secundär gekommen, nachdem der Bluterguss geschwunden war, was 14 Tage bis 3 Wochen in Anspruch nimmt (Massage!)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Demonstration einschlägiger Fälle, die ein gutes functionelles Resultat bieten: fester, elastischer Gang, volle Streckung und auch fast vollkommene Flexion im Kniegelenk. Das ist namentlich bei denen der Fall, die eine Nachbehandlung im medico-mechanischen Institut genossen haben.

Zum Schluss folgt die Vorstellung einer Reihe von Oberschenkelfracturen, die mit Extension behandelt worden sind, eine gute Stellung, feste Consolidation bei wenig Callus und ein gutes functionelles Resultat zeigen.

(Autoreferat).

14. Dr. Bornhaupt demonstriert:

1) Einen Patienten, der nach einer acuten Otitis media, die ohne Operation ausgeheilt war, an einer eitrigen metastatischen Entzündung des rechten Kniegelenks erkrankt war. Das Kniegelenk ist zwei Mal punctiert worden. Die Punction ergab beide Mal ein eitriges Exsudat in grosser Menge. Die Temperatur hielt sich beständig auf 39° und höher. Nach 2 Einspritzungen von Jodipin (Sick. Centralblatt für Chir. 31. Seite 937, 1908) ist die Temperatur abgefallen. Die Schwellung des Kniegelenks ging unter Schienenverbänden zurück. Die Schmerzhaftigkeit besteht jetzt nur bei Bewegungen. Die Temperatur ist seit vielen Wochen normal.

2) Einen Jüngling, der wegen einer Staphylococcenosteomyelitis des rechten Oberschenkels und der rechten Scapula operiert worden war. Die Scapula ist in toto mit der cavitas glenoidalis exstirpiert worden. Das Periost der scapula ist zurückgeblieben und der Knochen hat sich recht gut regeneriert (Röntgenplatte). Die Function des Arms ist noch eingeschränkt, jedoch bessert sie sich nach Massage und fleissigen Uebungen.

3) Eine 42-jährige Frau, die am 19. Juni 1907 wegen einer acuten Pancreatitis operiert worden war. Die Laparotomie ist 15 Stunden nach dem Beginn der Erkrankung unter der Diagnose acute Pancreatitis ausgeführt, die Umgebung des erkrankten Pancreaskopfes tamponiert worden. Ein Jahr ist nach der Operation verflossen und die Patientin ist vollständig gesund und arbeitsfähig.

(Autoreferat.)

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 6. November 1908.

Präses: Zöpffel. Secretär: Brehm.

1. Alksne demonstriert einen Patienten, an welchem die Müller-Königsche Schädeldefectplastik wegen Jacksonscher Epilepsie nach Schädelverletzung in Port-Artur gemacht worden ist.

Pat. Th. S, 30 Jahre alt 19. XI. 1904 in Port-Artur Granatverletzung des Kopfes. Bis zum 26. I, 1905 mit Verbänden behandelt; Knochensplitter wurden nicht entfernt. Nach Japan in Gefangenschaft abgeführt, wo starke Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und psychische Depressionszustände sich entwickelten. Die Schädelwunde brach los, fing an zu eitern, bis ein Knochenstück entfernt wurde. Es wurde etwas besser, aber die Kopfschmerzen und Schwindelanfälle blieben; ausserdem auffallende Abnahme des Gedächtnisses. Im März 1907 erster epileptischer Anfall ohne jegliche erkennbare Ursache: Besinnungslosigkeit und Krämpfe. Pat. wurde Heizer auf einem Dampfschiff im Laufe von 14 Monaten. Entlassen vom Dienst wegen fortwährender Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und epileptischer Krämpfe. Lebte hierauf ohne jegliche Beschäftigung auf dem Lande, aber die Krämpfe wiederholten sich: im April ein Anfall, im September an einem Tage 7 Anfälle, im October (8. X. 1908) abermals ein Anfall, wobei von einem Landarzt die Diagnose auf Gehirnabscess gestellt wurde. Einige Stunden nach diesem Anfall sah Autor den Pat. zum ersten Mal. Er lag im Bett mit stark gerötetem Gesicht, mit verlangsamtem Puls — 52; Temperatur 37,1, Atmung 18. Pat. wiederholte beständig, «er sei schon gestorben», «der Puls habe aufgehört», «man solle seine Mutter grüssen und ihn begraben». Stark gebaut, gut genährt. Macht einen deprimierten Eindruck, klagt über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle bei Neigebewegungen des Kopfes. Am rechten inneren Augenwinkel eine etwas schmerzhafte Hautnarbe, unter derselben ein Knochenwall zu palpieren. Der rechte Supraorbitalrand erscheint nach unten verschoben, das Auge quasi verschmälert. Ungefähr 5 cm. über dem Augenwinkel, entsprechend der Kuppe des rechten Frontalhöckers, eine Vertiefung, welche bequem die Zeigefingerspitze aufnimmt. Die Haut daselbst narbig verändert, mit dem Knochen fest verwachsen. Die Vertiefung hat feste Unterlage, wahrscheinlich — eine Impression des Knochens. Von der Vertiefung strahlt eine Hautnarbe nach oben und links aus; ihr entspricht ein Knochenwall. Also: Merkmal eines «Sternbruchs». Keine Paralysen, weder Anästhesien noch Hyperästhesien. 10 X. 1908 nach der Diakonissenanstalt «Bethanien» herübergeführt. Die zwei ersten Nächte hat Pat. wiederum «Sterbeanfälle». Er beruhigt sich nach grösseren Dosen von Brom und Baldrian. Die weitere Beobachtung weist keine psychischen Alterationen, ausgenommen die Depressionszustände, auf. Kopfschmerzen und Schwindelanfälle dauern fort. Schläft viel. Der Puls schwankte zwischen 47—54, Temperatur stets normal. Das Röntgenbild ergab nichts. Da Pat. über Sehschwäche klagte, untersuchte College Braun die Augen und fand eine geringgradige Hypermetropie auf beiden Seiten. Da Pat. bloss zur III. Kategorie der Verwundeten, mit Belassung in der Reserve, zugezählt war, wurden vor allen Dingen diese Verhältnisse reguliert, Pat. zur I Kategorie vorgestellt und aus dem Dienste entlassen. 9. XI. 1908. Operation. Die Vertiefung im Knochen wird mit einem zungenförmigen Hautperiostlappenschnitt blossgelegt. Man findet keine Einbuchtung des Knochens, sondern einen Defect desselben von 1,5 Cm. Diameter; derselbe ist kreisrund. Die Dura ist durch eine pilzförmige Narbe im Defect fixiert und mit der Haut verwachsen. Das Narbengewebe wird entfernt, die Defectränder geglättet und abgeflacht, die Dura allseitig mobilisiert. Die Palpation ergibt unveränderte Gehirnmasse. Bildung eines Müller-Königschen Hautperiostknochenlappens. Der zweite Lappen kommt an die Stelle des ersten und umgekehrt. An der tiefsten Stelle ein kleiner Tampon. Postoperativer Verlauf gut. Auffallend war es, dass der Puls sogleich nach der Operation auf 60—70 stieg und bis jetzt immer in diesen Grenzen schwankt, manchmal auch bis 80 steigt. Temperatur war stets normal. Pat. fühlt sich sehr wohl, keine Schmerzen, noch Schwindelanfälle; die Gemütsstimmung ausgezeichnet. Man muss hoffen, dass auch die epileptischen Krämpfe ausbleiben werden, da erstens — die eclatante causa movens — der Schädeldefect — beseitigt ist, andererseits der Fall zu den frischen, nicht veralteten gehört. Jegliche Bewegungen der Kopfhaut vermittelten durch Zerrungen der Dura an der vernarbten Stelle Reizzustände der Gehirnrinde und im Gefolge die epileptischen Krämpfe. Allerdings haben die Untersuchungen Unverrichts u. a. den Optimismus der Chirurgen bezüglich der Therapie der Jacksonschen Epilepsie etwas gedämpft, indem sie klargelegt haben, dass sogar nach Entfernung der Causa movens die epileptisch alterierte Gehirnpartie Krämpfe erzeugen kann, wenn die Krankheit schon lange bestanden hat. Der Fall bekräftigt die v. Bergmannsche Anschauung, im Widerspruch zu Kocher, dass auch kleine Schädeldefecte geschlossen werden sollen.

(Autoreferat).

2. Braun stellt einen Kranken vor mit doppelseitiger, concentrischer Linsenectopie.

3. Brehm demonstriert den Wurmfortsatz eines Knaben, der an sogen. Appendicitis larvata litt, er hatte schon seit langer Zeit allerlei unbestimmte Unterleibsbeschwerden, u. a. auch Schmerzen, Uebelkeiten und stets einen aufgetriebenen Leib. Vor 4½ Monaten setzte dann plötzlich ein recht heftiger Anfall ein, der nur sehr langsam im Laufe von mehr als 3 Monaten abklang mit Hinterlassung der alten Beschwerden. Der Wurmfortsatz zeigte eine excessive Wucherung der Schleimhaut, Verdickung aller Wandschichten und einen vom letzten Anfall herrührende Perforation.

v. Holst teilt mit, dass er den Knaben früher oft gesehen habe und ein für Appendicitis charakteristisches Symptom nie constatieren konnte, sehr auffallend sei nur immer die starke Auftreibung des Leibes gewesen.

3. Michelson stellt einen Fall von Littlescher Krankheit, der angeborenen, spastischen Gliederstarre vor. Der Knabe, 6 a. n., wurde normal geboren, entwickelte sich in den ersten Monaten normal; als er ca. ½ Jahr alt war, fing er an, die Füsse wenig zu bewegen, strampelte nicht, lag vielmehr mit angezogenen Beinen, die Knie aneinander gepresst, konnte auch nicht sitzen. Im ersten Jahr zeigte sich eine Skoliose, die mit Corset und Massage behandelt wurde. 3 Jahre alt sprach das Kind die ersten Worte, die Sprache entwickelte sich dann sehr langsam weiter, jetzt stottert das Kind sehr stark. Um das dritte Jahr beginnen die ersten Fortbewegungsversuche, indem der Knabe sich platt auf die Diele legt, die starren Beine, die mit der Fussspitze den Boden berühren, nachziehend. Beim Versuch ihn aufzurichten sperren sich die Knie fest aneinander, oder er schleudert durch undisciplinierte Innervation der Adductoren und Flexoren den einen Fuss um den anderen herum. Die Arme sind an der Erkrankung fast garnicht beteiligt. Die Reflexe, die sich infolge der starken Spannung der Glieder nur selten auslösen lassen, sind sehr stark gesteigert, Fussphänomen und Babinsky sehr ausgesprochen. Sensibilität, Blase und Mastdarm normal. Es handelt sich hier um einen Fall von starker Steigerung der Sehnenreflexe, motorischer Parese, spastisch-paretischem Gang bei völligem Fehlen von Störungen der Sensibilität, Blasen- und Mastdarmfunction. Dieses Leiden ist ja schon von Erb und Charcot als eine primäre,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

systematische Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn im Jahre 1875 beschrieben worden. Der englische Geburtshelfer Little hat sie dann in Zusammenhang gebracht mit schwerer, langdauernder Geburt (Zange, Wendung) und konnte dafür einige Sectionsbeweise anführen, doch fand man bald solche Gehirnveränderungen auch ohne jeden hämorrhagischen Process an der Hirnrinde, die Little aber als Ursache der Erkrankung ansah. Die Krankheit ist heute aufzufassen als eine Entwicklungsstörung der Verbindungsglieder zwischen Grosshirn und Rückenmark. Diese Verbindung muss in einer Hemmung bestehen, durch welche die Muskeln in einem normalen Erregungszustande gehalten werden: fehlt diese Hemmung, so erhält der Muskel einen Ueberschuss an Energie, so dass er in Spasmus gerät. Der Ausgangspunct ist die Grosshirnrinde, die zeitliche Entstehung fällt nicht mit der Geburt zusammen, sondern die Krankheit ist angeboren.

(Autoreferat.)

d. Z. Secretär: Dr. Brehm.

Sitzung am 4. December 1908.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Ischreyt demonstriert einen Bulbus, der von Dr. von Middendorff (Reval) wegen absoluten Glaucoms enucleiert worden war. Es handelt sich um eine Fall von Glaucom im myopischen Auge. Die Längsaxe des Formolpräparates beträgt 32 mm., in der Gegend des hinteren Augenpols befindet sich eine colossale Ectasie, durch welche der Opticuseintritt stark seitlich verschoben worden ist. Im Anschluss an diesen Fall geht Ischreyt kurz auf die anatomischen Veränderungen der Axenmyopie ein und charakterisiert letztere auf Grund der Literatur und eigener Untersuchungen als einen Process, bei dem sich eine Dehnung in der hinteren Sclerahälfte entwickele. Im Einzelnen entständen hierbei sehr interessante Veränderungen an den Augenhäuten, auf die nicht weiter eingegangen werden könne. Hervorheben wolle er nur, dass in solchen Augen beim Eintritt einer Drucksteigerung die Excavation eine ganz besondere Tiefe und Breite erreichen könne, indem die an den Opticuscanal angrenzende Sclera mitausgehöhlt werde. Für Veranschaulichung des Gesagten demonstriert er Präparate und ein Mikrophotogram eines von ihm soeben untersuchten Falles.

(Autoreferet).

2. Brehm stellt einen Kranken vor, der ihm vor 14 Tagen von Dr. Rappoport überwiesen wurde mit der Diagnose: gutartige Pylorusstenose; obwohl ein fast faustgrosser Tumor zu palpieren war, wurde kein Carcinom angenommen, da die chemische Magensaftuntersuchung freie Salzsäure, reichl. Sarcina, aber keine Milchsäure ergab. Die Operation war dringend indiciert, da Pat. total verhungert und zum Skelett abgemagert war. Bei der Laparotomie fand sich ein kleinfaustgrosser, ziemlich derber stenosierender Pylorustumor, der indessen makroskopisch mehr den Eindruck eines reinen Schwartentumors machte. Gastroenteroanastomosis retrocolica nach v. Hacker. Die Beschwerden sind total gehoben, Pat. erholt sich ausgezeichnet, sein Heisshunger ist kaum zu stillen, von seiten des Magens nicht die geringsten Erscheinungen.— Dieser Fall war von anderer Seite auf Grund des palpatorischen Befundes bereits als inoperables Carcinom angesprochen, somit zum Tode verurteilt worden, der Magensaft war aber nicht untersucht worden. Nach kurzer Besprechung der verschiedenen Methoden der Gastroenteroanastomose, unter denen der nach v. Hacker der Vorzug eingeräumt wird, bespricht der Vortragende die Indicationen für die Operation.

(Autoreferat).

Discussion:

Alksne hält die Ergebnisse der Magensaftuntersuchung für nicht ausschlaggebend, um die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom zu stellen, er behandle eben einen Fall, in dem er auf Grund der ersten Untersuchung (Milchsäure positiv, Salzsäure auch positiv) ein Carcinom annahm und operieren wollte, doch habe der Pat. bei richtiger Diät und Krankenhausruhe sich ziemlich schnell sehr gut erholt, so dass er geneigt sei, doch ein Ulcus anzunehmen. Bezüglich der Entdeckung der Gastroenterostomie sei es nicht ganz sicher, ob die Idee dazu von Wölfler selbst stamme oder einem seiner Assistenten, Wölfler habe die Operation nur zuerst ausgeführt. Was die Wahl der Methode anbetrifft, so sei die v. Hacker'sche Methode schwierig und ihre Ausführung erfordere ebensoviel Zeit wie die Wölfler'sche mit angeschlossener Enteroanastomose nach Braun.

Stender hält den vorliegenden Fall diagnostisch für einwandsfrei, es liege sicher nur eine Ulcusstenose vor, und gerade die chemische Analyse und mikroskopische Untersuchung seien ausschlaggebend, denn ihm sei nicht bekannt, dass Sarcina im carcinomatösen Magen beobachtet worden sei. Die Anwesenheit der Sarcina spricht strikt gegen Carcinom.

Schmähmann betont gleichfalls die Wichtigkeit der Magensaftuntersuchung, er behandele eben einen Mann, bei dem vor mehr als einem halben Jahr Boas in Berlin die Diagnose auf inoperables Magencarcinom gestellt habe, doch habe er den Magensaft nicht untersucht, da Pat. eine Ausheberung nicht gestattete. Der Pat. hat sich nun jetzt sehr gut erholt, ein Tumor sei nicht palpabel, und er sei geneigt, Ulcusstenose anzunehmen. Leider sei der Mann nicht zu bewegen, sich den Magen ausheben zu lassen, wodurch eine sichere Diagnose wohl möglich wäre.

3. Zoepffel: stellt ein 18jähr. Mädchen vom Lande vor, das ihm heute zur Diagnose überwiesen worden war. Pat. Liese G. ist bis vor 5 Jahren immer gesund gewesen und gibt an, dass auch ihre Mutter und Geschwister gesund seien. Der Vater soll schon seit vielen Jahren an verbreiteten Geschwüren leiden, die nicht verheilten und ihn arbeitsunfähig machten. Vor über $4\frac{1}{2}$ Jahren soll Pat. «Pocken» gehabt haben, an welchen sie $1\frac{1}{2}$ Monate gelitten haben will. Seitdem hat sie sich bis Anfang dieses Jahres bis auf gelegentliche sehr starke Kopfschmerzen leidlich wohl gefühlt. Im März 1908 Schwellung des rechten Kniegelenks, heftige Schmerzen (unter hohem Fieber) in demselben und gleichzeitig hiermit Auftreten des Exanthems, um dessentwillen sie nun ärztl. Hilfe beansprucht. Nach monatelanger Application von heissen Umschlägen sei die Geschwulst am Knie aufgebrochen und habe reichlich Eiter entleert.

Pat. ist von kräftigem Körperbau, gutem Ernährungszustand und sieht nicht fahl und elend aus. Pocken-Narben nicht nachweisbar. Haare etwas dünn. Haut nicht chagriniert. Chron. Pharyngitis und Angina. Allg. Drüsen. Die rechte Kniegelenksgegend bis zu Kindskopfgrösse geschwellt; die Excursionen im Gelenk selbst frei und schmerzlos, ebenso das Gehen. Die ganze Gelenkkapsel verdickt; unterhalb der Patella eine etw. eingezogene bläulich verfärbte glänzende Narbe mit pigm. Rändern.

An den seitl. Partieen des Thorax und Abdomen, sowie an der Beuge- resp. Innenfläche der Arme und Beine ein nicht juckendes guirlandenartig angeordnetes Exanthem von bräunlich- resp. kupferroter Farbe. Kopf, sowie die Hand- und Fussflächen und ebenso Genital- und Anal-Region frei.

Redner meint, dass es sich hier zweifellos um eine luetische Erkrankung und zwar um ein grosspapulöses lenticuläres Syphilid handele, das ja bekanntlich häufig bei längerem Bestande eine derartige Anordnung aufweise und auch oft mit spec. Erkrankungen der Gelenke resp. deren Umgebung combiniert auftrete. Auffallend sei nur die deutlich ausgesprochene Herabsetzung der Sensibilität der Haut innerhalb der Segmente der serpiginösen Efflorescenzen. Sonstige Störungen der Sensibilität seien bei der Pat. nicht nachweisbar.

Christiani fragt, ob man in diesem Falle Lepra mit völliger Sicherheit ausschliessen könne, die völlige Anästhesie der Efflorescenzen sei doch sehr auffallend.

Zoepffel meint, Lepra sei mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, es könnte sich nur um L. nervorum handeln, und da müssten doch bereits deutlichere Veränderungen an den Nerven nachweisbar sein, er habe sorgfältig darnach gesucht, aber nichts gefunden.

4. Zoepffel hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Phosphaturie und Oxalurie». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Siebert: Unter den Harnveränderungen bei den functionellen Neurosen spielen die Phosphaturie und Oxalurie eine sehr wichtige Rolle. Bei der Neurasthenie und bes. bei der sexuellen Neurasthenie wird nicht selten Phosphaturie beobachtet, d. h. der Urin ist schon bei der Ausscheidung getrübt (phosphoris. Ca und Mg) mit mehr oder weniger Tripelphosphaten gemischt. Die Reaction ist meist eine neutrale. Die Trübung nimmt beim Erhitzen zu, verschwindet bei Zusatz von Essigsäure. Das Auftreten von Phosphaturie ist ein sehr verschiedenes, zuweilen ist die ganze Portion getrübt, häufiger mehr die Endportion. Die Häufigkeit des Auftretens bei demselben Individuum ist auch eine sehr verschiedene. Oft ist die Phosphaturie von gewissen Reizerscheinungen begleitet, Brennen in der Harnröhre, Harndrang, was gerade den ängstlichen Neurastheniker zum Arzt führt, weil er den Ausbruch einer schweren Nierenerkrankung fürchtet. Offenbar handelt es sich um eine mechanische Reizung der Schleimhaut durch spitze Krystallnadeln. Von vielen Autoren wird ja die Phosphaturie als Secretionsneurose der Niere behandelt, offenbar spielen nervöse Einflüsse eine grosse Rolle, da nach psychischen Erregungen beim Neurastheniker sehr oft solche Erscheinungen eintreten.

Die Oxalurie ist viel häufiger als die Phosphaturie beim Neurastheniker. Im Urin findet sich oxals. Kalk als Briefcouvertform. Bei saurer Reaction braucht nichts ausgeschieden zu werden, und trotzdem kann viel Oxalsäure im Urin vorhanden sein. Beim Neurastheniker werden oft grosse Mengen Oxalsäurekrystalle ausgeschieden. Die Oxalsäure bildet sich aus den Kohlehydraten und bezeichnet eine Verlangsamung des Stoffwechsels. Schon Beard hat die Oxalurie als Symptom der Neurasthenie beobachtet, zuweilen ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bunden mit Spermatorrhoe und hypochondrischer und melancholischer Gemütsstimmung. Die Symptome der Oxularie sind ähnlich der Phosphaturie und bestehen in Reizerscheinungen des Urogenitalapparates, besonders der Harnröhre, ebenso wie bei der Phosphaturie durch die scharfen Krystalle hervorgerufen. Gewöhnlich sind Erscheinungen von Spinalirritation mit diesen Ausscheidungen verbunden, Schmerzen im Rücken, Ziehen in der Blase und in den Beinen, was durchaus die Beobachtung des Kranken auf den Urogenitalapparat richtet und oft schwere depressive Stimmungsanomalien hervorruft.

Sitzung vom 15. Januar 1909.

1. Schmähmann stellt ein Kind vor mit doppelseitiger Hüftgelenkluxation im Anschluss an Kinderlähmung.

Discussion:

Brehm weist darauf hin, dass hier auch das Kniegelenk und das Sprunggelenk recht schwer unter der Lähmung gelitten hätten, es bestehe beiderseits genu valgum und recurvatum ebenso auch pes valgus, diese Deformitäten bedingen hier den abnormen Gang des Kindes, der schleppend und ungelenk, aber kein eigentlicher Watschelgang sei. Durch blosse Inspection gelinge es nicht, hier ein klares Bild über die Hüftgelenke zu erhalten, ob es sich um eine blosse Schlaffheit der Kapsel, um ein paralytisches Schlottergelenk handelt oder bereits um eine Luxation.

2. Ischreyt hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den Einfluss der Sehschärfe auf das Zeichnen der Kinder». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Brehm weist darauf hin, dass das von Dr. Ischreyt betonte Ueberwiegen der Erinnerungsbilder beim Zeichnen der Kinder, die rein idioplastische Methode, auch beim Zeichnen und Malen des erwachsenen Laien noch sehr ausgesprochen sei im Vergleich mit dem Zeichnen und Malen des Künstlers, der vor allem nach der reinen Anschauung arbeite. Den Uebergang zeige der künstlerische Dilettant, dem es aufangs grosse Schwierigkeiten bereite, sich von den fest eingewurzelten, künstlerisch oft falschen Erinnerungsbildern und traditionellen Vorstellungen zu emancipieren und wirklich nur das sinnlich Wahrgenommene wiederzugeben. Die Maler nennen das «das sehen lernen».

Michelson betont die ungemein wichtigen theoretischen und practischen Ergebnisse des Studiums der Kinderkunst, dieselbe sei eine unerschöpfliche Fundgrube zur Erkennung nicht nur der intellectuellen, sondern auch der charakterlichen Eigenschaften des Kindes. In Amerika sei auf diesem Gebiete schon Bedeutendes geleistet worden. Wenn man einer Anzahl von Kindern eine Geschichte erzähle und sie auffordere, dazu Zeichnungen zu liefern, so ergebe dieser Versuch eine ausserordentliche Mannigfaltigkeit in der Auffassung, und aus den Bildern liessen sich Schlüsse auf die Entwicklung, Anlagen und Neigungen der Kinder ziehen. Bei uns werde diesen Dingen noch viel zu wenig Beachtung geschenkt.

Ischreyt: Nach dem phylogenetischen Grundgesetz müsste ja der Entwicklungsgang des Kindes auch im Zeichnen den Entwicklungsgang des Menschengeschlechtes in dieser Kunst copieren, so dass also die ersten Zeichnenversuche des Kindes denen der Völker auf frühester Kulturstufe gleichen müssten. Das ist nun aber nicht ganz der Fall, denn während die Kunst des Kindes durchaus idioplastisch ist, erzählend, unbekümmert um die Naturwahrheit, sind die Zeichnungen der Urvölker durchaus physioplastisch, realistisch, aus der unmittelbaren, reinen Anschauung herausgeschaffen, so dass man noch heute die Jagdtiere gut erkennen kann. Verworn ist der Ansicht, dass diese naive, auf reiner Anschauung beruhende Kunst mit dem Auftreten des Gottesbegriffes, der Reflexion verloren gegangen sei.

3. Schmähmann stellt eine Frau vor mit recht ausgedehnten Xanthomen der inneren Augenwinkel.

D. Z. Secretär: Dr. Brehm.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Mitglied des Reichsrats, Senator, Dr. med. Lukjanow ist zum Oberprocureur des Heiligen Synods ernannt.

— Der Verein St. Petersburger Aerzte feiert am 31. März dieses Jahres das Jubiläum seines 50-jährigen Bestehens. An dem genannten Tage wird eine Festsitzung stattfinden, welcher ein collegiales Abendessen folgen soll. Aus dieser Veranlassung wird ein biographisches Album aller Vereinsmitglieder und ein Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins während dieser Periode herausgegeben. Leider haben viele Collegen die Fragebogen, die die biographischen Daten enthalten, bis jetzt z. T. noch nicht abgeholt, z. T. nicht ausgefüllt.

— Am 1. Februar ist in der chirurgischen Hospitalklinik von Prof. S. Fedoroff an der Militär-Medicinischen Akademie ein neues Operations-Auditorium feierlich eingeweiht worden.

— Am 16. Dec. 1908 haben die Staatsprüfungen an der medicinischen Facultät der Universität Charkow ihren Abschluss gefunden. Den Arztgrad erwarben 65 Personen, darunter 55 Doctore der Medicin ausländischer Universitäten (33 Männer und 22 Frauen).

— Die Medicinalabteilung des Ministeriums der Volksaufklärung hat eine neue Arbeit Prof. G. Chlopins herausgegeben: «Krankheiten der Schüler der mittleren Lehranstalten des Ministeriums der Volksaufklärung». Die Arbeit ist auf Grund von Berichten der Schulärzte pro 1905—6 zusammengestellt und umfasst statistische Daten über 116458 Lernende. Besonders hervorzuheben wäre die Kurzsichtigkeit, die im Durchschnitt bei 13,9 pCt. aller Schüler constatiert werden konnte, wobei sich ein Ansteigen der Zahl der Kurzsichtigen von 8,8 pCt. der Vorbereitungsklasse bis zu 22,6 pCt. der VIII. Klasse erkennen liess. Verkrümmungen der Wirbelsäule kamen im Durchschnitt bei 3 pCt. vor: in der Vorbereitungsklasse 3,1 pCt., in der VIII. Klasse 4,5 pCt.; Nervenkrankheiten — bei 2,9 pCt.: 1 pCt. in der Vorbereitungsklasse, 6,5 pCt. in der VIII. Klasse.

— Das Gouvernements-Landschaftsamt von Charkow hat 100000 Rbl. zum Kampf mit der Flecktyphus-Epidemie assigniert.

— Herr J. Bernstein hat dem jüdischen Hospital in Warschau laut Testament 30000 Rbl. vermacht und der Augenabteilung desselben Hospitals 24000 Rbl.

— Das bacteriologische Institut der Charkowschen Medicinischen Gesellschaft hat im Jahre 1907 201921 Röhrchen verschiedener Heilsera geliefert. Solche Serummengen liefert sonst kein russisches bacteriologisches Institut.

— Dem in Moskau von Morosow gegründeten Institut zur Erforschung der Behandlungsmethoden der Geschwülste ist eine Spende von 5000 Rbl. zur Complettierung der Bibliothek zugegangen.

— Bei der St. Petersburger Gesellschaft der Fürsorge für Tuberculöse hat sich auf Initiative von Dr. A. Wladimiroff eine besondere «aufklärende Abteilung» gebildet, die den Zweck verfolgt, möglichst alle Kreise und Schichten der Bevölkerung über das Wesen der Tuberculose und die von dieser Krankheit drohende Gefahr aufzuklären, indem Dr. A. Wladimiroff von dem einzig richtigen Grundsatz ausgeht, dass nur eine genaue Kenntnis des Feindes die Bekämpfung desselben ermöglicht. Die neue Abteilung ist der «Gesellschaft der Fürsorge für Tuberculöse» eng angegliedert und hat von dem Vorstande derselben folgende «Instruction» als Richtschnur für ihre Tätigkeit erhalten. § 1. Die aufklärende Abteilung erfüllt folgende Aufgaben: a) Sie organisiert (laut P. 4, § 2. d. Statut. d. Gesellschaft) populäre Colloquien, öffentliche Vorlesungen über Tuberculose, gibt populäre Broschüren über Tuberculose heraus, nach vorgeschriebenen Regeln. b) Sie veranstaltet die in P. 7 § 8 d. Statut. d. Gesellschaft erwähnten Ausstellungen (temporäre und beständige) und gründet Museen. c) Sie verfertigt und verbreitet belehrende Placate, Merkblätter und Annoncen über den Kampf mit der Tuberculose. d) Sie hat eine Bibliothek einzurichten. e) Sie richtet ein Auskunftsbureau über Fragen betreffend die Tuberculose ein. f) Sie bedient sich überhaupt aller Mittel, um die Kenntnisse über die Tuberculose zu popularisieren. § 2. Die aufklärende Abteilung besteht ausschliesslich aus Mitgliedern der Gesellschaft (siehe § 4, P. a, b und c, d. Statuten der Gesellschaft), die den Wunsch geäussert haben, an den Arbeiten der Abteilung teilzunehmen. § 3. Die Angelegenheiten der aufklärenden Abteilung verwaltet ein specielles Bureau, bestehend aus einem Präsidenten, einem Vicepräsidenten, zwei Secretären, einem Cassaführer und noch zwei Mitgliedern. Hierher gehören auch die Vorstände der Unterabteilungen. § 4. Das Bureau der aufklärenden Abteilung tritt mindestens einmal monatlich zusammen, die Abteilung — je nach Bedarf. § 5. Auf den Sitzungen der Abteilung werden alle einschlägigen Fragen behandelt und entschieden. § 6. Die aufklärende Abteilung organisiert Unterabteilungen, als: Abteilung für Vorlesungen, für Museen, für Redaction, Bibliothek, Auskunft u. s. w., worüber sie der Verwaltung der Gesellschaft Mitteilung erstattet. § 7. Das Bureau stellt alljährlich der Verwaltung der Gesellschaft einen Bericht über die Tätigkeit der Abteilung vor. § 8. Die Mittel der Abteilung bestehen aus einem speciellen Capital der aufklärenden Abteilung (§ 10 d. Statuts der Gesellschaft), welches gebildet wird a) aus den Einnahmen der von der Abteilung veranstalteten Colloquien, Leseabende und öffentlichen Vorlesungen (siehe § 1 d. Instructionen), b) aus den Einkünften von den veranstalteten Concerten, Vorstellungen u. s. w., c) aus den Einnahmen vom Verkauf der Editionen der Ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teilung, d) aus eventuellen Geld-Spenden und Stiftungen von Mobilien und Immobilien, welche speciell für die aufklärende Abteilung bestimmt sind, e) aus möglicherweise einlaufenden speciell für die aufklärende Abteilung bestimmten Subsidien von Regierungs- und anderen Institutionen. Anmerkung: Laut § 10 d. Statuts der Gesellschaft werden von den Einkünften des speciellen Capitals der aufklärenden Abteilung keine Abzüge für das Grundcapital der Gesellschaft gemacht. § 9. Alle für das specielle Capital der Abteilung bestimmten Einkünfte werden dem Cassaführer der Gesellschaft übergeben (§ 25 d. Stat. d. Gesellsch.) und mit Wissen der Verwaltung der Gesellschaft verausgabt. § 10. Die Auszahlungen aus dem Specialcapital der Abteilung werden vom Cassaführer der Gesellschaft laut Order des Vorsitzenden des Bureaus der Abteilung oder seines Stellvertreters ausgeführt. § 11. Die aufklärende Abteilung hat ihr eigenes Siegel, das von der Verwaltung der Gesellschaft bestätigt worden ist.

Die «Aufklärende Abteilung» zerfällt in folgende Unterabteilungen: I. Abteilung für Vorlesungen: a) Vorlesungen für das Volk und Colloquien, Programme, Lehrmittel. b) Specielle Vorlesungen für Aerzte, Landwirte, Pädagogen, Militärpersonen. c) Sorge für entsprechende Auditorien. II. Abteilung für Redaction: Presse, Placate, Abbildungen, Merkblätter und Volks-Broschüren. III. Abteilung. Bibliothek: Spenden an Büchern, die z. T. Eigentum der eigentlichen Besitzer bleiben. Verzeichnis der Bücher, Cataloge. IV. Museumsabteilung: a) Gründung von Museen (ein pathologisches und bacteriologisches). Statistik, Hospitäler, Sanatorien u. s. w. Krankenpflege, Prophylaxe. b) Wander-Volksmuseen: 1) Ursprung der Tuberculose, 2) Ihre Verbreitung, 3) Behandlung. 4) Prophylaxe. c) Technische Gruppen: Entwürfe, Zeichnungen, Modelle u. s. w. V. Abteilung für Auskünfte: 1) Bacteriologische, pathologische. 2) Therapie (Tuberculin, Kumys u. s. w.). 3) Hospitäler, Sanatorien, Kindercolonien. 4) Curatorien, Feriencolonien. 5) Vorbeugung, Spiele. 6) Hygiene. 7) Wirtschaft. 8) Landwirtschaft. 9) Pädagogik.

Indem wir die Bildung dieser neuen Abteilung, die, von ihrem Organisator inspiriert, voll Zuversicht den Kampf gegen die verheerendste aller Epidemien aufnehmen will, freudig begrüssen und ihr mit ihrem unternehmendem Leiter an der Spitze vollen Erfolg in der guten Sache wünschen, hoffen wir, dass sich recht viele Collegen finden werden, die ihr Wissen und Können dem neuen Unternehmen zur Verfügung stellen werden, zumal da die geplante Gestaltung der Unterabteilungen eine so vielseitige ist, dass wohl jeder Arzt seinen guten Willen in der einen oder anderen Weise betätigen kann. Nur durch energisches Vorgehen in geschlossenen Reihen und nur durch solidarische Einigung aller verfügbaren Kräfte ist eine erfolgreiche Bekämpfung eines Uebels möglich, welches derartige Dimensionen angenommen hat, dass es nicht nur eine Gefahr für die ganze Menschheit bedeutet, sondern auch schon anfängt, die für den Menschen notwendige Tierwelt zu decimieren.

— Der 2. Internationale Congress für Unfallmedicin findet am 23. Mai (n. St.) in Rom statt unter dem Ehrenpräsidium der Professoren G. Bacelli und F. Durante und unter dem Präsidium des Professors für gerichtliche Medicin Dr. S. Ottolenghi. Der Mitgliedsbeitrag wird 20 Francs betragen, wofür jedes Mitglied den Congressbericht erhalten soll. Die italienischen Eisenbahnen und Dampfer stellen für die Congressteilnehmer eine Tarifermässigung in Aussicht.

— **XVI. internationaler medicinischer Congress.** Die Leitung des XVI. internationalen medicinischen Congresses erlaubt sich, die Herren Referenten darauf aufmerksam zu machen, dass die Manuscripte der Referate bis zum 28. Februar, welches Datum nunmehr als der späteste Termin festgesetzt ist, an das Congressbureau-Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7, einzusenden sind.

Den Mitgliedsbeitrag von 25 Kronen österr.-ung. Währung wolle man mittelst Postanweisung an den Schatzmeister des Congresses, Herrn Prof. Dr. von Elischer (Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7) einsenden.

— Der Privatdocent für Hygiene an der Universität zu Graz, Dr. Paul Th. Müller ist zum Professor ernannt.

— Seit dem Januar dieses Jahres erscheint in Abbazia eine neue medicinische Zeitschrift «Centralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige», herausgegeben von den Mitgliedern des Vereins der Aerzte des Curortes Abbazia, redigiert von Prof. J. Glax, Docent G. Fodor und Dr. J. Kurz. Die Nr. 1 enthält einen Originalartikel von Prof. J. Glax über «Schiffssanatorien und den therapeutischen Wert täglicher kleiner Seefahrten» ferner mehrere Referate in deutscher und französischer Sprache über einschlägige Themata und einen Bericht über den IV. internationalen Congress für Thalassotherapie, der Ende September 1908 in Abbazia tagte. Das Centralblatt soll 1 Mal monatlich in Heften von 1—2 Bogen im Umfang erscheinen.

— Verbreitung der Cholera. In Singapore starben vom 18. bis zum 31. December 1908 (n. St.) 35 Personen an der Cholera, in Calcutta — vom 20. December 1908 bis zum 2. Januar 1909 20 Personen.

— Verbreitung der Pest. In Indien erkrankten vom 13. bis zum 26. December 1908 an der Pest 4324 Personen und starben 3471. In Aegypten erkrankten vom 23. bis zum 29. Januar 6 und starben 2 Personen. In Bagdad erkrankten vom 18. bis zum 24. Januar 4 Personen und starben 2.

— Vom 11. bis zum 12. Febr. erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 12 Personen, starben 5 und genasen 14. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 240 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10067 Personen erkrankt, 3942 gestorben und 5867 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 18. bis zum 24. Jan. 1909 664 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 49, Typh. exanth. 7, Febris recurr. 94, Pocken 7, Windpocken 12, Masern 61, Scharlach 77, Diphtherie 117, acut. Magen-Darmkatarrh 64, Cholera 128, an anderen Infectionskrankheiten 48.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12636. Darunter Typhus abdominalis 582, Typhus exanth. 17, Febris recurrens 573, Scharlach 209, Masern 90, Diphtherie 181, Pocken 28, Windpocken 0, Cholera 283, crupöse Pneumonie 128, Tuberculose 632, Influenza 260, Erysipel 77, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 80, Syphilis 542, venerische Krankheiten 332, acute Erkrankungen 1858, chronische Krankheiten 1719, chirurgische Krankheiten 1450, Geisteskrankheiten 3198, gynäkologische Krankheiten 218, Krankheiten des Wochenbetts 58, verschiedene andere Krankheiten 110.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 912 + 54 Totgeborene, + 44 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 4, Pocken 5, Masern 15, Scharlach 18, Diphtherie 21, Keuchhusten 4, crupöse Pneumonie 50, katarrhalische Pneumonie 139, Erysipelas 7, Influenza 22, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 110, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 2, Cholera 47, Magen-Darmkatarrh 40, andere Magen- und Darmerkrankungen 32, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 32, andere Todesursachen 267.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. Grusinenko in Kiew, Arzt seit 1887. 2) Dr. Kononenko, Arzt seit 1887. 3) Dr. Potemkowski, Arzt seit 1890. In Bessarabien gestorben. 4) In Kiew Dr. Podresan, Arzt seit 1873. 5) Dr. Donitsch in Jekaterinosslaw. 6) Dr. Dawydow in Jekaterinosslaw, Arzt seit 1896.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 24. Febr. 1909.

Tagesordnung: 1) Weber: Ueber Indicationen und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine.

2) Fuhrmann: Periostitis als frühe Complication des Typhus abdom. —

Wahl von Ehrenmitgliedern.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Febr. 1909.

Tagesordnung: Dr. Schiele: Ueber Hermaphroditismus.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 8 St. Petersburg, den 21. Febr. (6.) März 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Aus dem k. k. hygienisch-bacteriologischen Institut der Jagellonischen Univers. in Krakau (Vorstand Prof. O. Brejwid).

Zur Frage der Nilblau-Fettfärbung.

Bemerkungen zum Artikel von A. Ucke in dieser Wochenschrift 1908, Nr. 52.

Von

Dr. Philipp Eisenberg.
Assistenten am Institut.

In der Nr. 52 d. Jg. 1908 dieser Wochenschrift hat Dr. A. Ucke seine Auffassung der Nilblau-Fettfärbung auseinandergesetzt. Da ich selber seit geraumer Zeit mich mit der Fettfärbung befasse und in dieser Angelegenheit zu anderen Ansichten gekommen bin, möchte ich hier ganz kurz diese Ansichten denjenigen des H. Dr. Ucke entgegenstellen. Ich werde mich dabei natürlich auf die Erklärung der Nilblau- sowie anderer analog zu deutender Färbungen beschränken, indem ich bezüglich anderer Methoden und Theorien auf meine ausführliche demnächst erscheinende Publication verweise.

Mit der Nilblau-Fettfärbung habe ich mich bereits vor einem halben Jahr in meiner Arbeit „Ueber Fetteinschlüsse bei Bacterien" (Centralbl. f. Bacter. I. Abt. Orig. XLVIII. H. 3. S. 257—274) befasst, die wohl Ucke entgangen sein muss. Ich habe dort gezeigt, dass in einer wässerigen Lösung von Nilblau BB (Nilblau-Chlorhydrat Grübler) suspendierte fettführende Bacterien sich blau färben, während das Fett orange bis purpurrot gefärbt wird. Ich habe dies darauf zurückgeführt, dass bekanntlich das Nilblau BB äusserst alkaliempfindlich ist (es wird daher zur Prüfung von Glassorten verwendet) und dass die aus ihm bereits bei Berührung von Glas freiwerdende Base es ist, die das Fett in ihrem orange-roten Ton anfärbt. Diese Ansicht wird dadurch bestätigt, dass das weniger alkaliempfindliche Nilblau-Sulfat (Grubler) an sich die Fettkugeln der Bacterien nicht färbt, sondern erst wenn man eine Spur von Alcali hinzufügt oder wenn die Bacterien in 1%iger Soda suspendiert sind. Des weiteren habe ich dort gezeigt, dass die Basen der beiden Nilblau-Präparate in alcoholischer Lösung das Bacterienfett schön electiv färben, wodurch die oben ausgesprochene Anschauung an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Ich fand weiter, dass diese Metachromasie nicht nur beim Nilblau auftritt, sondern auch bei Farbstoffen anderer Gruppen und zwar beim Chrysoïdin, Vesuvin, Bismarckbraun, Indulin (Spirit. L.), sofern man durch Zusatz von Sodalösung das Freiwerden der Basen begünstigt — es resultiert daraus eine gelbgrünliche Färbung bei den ersten, eine rotviolette beim letzten. Auch hier kann man bei directer Verwendung alcoholischer Lösungen der Basen die entsprechenden Färbungen erzielen, ebenso mit der Base des Echtblau B (Merck, Gemisch von Di- und Triphenylrosanilinsulfat.)

Als ich meine Nilblau-Färbung der Fettgranule bei Bacterien beschrieb, wusste ich nicht, dass bereits 1907 dieser Farbstoff zur Färbung von Fett in menschlichem Gewebe empfohlen wurde. Von befreundeter Seite wurde ich nach Erscheinen meiner Publication auf den Anhang der neuen Ausgabe des bekannten Schmorl'schen Handbuchs „Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden" (IV. Aufl. 1907) hingewiesen, wo über die Lorrain Smithsche Arbeit berichtet und die von diesem Autor vorgeschlagenen Nilblau- und Neumethylenblau-Färbungen empfohlen werden. Lorrain Smith meint nun, der die Fettfärbung bedingende rote Körper sei ein Zersetzungsproduct des Nilblau, unlöslich in Wasser, löslich in Alcohol, Aether, Xylol und Fett; durch längeres Kochen einer schwach angesäuerten wässerigen Nilblaulösung hätte er ihn in grösserer Menge erhalten. Wie wir sehen, stimmen alle diese Angaben sehr gut mit der Annahme überein, dass dieser Körper eben die Farbbase ist, einer Annahme, die wohl einfacher ist, als diejenige, welche einen tiefergreifenden Zersetzungsprocess in der Lösung oder im Fett selbst verlangt.

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Im Anschluss an die oben erwähnten Untersuchungen über die Fettfärbung bei Bacterien habe ich mich in den letzten Monaten mit der Fettfärbung in tierischen und pflanzlichen Geweben befasst und auf Grund dieser Arbeit finde ich mich veranlasst, die von mir früher vertretene Ansicht über den Mechanismus aufrecht zu erhalten und derjenigen von Ucke entgegenzustellen. Es zeigte sich, dass metachromatische Fettfärbung aus wässeriger resp. alcoholischer Lösung eine Eigenschaft ist, die ausser dem Nilblau und Neumethylenblau auch anderen Farbstoffen aus verschiedenen Gruppen zukommt und zwar dem oxazinen Naphtylenblau R (Naphtolblau) und Neuechtblau, den Azofarbstoffen, Chrysoïdin, Tanninorange, Janusgrün, Janusrot und Janusblau, Neuphosphin den Indulinen, Indulin spl., Nigrosin spl., Rosolan, den Safraninen Echtneutralviolett, Indazin, dem Aposafranin Neutralblau, den Acridinfarbstoffen, Acridinrot, Acridinorange und Phosphin, von den Indaminen Phenylenblau. Ausserdem aber — und das ist für unsere Auffassung ein Umstand von grosser Bedeutung — gibt es Farbstoffe, die als solche das Fett in wässeriger Lösung nicht metachromatisch anfärben, wo aber die metachromatische Färbung zum Vorschein kommt, wenn der gefärbte Schnitt mit schwachem Alkali (schwache Soda- oder Laugenlösung) behandelt wird; hierher gehören von den Azofarbstoffen Lederbraun und Vesuvin, von den Oxazinen Nilblau-Sulfat, Brillant-Cresylblau, Neublau (Naphtolblau), von den Safraninen Amethystviolett, Fuchsia, Neutralviolett, von den Triphenylomethanfarbstoffen das Cresylechtviolett. Endlich gibt es Farbstoffe, die nur in Form der alcoholischen Basenlösung zur Fettfärbung sich eignen, während in wässeriger Lösung keine Metachromasie zustande kommt. Hier sind zu nennen: von den Oxazinen Capriblau, von den Azofarbstoffen Vesuvin B (Manchesterbraun) und Bismarckbraun (ausserdem alle nur in Alcohol löslichen Farbstoffe dieser Gruppe, die fast ausnahmslos reine Basen sind) von den Triphenylmethanfarbstoffen Victoriablau B und 4 R, Nachtblau, Echtblau B, Anilinblau, Reginaviolett, von den Aposafraninen Magdalarot (echt, Grubler).

Zur Erklärung des Mechanismus der metachromatischen Fettfärbung übergehend, muss ich vorausschicken, dass sowohl Lorrain Smith, als Ucke, als auch ich darin übereinstimmen, dass wir darin nur den Ausdruck einer physikalischen Lösungsaffinität resp. einen Act von Ausschüttelung eines Farbstoffs erblicken. Es kommt nur eben darauf an, was sich im Fett löst, ihm die Färbung verleihend — und da recurriert nun Ucke auf die Theorie, die L. Michaelis zur Erklärung der Metachromasie überhaupt aufgestellt hat. Danach soll beim Uebergang in gewisse Lösungsmedien der Farbstoff in eine tautomere anders gefärbte Modification übergehen, die die Metachromasie bedingt. Nach dieser Auffassung sollte also jedesmal, wenn z. B. das Nilblau in Neutralfett sich löst, die tautomere Modification entstehen und Metachromasie herbeiführen. Nun citiert aber Ucke selbst ein Experiment, was dieser Auffassung widerspricht. Nilblausulfat in Substanz löst sich nämlich gar nicht in Oel. Man könnte nun dem entgegenhalten, das Nilblausulfat müsste gelöst sein, um ins Fett übergehen zu können — doch auch dann bestätigt sich die Ansicht von Ucke nicht: löst man nämlich Nilblau in Alcohol und mischt mit Olivenöl, so ist die Mischung blau, aber nicht rot, wie es nach Ucke sein müsste. Andererseits zeigen auch Färbungsversuche mit menschlicher Fettleber z. B., dass diese Ansicht unhaltbar ist. Färbt man nämlich die Schnitte mit einer Lösung von Nilblau, aber nicht in Wasser, sondern in 70%igem Alcohol oder Ac. carbolicum liquefactum, so färbt sich wohl das Gewebe schön blau, die metachromatische Fettfärbung bleibt aber aus, was nach Ucke eintreten müsste, denn die Lösungen sind concentrierter als die wässerigen und ein Uebergang aus dem mit Fett mischbaren Phenol resp. dem Alcohol ins Fett dürfte wohl noch leichter erfolgen als aus Wasser. Es kann auch der Alcohol nicht die Färbung verhindern, denn die Lösung der Nilblaubase an 70%igem Alcohol gibt herrliche Fettfärbung. Auch dürfte es wohl schwer fallen, die Hypothese von Michaelis auf alle oben genannten Farbstoffe anzuwenden, die zur metachromatischen Fettfärbung befähigt sind.

Dagegen lassen sich diese Tatsachen ebenso wie meine oben ausgesprochene Anschauung über das Zustandekommen der Fettmetachromasie mit einer Theorie in Einklang bringen, die kürzlich Hansen zur Erklärung der Metachromasie überhaupt aufgestellt hat. Dennoch sind die wässerigen Lösungen mancher Farbstoffe hydrolytisch dissociiert und enthalten grössere oder geringere Anteile von freier Farbbase, und diese sind es, die, in manchen Medien sich lösend, die Metachromasie bedingen.

Das Ausbleiben der Metachromasie bei Verwendung von alcoholischen, glycerinigen oder Carbolsäurelösungen erklärt sich nach dieser Theorie durch Zurückdrängung der Dissociation, ebenso das Ausbleiben der Färbung beim Schütteln von Oel mit Nilblausulfat in Substanz, diese enthält nämlich keine freie Base. Verschiedene Farbstoffe sind nun in verschiedenem Grade befähigt, hydrolytisch gespalten zu werden — daher die Stufenleiter, die ich vorhin aufgestellt habe. Sie beginnt mit solchen Farbstoffen, die in wässeriger Lösung genügend gespalten sind, um dem Fett eine merkbare Färbung zu verleihen, sodann kommen solche, wo ein Zusatz von schwachem Alkali nötig ist, um durch Begünstigung der Dissociation eine Färbung zustande zu bringen, endlich aber solche, wo die reine Farbstoffbase dazu verwendet werden muss.

Der von Ucke betonte Gegensatz zwischen einer Fettfärbung mit Sudan III oder Scharlach R einerseits und einer solchen mit Nilblau andererseits besteht m. E. nach nicht, sofern es sich um Färbung von Neutralfett handelt — dem Fett gegenüber ist die Nilblaubase ebenso indifferent, wie Sudan oder Scharlach. Anders, wenn das Fett Fettsäuren enthält, dann reagiert, wie bereits Lorrain Smith gezeigt hat, die Base mit der Fettsäure und es entsteht, fettsaures Nilblau, das ebenso wie das Sulfat oder Chlorhydrat blaue Färbung aufweist. Und so glaube ich, dass die verschiedenen Färbungen ätherischer Oele, die Ucke beobachtet hat, darauf beruht, dass z. T. die Base als solche aufgenommen, z. T. von den sauren Bestandteilen zum Farbsalz umgewandelt, so dass Mischtöne entstehen, z. T. endlich mischt sich die Eigenfarbe der betr. Oele mit den so entstehenden Farbentönen.

Im Grossen und Ganzen glaube ich nach all dem Gesagten, dass die von mir vertretene Anschauung über den Mechanismus des Nilblaufettfärbung den bekannten Tatsachen sich leichter und besser anpassen lässt, als die von Ucke verteidigte Theorie von Michaelis. In einem stimme ich aber mit Ucke voll überein — nämlich in der warmen Empfehlung der schönen Methode sowohl für die normale als auch für die pathologische Histologie.

Literatur.

Ucke, A. Ueber Fettfärbung. Diese Woch. 1908. Nr. 52.
Eisenberg, Ph. Ueber Fetteinschlüsse bei Bacterien. Cbl. f. Bacteriol. I. Abt. Orig. B. XLVIII. H. 3. S. 257—274.
Lorrain Smith. Further Observations on the Staining of Fat with Aniline Dyes. Meeting of the Pathol. Soc. of Gread Britaui and Ireland January 12th. 1907.
Hansen, C. C. Ueber die Ursachen der metachromatischen Färbung bei gewissen basischen Farbstoffen. I. Abschnitt. Zeitschr. f. wiss. Mikrosk. B. XXV. H. 2. S. 145—154.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Syphilisdiagnose.

Von

Dr. med. J. Lichtmann
z. Z. in Köln am Rhein.

Es gibt keine Krankheit, welche so mannigfache Läsionen auf der Haut und Schleimhaut des Körpers setzt, wie die Syphilis, keine mit so vielfach atypischen Verlauf und Aussehen. Deswegen ist es richtig, in jedem, besonders in einem chronischen Fall, der überhaupt zu diagnostischen Erwägungen Anlass gibt, auch an sie zu denken und die Untersuchung auf sie speciell zu richten.

Dass die Syphilis durch einen specifischen Krankheitskeim zustande gebracht wäre, das stand ja völlig fest, bevor man noch die Spirochäten kannte. Schon das so häufig beobachtete serpiginöse, bogen- und kreisförmige Weiterschreiten der Infiltrate sprach dafür, dass letztere mit Lebensäusserungen sich vermehrender Mikroparasiten zusammenhängen müssten. Ich glaube, dass es richtig ist, die Momente, wie sie sich nach unseren neuen Kenntnissen mit Berücksichtigung der älteren Erfahrungen darstellen, einmal etwas ausführlicher auseinanderzusetzen als es bisher geschehen ist, zumal da dabei gelegentlich auch einige pathologische Fragen mitgestreift werden können.

Bei der Syphilis mussten wir uns bisher nur mit der rein klinischen Untersuchungsmethode behelfen; und wie unzulänglich dieselbe war und ist, wenn wir auch in den meisten Fällen mit ausgesprochenen Symptomen eine mehr oder weniger sichere Diagnose stellen, wird wohl jedem Arzte bekannt sein. Eine grosse Aehnlichkeit mit der Syphilis kann eine Reihe von Hautkrankheiten in ihren einzelnen Stadien zeigen, besonders, wenn sie sich nicht in ganz typischen Formen präsentieren. Die Wahrscheinlichkeit der Diagnose der Syphilis wird eine noch grössere, wenn derartig zweifelhafte Erscheinungen ihren Sitz nur an den Genitalen, ad anum, an der Hohlhand, sowie an den Beugeseiten der Extremitäten haben.

Abgesehen von den typischen Initialaffecten, die nicht immer vorhanden sind, findet man in vielen Fällen am Ort der Infection die Veränderungen so verschiedenartig gestaltet, so wenig oder absolut nichts Charakteristisches bietend, oft unter dem Bilde einer einfachen Erosion, oder eines oberflächlichen, scheinbar harmlosen Geschwüres, dass die Diagnose klinisch kaum zu stellen ist. Wir wissen, dass die primären Erscheinungen der Syphilis durchaus nicht immer unter dem charakteristischen Bilde des harten Schankers verlaufen, namentlich dann nicht, wenn eine Mischinfection mit irgend welchen Coccen, Spirochäta refringens, besonders aber mit den Diplobacillen des weichen Schankers stattgefunden hat. Das Bild der Sclerose wird modificiert, oft genug entstehen bei der Einimpfung des syphilitischen Virus banale Eiterinfectionen, belegte Erosionen und Rhagaden, Pusteln etc. Dabei kommen so unklare Bilder zustande, dass selbst der erfahrenste Arzt wochenlang im Ungewissen ist, was er vor sich hat. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Sclerose gewiss sehr leicht zu erkennen. Indessen darf nicht übersehen werden, dass unter gewissen Verhältnissen sich Veränderungen ausbilden können, welche mit Sclerosen täuschende Aehnlichkeit aufweisen. Ich erinnere da nur an Narben, welche nach Aetzung mit dem Arg.-nitr.-Stift zurückbleiben. Das letztere, welches noch jetzt mitunter gegen die venerischen Geschwüre angewendet wird, lässt gar nicht so selten Narben zurück, die sehr leicht für Sclerosen, oder Sclerosenresiduen gehalten werden könnten. Die syphilitische Initialmanifestation kommt ja sehr häufig, vielleicht am häufigsten singulär vor; indessen zählt es gewiss nicht zu den Seltenheiten, dass die Initialaffectionen sich von vornherein an mehreren Stellen zeigen. Es ist wohl leicht begreiflich, dass wenn bei gegebener Infectionsgelegenheit mehrere Orte die Bedingungen zur Aufnahme des Contagiums besitzen, die Initialmanifestation auch multipel erscheinen kann, z. B. bei multiplen Einrissen des Praeputiums, Scabieseffloreseenzen am Penis etc. Auf dem 10. Congress des Deutschen Dermatologischen Gesellschaft — im Juni 1908 in Frankfurt a/M — demonstrierte Sclarek (Berlin) einen Mann, an dessen Bauchhaut sich 25 syphilitische Primäraffecte befanden. Daneben kommt noch die Möglichkeit in Frage, dass von einem bereits bestehenden Initialgeschwür aus Autoinoculationen in nächster Nachbarschaft oder auch an entlegenen Stellen zustande kommen, ehe die Immunität ausgebildet ist. Gegen die differentialdiagnostische Verwertung der Zahl der Geschwüre spricht die Beobachtung multipler Initialaffecte, ebenso wie die vereinzelter weicher Schanker.

Da das eigentlich pathognomonische Symptom der Initialsclerose — die Induration sich gewöhnlich erst am Ende der 3. Woche entwickelt, wo sich auch die indolente Lymphadenitis einstellt, so war es vor der Entdeckung der Spirochäte pallida unmöglich, die ersten 3 Wochen nach der Infection über die Natur eines Geschwüres etwas bestimmtes auszusagen. Es muss aber in Rücksicht genommen werden, dass auch der Induration keine hohe Bedeutung beizumessen ist. Die Induration kann fehlen, und es kann sich um einen Primäraffect handeln, die Induration kann aber andererseits auch durch eine andere Erkrankung bedingt sein. Wie viel auf locale Verhältnisse ankommt, sieht man daraus, dass ein Primäraffect im Sulcus coronarius, an der Corona glandis, am Orificium urethrae, dem Gefässverlaufe folgend, wenig Tendenz zur flächenhaften Ausbreitung darbietet, vielmehr keilförmig in die Tiefe dringt und so jene umschriebenen, knotigen Infiltrate bildet, die eben für den Initialaffect charakteristisch sind. Es ist bekannt, dass vom Initialaffect vollkommen verschiedene Geschwüre eine ähnliche Derbheit darbieten können. Das Zustandekommen derselben hängt wieder teils von der oben erwähnten Behandlung, teils vom Sitze ab; durch Vernachlässigung, durch ätzende Medicamente kommt eine Steigerung der Entzündung zustande, dann kommt es zur Vermehrung und zum Dichterwerden des entzündlichen Infiltrates, wodurch die derbe Consistenz bewirkt wird. Andererseits steht fest, dass an gewissen Stellen, besonders an den Genitalien, Lippen alle sich entwickelnden Erosionen und Geschwüre eine manchmal ganz auffällige Derbheit ihres Grundes darbieten.

Somit unterliegt das Zustandekommen der Induration bei dem Initialaffect, je nach dem Sitze desselben bedeutenden Schwankungen, ja die Induration kann selbst fehlen; andererseits kann die Derbheit des Grundes unter gewissen Bedingungen auch nicht syphilitischen Affecten zukommen; somit ist die Induration ein Symptom, das beim Primäraffect inconstant ist und nicht nur ihm allein zukommt und demzufolge nicht als pathognomonisches Symptom desselben betrachtet werden kann. Es wird also nun begreiflich, dass manchmal die Entscheidung gar nicht leicht ist, ob ein syphilitischer Primäraffect vorliegt oder ein anderer Krankheitsprozess. Schon die richtige Beurteilung einer schwach ausgeprägten Initialmanifestation und speciell die Differencierung zwischen einer syphilitischen Initialerosion innerhalb des Praeputialsackes und einer gewöhnlichen erosiven Balanoposthitis kann ihre Schwierigkeiten haben.

Eine weitere wichtige Rolle bei der Diagnose spielt die Lymphdrüsenschwellung, die sich erst anfangs der 4. Woche einzustellen pflegt, in den ersten 3 Wochen

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

somit nicht zu verwerten ist. Dabei muss man auch auf die sehr variable Form, Grösse und Consistenz der Drüsen achten. Die Drüsenschwellung kann aber schon vorher bestanden haben aus irgend einer anderen Ursache; die Drüsenschwellung kann sehr minimal, kaum tastbar sein, kann fehlen infolge einer vorausgegangenen Vereiterung und kann schwer palpabel sein bei reichlichem Panniculus adiposus. Auch die Schwellung der Hals-, Nacken- u. a. Drüsen soll ein Zeichen der bestehenden Syphilis sein. Auch dieser Erscheinung kann man keine diagnostische Bedeutung beimessen, denn man findet einerseits ausgesprochene Syphilis mit ganz unbedeutenden derartigen Drüsenschwellungen, andererseits aber Individuen, die sehr deutlich geschwellte Drüsen aufweisen ohne nachweisbare Ursache. Nun sind aber oft nicht bloss die primären Erscheinungen absolut unklar und uncharakteristisch. Wir wissen, dass auch die secundären Erscheinungen, speciell das maculöse Syphilid in so undeutlicher Form — besonders bei Frauen — und so flüchtig auftreten kann, dass es selbst bei sorgfältiger Untersuchung vom Arzte übersehen werden kann. Diese unbedeutenden Erscheinungen des primären und secundären Stadiums der Syphilis werden bald gar nicht beachtet, bald für harmlose oder bedeutungslose Affectionen gehalten. Auch auf Grund eines mikroskopischen Präparates ist es schwer Syphilis sicher zu diagnosticieren; alle syphilitischen Infiltrationsprocesse stellen sich als dichte kleinzellige, Infiltrate dar, in deren Bereich die Gefässe eine starke zellige Einlagerung in die Gefässwände und eine Endothelwucherung der Intima zeigen, welche zur Verengerung oder sogar Obliteration des Lumens führt. Die entwickelte Efflorescenz hat also nichts für Syphilis absolut Eigenartiges. Somit bildeten bisher die klinischen Untersuchungsmethoden unser einziges Rüstzeug.

Dass eine richtige Diagnose für den Kranken selbst eine ausserordentlich hohe Bedeutung besitzt — ist wohl klar. Andererseits aber machen die Leichtigkeit der Weiterverbreitung, die Vererbung und die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, die Syphilis nicht nur zu einer persönlichen, sondern auch allgemeinen Gefahr. Es ist daher eine wichtige Aufgabe des Arztes die schlimmen Folgen zu verhüten, nicht nur wichtig für den Einzelnen, sondern wichtig auch für die Allgemeinheit und gerade hier sind die diagnostischen Fehler und die durch sie herbeigeführte falsche Therapie verhängnisvoll für den Kranken und sehr belastend für den Arzt, weil der Arzt durch die richtige Anwendung der Therapie alle diese Gefahren vermindern oder beseitigen kann. Wie oft müsste der Arzt dem Patienten gegenüber offen gestehen, er könne über den Charakter der Affection nichts Gewisses aussagen — kein angenehmes Geständnis für den Patienten, noch weniger für den Arzt. Je erfahrener aber ein Arzt ist, umsoweniger wird er sich dazu entschliessen, Syphilis mit Sicherheit auszuschliessen.

Mit den letzten Jahren ist bekanntlich die Syphilisforschung in ein neues Stadium getreten. Spirochätennachweis, Affenimpfungen und Serodiagnostik beherrschen das Untersuchungsgebiet in erster Linie. Nachdem die Arbeiten Schaudinns und Hoffmanns auf den epochemachenden Spirochätenbefund hingewiesen haben, ist das Vorkommen der Spirochäte pallida in fast allen syphilitischen Producten durch zahlreiche Arbeiten mit grosser Uebereinstimmung nachgewiesen und bestätigt worden. Wie wichtig die Frage nun war, überzeugt uns die ungeheure Zahl der Arbeiten über die Spirochäte pallida.

Die Befunde der Spirochäte überall bei erworbener, sowie hereditärer Syphilis in primären, secundären und tertiären Formen der Erkrankung verschiedenster Organe, gelegentlich im Blute, Urin, Lymphdrüsen in den verschiedenen Perioden der Syphilis, namentlich auch in den experimentell erzeugten Sclerosen bei Affen und das Fehlen derselben in gesunden und andersartig erkrankten Geweben haben genügend bewiesen, dass die Spirochäten tatsächlich die specifischen Erreger der Syphilis sind. Es wurde die Spirochäte nicht bloss in den Primäraffecten der Affen nachgewiesen, die durch directe Uebertragung von Mensch auf Affe hervorgerufen waren, sondern auch in Primäraffecten, die durch Uebertragung von Affensclerosen hervorgerufen werden konnten. Bei vergleichenden Untersuchungen findet man bald heraus, dass die in rein syphilitischen Producten allein vorkommende Spirochäte pallida nur eine geringe Variationsbreite besitzt und im Gegensatz zu den meisten übrigen bekannten Spirochäten leicht zu charakterisieren ist. An den Genitalien und im Munde kommen auch Spirochätae refringentes vor, dieselben schmarotzen aber fast stets nur an der Oberfläche, pflegen nicht ins Gewebe einzudringen und sind bei einiger Uebung und Vorsicht stets von der Pallida zu unterscheiden, welche durch ihre Zartheit, die regelmässigen korkzieherartigen Windungen und die in feine Spitzen auslaufenden Enden wohl charakterisiert erscheint. Und selbst beim spärlichen Vorkommen in verunreinigtem Secret, z. B. in Plaques, breiten Condylomen, Balanitis wird das Erkennen der Spirochäte pallida für den Geübten möglich sein.

Von Wichtigkeit ist die bacteriologische Erhärtung der Diagnose bei frischen Primäraffecten, deren Erkennung jetzt schon möglich ist, dann für die Unterscheidung syphilitischer Papeln und Plaques von andersartigen Erosionen und Geschwüren und endlich für die Diagnose gewisser Exantheme. Besonders für die Erkennung frischer Primäraffecte bringt der Nachweis der Spirochäte schnell die für den Arzt und Patienten so sehr erwünschte sichere Entscheidung; jetzt können wir die Läsionen früh als syphilitisch erweisen, was früher niemals gelingen konnte.

Insgesamt wurden von uns im Laufe von $1^3/_4$ Jahre 160 Fälle von Syphilis in allen Stadien auf Spirochäte pallida mit positivem Resultate untersucht. Die untersuchten Krankenfälle bezogen sich auf Sclerosen, frische und Recidivexantheme, sowie Schleimhauteruptionen. Besonderer Erwähnung bedürfen die Schleimhauteruptionen; geprüft wurden zahlreiche Plaques an Zunge, Tonsillen, Lippen und Anus. Die Spirochäten waren wegen des reichen Vorhandenseins von anderen Bacterien und Spirochätenarten für den Ungeübten nicht leicht zu differencieren. Es wurde sowohl die Ausstrichmethode, meist mit Giemsafärbung, als die Untersuchung von Schnittpräparaten (nach Bertarelli und Levaditi) und endlich im Dunkelfeld in Anwendung gezogen. Die zahlenmässige Angabe der Einzelresultate kann ich mir wohl versagen. Bezüglich der negativen Untersuchungsergebnisse möchte ich einiges hinzufügen. Zum Teil sind dieselben auf färbetechnische Fehlerquellen zurückzuführen, die sich besonders anfangs schwer vermeiden lassen; für diese Annahme spricht der positive Ausfall der Untersuchung bei der einen Methode und der negative bei der anderen bei Ausstrichen aus ein und derselben Quelle. Andererseits ist in anderen negativen Fällen anzunehmen, dass in diesen wirklich, wenn auch nur vorübergehend, keine oder jedenfalls nur sehr spärliche Spirochäten vorhanden waren. Dafür sprechen die Fälle, bei denen nur nach einer Reihe von Untersuchungen die Spirochäten sich vorfanden. Der diagnostische Wert der mikroskopischen Untersuchung ist sehr hoch zu schätzen. Einmaliger negativer Ausfall ist nicht beweisend; die Untersuchung muss wiederholt werden.

Es wurde denn zunächst festgestellt, dass die Spirochäte pallida in allen Primäraffecten und den frischen

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

secundären Efflorescenzen fast constant vorkommt. Was nun die Zahl der Spirochäten anbelangt, so ist es als auffallend hervorgehoben, dass die Zahl der Spirochäten zu verschiedenen Zeiten unter anscheinend gleichen Bedingungen eine sehr wechselnde ist, ohne dass man bisher die Ursache zu ergründen vermochte.

In einer nicht geringen Anzahl dieser Fälle wäre es unmöglich gewesen, ohne mikroskopische Untersuchung die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Dass es sich aber doch um Primäraffecte handelte, wurde durch das nachträgliche Eintreten der klinischen Anzeichen des syphilitischen Primäraffects oder durch das Auftreten der unzweifelhaften Erscheinungen der Syphilis bestätigt.

Was nun angelegentlich der Frühdiagnose der Syphilis die Excisionsfrage betrifft, so muss man die Hoffnung, durch die Excision den Verlauf der Syphilis milder zu gestalten, als eine sehr zweifelhafte bezeichnen, denn offenbar wird die Proliferation des Virus in den Lymphdrüsen und an anderen Stellen des Körpers so reichlich sein, dass die Entfernung des primären Herdes demgegenüber nicht sehr wesentlich erscheinen kann. Ausserdem können bei der Excision des Schankers Spirochäten am Orte selbst zurückbleiben und dann die so häufig vorkommenden Indurationen der Narben bewirken. Ferner können die Spirochäten, wie erwähnt, in die Lymphwege gelangt sein, oder bereits in das Blut, und werden dann entsprechende Erscheinungen hervorbringen. Da Allgemeinerscheinungen ohne Behandlung nur ausnahmsweise ausbleiben, ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass bei frühzeitiger Excision eines sicher festgestellten Schankers das Virus entfernt worden ist, wenn sich weitere syphilitische Erscheinungen nicht zeigen. Damit erklären sich wohl die einzelnen publicierten Fälle, in welchen noch der Excision des mikroskopisch sicher festgestellten Schankers die Secundärerscheinungen der Syphilis ausblieben.

Von den zahlreichen untersuchten Fällen möchte ich zwei Beispiele anführen:

Fall I: Ingenieur O., 30 J. alt, gibt an, den letzten Beischlaf vor 14 Tagen ausgeführt zu haben; etwa 6 Tage nach demselben trat am Penis ein Geschwürchen auf. Am inneren Vorhautblatt fand ich eine linsengrosse im Niveau der Haut liegende, mit scharfem Rande versehene glatte Erosion; in der rechten Leiste eine etwa haselnussgrosse, in der linken eine erbsengrosse, schmerzlose Drüse. Der Grund der Erosion war nicht induriert; die Erosion selbst sah ziemlich harmlos aus. Mit Rücksicht auf die Drüsen wurde der Ausstrich der Erosion nach Giemsa gefärbt; in demselben fanden sich ziemlich zahlreiche Spirochätae pallidae. Ich schlug dem Patienten die Excision vor, was auch unter Localanästhesie vorgenommen wurde. Der excidierte Primäraffect wurde nach der Bertarellischen Methode bearbeitet. Das wenig infiltrierte Gewebe des Initialaffectes weist stellenweise eine solche Masse von Spirochäten auf, wie sie nur noch bei hereditärer Syphilis gefunden wurden. Trotz der Excision trat beim Patienten ein papulöses Syphilid auf. Auch von Recidiven ist Patient nicht verschont geblieben trotz einer sehr energischen Hg-Cur.

Fall II betrifft die 30-jährige Frau R., welche mit der Angabe kam, seit 3 Monaten an einem stark juckenden Ausschlag zu leiden. Lues negiert. Der Mann und ein $3^1/_2$-jähriger Sohn angeblich gesund.

Status präsens: An der Haut beider Ellenbogen einzelstehende und zu Gruppen angeordnete stecknadelkopfgrosse polygonale und runde leicht erhabene Knötchen. An der Haut der Kniebeugen stecknadelkopf- bis linsengrosse unregelmässig begrenzte, braunrote ebenfalls leicht erhabene Knötchen, welche an der Oberfläche eine Felderung zeigen, ein zartes Schüppchen tragen und zu wallnussgrossen Gruppen confluieren. An der Haut des Gesässes, der Ober- und Unterschenkel, vorwiegend der Beugeseiten, entsprechend den Follikeln eine grosse Anzahl zum Teil einzelstehender, zum Teil zu Gruppen zusammengeflossener stecknadelkopfgrosser bläulichroter, sich derb anfühlender Knötchen, die an der Oberfläche eine fest anhaftende, derbe, glänzende Schuppe tragen, nach deren Entfernung eine Zelle sichtbar wird. Die Knötchen finden sich zum Teil einzeln zerstreut, oder in Gruppen, vereinzelt auch linienförmig angeordnet. Die dabei nebeneinander stehenden, mit einem Hornkegel bedeckten, derben follicularen Knötchen lassen die Haut sich rauh, reibeisenartig anfühlen.

Klinisch sah die Affection wie ein Lichen ruber acuminatus resp. planus aus. Man konnte aber auch an einen Lichen syphiliticus denken. Der Umstand aber, dass die Efflorescenzen zum Teil eine strichförmige Anordnung, entsprechend den linienförmigen Kratzaffecten zeigten, dann die relative Gleichförmigkeit der Efflorescenzen und das starke Jucken waren Momente, die für Lichen ruber acuminatus sprachen. Dagegen sprach aber, abgesehen von der Anamnese und den subjectiven Beschwerden, das Fehlen anderer polymorpher Hauteruptionen der Syphilis, die neben dem Lichen syphiliticus vorhanden zu sein pflegen, das Fehlen von Erscheinungen an den Schleimhäuten und Genitalien und der Mangel der Figuration. Die klinische Diagnose wurde auf Lichen ruber acuminatus gestellt und die Patientin erhielt solutio arsenic. Fowleri. Indes wurde eines der Knötchen mit dem scharfen Löffel abgekratzt, der Gewebssaft ausgestrichen und nach Giemsa gefärbt. Zu meinem Erstaunen fanden sich im Ausstrich eine Anzahl typischer Spirochätae pallidae. Auf Grund dessen wurde die Diagnose corrigiert und eine Schmiercur mit Mitinum mercuriale angeordnet. In der Zeit von 2 Monaten wurden 270 gr. verrieben, worauf die Erscheinungen und das Jucken verschwanden.

Von den weiteren, die Syphilis betreffenden Untersuchungen will ich hier nur mitteilen, dass fast alle unsere Versuche durch den frühzeitigen Nachweis von Spirochäten bei Abwesenheit von klinischen Symptomen die Möglichkeit einer exacten Frühdiagnose gegeben haben. In keinem dieser Fälle wäre es möglich gewesen, mit Sicherheit die Diagnose auf Syphilis zu stellen, daher muss die Untersuchung auf Spirochäten in jedem auch nur einigermassen zweifelhaften Falle vorgenommen werden. Fassen wir alles Erwähnte zusammen, so ergibt sich der Schluss, dass wir in der Spirochäte pallida ein wohl charakterisiertes Gebilde haben, welches nur ausschliesslich in den Syphilisproducten bisher gefunden wurde. Trotzdem die Cultur der Spirochäte pallida noch nicht gelungen ist, so spricht schon der Umstand des fast constanten Nachweises der Spirochäte pallida in den Efflorescenzen der experimentellen Syphylis bei Affen und späteren Generationen — Finger und Landsteiner konnten die Spirochäten noch in der 14-ten Generation nachweisen — sehr zugunsten ihrer ätiologischen Bedeutung. Abgesehen von der diagnostischen Bedeutung der Spirochäte pallida, die nicht mehr zu bezweifeln ist, hat die Entdeckung der Spirochäte auch eine practische Bedeutung gewonnen, welche noch mit der Vervollkommnung der Methodik immer mehr hervortreten wird.

Trotzdem eine Anzahl Präparate serienartig von mir durchmustert waren, konnte ich keine bestimmten Schlüsse ziehen über die Beziehungen der Spirochäten zu den einzelnen anatomischen und klinischen Veränderungen beim Schanker und bei den secundären Eruptionen der Syphilis. Die Lage der Spirochäten war eine wechselnde zum Teil am Rande des Infiltrates, zum Teil im Infiltrat selbst. Mit wenigen Worten möchte ich noch auf die Methodik der Untersuchung eingehen. In einer Anzahl der Fälle haben wir uns der Ausstrichmethode bedient

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und hierbei gefunden, dass die Giemsafärbung immer noch die besten Resultate gibt. Sehr schöne Bilder bekommt man auch nach der von Löffler angegebenen Geisselfärbung. Seit einigen Monaten gebrauchen wir fast ausschliesslich die Dunkelfeldbeleuchtung zum Nachweis der Spirochäten. Die Dunkelfeldbeleuchtung ist eine willkommene Ergänzung der anderen Untersuchungsmethoden, und mit ihrer Hilfe kann man vielfach mit grösserer Leichtigkeit und Sicherheit als bisher die Spirochäten auffinden. Bei der Darstellung der Spirochäten in Schnitten haben wir uns der Methode von Bertarelli und Levaditi mit ausgezeichnetem Resultate bedient.

Für die weitaus grosse Mehrzahl der Fälle wird die so bedeutungsvolle Entscheidung, ob in einem bestimmten Falle Syphilis vorliegt oder nicht, oft durch die bacteriologische Untersuchung gesichert. Für eine gewisse Anzahl von Fällen reicht auch die bacteriologische Untersuchung nicht aus. Für diese Fälle kommt die serodiagnostische Reaction von Wassermann in Betracht. Die Reaction hat besonderen Wert für die Sicherstellung der Diagnose bei undeutlichen oder ungewöhnlichen Secundärerscheinungen, bei atypischen Leucodermen, Alopecien, Drüsenschwellungen, bei lupoiden oder serophulodermaähnlichen Syphiliden und anderen schwer erkennbaren Späterkrankungen, wo klinische Erscheinungen fehlen und auch die Anamnese unsicher ist, wie z. B. bei Patienten, die nur ein Ulcus zweifelhafter Art gehabt haben. In solchen Fällen ist die Wassermannsche Reaction zur Zeit das einzige Mittel zur Entscheidung der Frage, ob Syphilis vorliegt. Auch für den Schutz der Säuglinge und der Ammen gegen Infection gewinnt die serologische Untersuchung zunehmende Bedeutung. Die Reaction verdankt ihr Bestehen der Ueberlegung, dass beim Syphiliskranken, wie bei einem anderen an einer Infectionskrankheit leidenden, das Vorhandensein eines Antigens und seines Antikörpers angenommen werden müsse, dass man also vielleicht auch imstande sein könne, mit Hilfe des Antigens den Antikörper nachzuweisen. Die Spirochäte pallida, so nahm man an, oder ihre Stoffwechselproducte, ist das Antigen. Da nun diese noch nicht gezüchtet werden kann, so bereitet man sich einen Auszug aus stark spirochätenhaltigen Organen, zum Beispiel der Leber eines syphilitischen Foetus. Den Antikörper sucht man im Blute des Patienten.

Die Vereinigung von Antigen und Antikörper besitzt eine grosse Affinität zum Complement, so dass es dieses fest an sich zu binden vermag. Mischt man nun in vitro Luesantigen mit Luesantikörper, so wird Complement an diese beiden gebunden, aber nur dann, wenn das Antigen seinen passenden Antikörper gefunden hat, d. h. wenn in dem zugeführten Serum Luesantikörper enthalten sind. Bei Zusatz von normalem Serum wird eine Complementbindung nicht eintreten. Als Beweis für die Complementbindung dient die Hämolyse. Als Indicator wird das hämolytische System, hämolytisches Serum und zugehöriges Blut verwendet. Da die Auflösung des Blutes nur bei Mitwirkung von Complement eintritt, so kann man aus dem Ausbleiben dieser Auflösung schliessen, dass das Complement in der Mischung gebunden worden war. Die Hemmung der Hämolyse beweist eben das Vorhandensein von Antikörpern, durch welche das Complement gebunden und somit unwirksam wird.

Die Darstellung der zur Reaction nötigen Substanzen umfasst: 1) Antigen (Pallidasubstanz), 2) Antikörper (10 ccm. Blut aus der Vene der als syphilitisch angenommenen Person), 3) Complement (aus Meerschweinchenblut), 4) hämolytisches Blutserum, 5) Blutkörperchenaufschwemmung. Abgesehen von den bereits erwähnten Indicationen ist es von grosser Wichtigkeit für den Syphilitiker zu bestimmen, wie lange er eben nach durchgeführter Behandlung frei von Antikörpern und dadurch von virulenten Erscheinungen bleibt. Der positive Ausfall der Reaction zeigt, dass noch irgendwo im Körper ein Spirochätenherd vorhanden ist und gibt uns einen greifbaren Anhaltspunct für eine wiederholte Behandlung. Die Serumreaction kann als Wegweiser für die weiteren Curen dienen und vielleicht eine prophylactische Handhabe gegen die parasyphilitischen Affectionen bilden, denn gerade jene Fälle von Syphilis, welche einen milden Verlauf haben und bald keine Erscheinungen mehr zeigen, ziehen in der Folge oft Tabes oder progressive Paralyse nach sich.

Die Bedeutung der positiven Reaction ist eine fast allgemein anerkannte. Sie ist ein fragloser Fortschritt, eine Bereicherung unserer klinisch-diagnostischen Hilfsmittel. Auch dem negativen Ausfall der Reaction lässt sich nicht jede Bedeutung absprechen.

Durch die Fortschritte, welche uns die letzten Jahre auf dem Gebiete der Syphilisforschung gebracht haben, ist zu erhoffen, dass die bloss auf klinischer Beobachtung aufgebaute Lehre von der Syphilis, die auf Schritt und Tritt Mängel aufweist in ein neues Stadium tritt. Die Experimente von Metschnikoff und Roux über Syphilis der Affen, die Entdeckung der Spirochäte pallida, sowie die Serodiagnostik von Wassermann sind geeignet, die Syphilisforschung exacter, als sie bisher war, zu gestalten.

Literatur.

Blaschko: Medicin. Klinik. 1906, Nr. 35. Brandweiner: Wiener klin. Wochenschrift. 1906, Nr. 12. Buscke und Fischer: Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 13. Dreyer und Toepel: Dermatolog. Centralblatt. IX. Jahrgang, Nr. 6. Finger und Landsteiner: Deutsch. Medicin. Woch. 1905, Nr. 44. Hoffmann: Berlin. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 44. Lichtmann: Dermatolog. Centralblatt. October 1907.

Ueber extraperitonealen und transperitonealen Kaiserschnitt.

Sammelreferat von Dr. W. Beckmann.

Die von Sänger verbesserte Technik des klassischen Kaiserschnittes hat zwar die Mortalität bei dieser Operation gegen früher wesentlich herabgesetzt, trotzdem haben die modernen Geburtshelfer an der weiteren Ausbildung der Technik des Kaiserschnittes gearbeitet und auch manche neue und gute Methoden ausgearbeitet. Der vaginale Kaiserschnitt von Dührssen und der Fundalschnitt von Fritsch gehören bereits nicht mehr der letzten Zeit an, dagegen sind ganz neuerdings eine grosse Zahl von Arbeiten über den extraperitonealen Uterusschnitt resp. den cervicalen Kaiserschnitt erschienen, über welche hier kurz berichtet werden soll.

Frank (Arch. f. Gyn. Bd. 81) machte 1906 den Vorschlag besonders in den Fällen, wo Fieber unter der Geburt vorhanden ist, den Kaiserschnitt extraperitoneal auszuführen. Die Bauchwand wird über der Symphyse quer bis auf das Peritoneum durchschnitten, darnach die Peritonealhöhle quer eröffnet, das Peritoneum über dem unteren Uterinsegment quer incidiert und abpräpariert und Peritoneum parietale mit letzterem vernäht. Nachdem auf diese Weise die Bauchhöhle abgeschlossen ist, wird die vom Peritoneum entblösste Uteruswand gleichfalls quer durchschnitten und das Kind extrahiert. Auch in den seltenen Fällen, wo das Peritoneum parietale direct von den Bauchdecken auf das untere Uterinsegment übergeht und die Blase also ganz extraperitoneal liegt, muss unter Controlle des Auges das Peritoneum incidiert und von dem unteren Uterinsegment abgehoben werden. Darnach müssen die beiden Peritonealblätter vernäht und dann erst der Uterus eröffnet werden. Das Wesentliche der Methode liegt in dem präliminaren Abschluss der Bauchhöhle, was durch transperitoneales Abheben des Peritoneums mit nachfolgender Naht beider Blätter erzielt wird. Von 13 auf diese Weise operierten Frauen verlor Frank keine.

W. Sellheim (Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 5) weist in seiner Arbeit zunächst auf die Schattenseiten des klassischen Kaiserschnittes hin (Nebenverletzungen, Peritonitis, Shok, Adhäsionsbildungen, Bauchbruch etc.) wie auch auf die Unvollkommenheit der räumlichen Vorstellungen über Becken

Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und Kindskopf, welche beim vaginalen Kaiserschnitt und der operativen Beckenerweiterung in Betracht kommt, sodann macht er einen neuen Vorschlag auf extraperitonealem Wege das Kind durch den Uterushals austreten zu lassen. In steiler Beckenhochlagerung Pfannenstielscher Schnitt 5 Cmt. über dem oberen Schossfugenrand 15—20 cm. lang. Die Linea alba muss auf einer Strecke von ca. 20 cm. zum Einschneiden freiliegen. Spaltung der Recti. Ablösung des Peritoneums und subperitonealen Bindegewebes von den unteren Rectusflächen. Mässige Füllung der Blase zur Orientierung über ihre Grenzen. Ablösung des Bauchfelles von der Blase, seitlich stumpf in der Mitte mit der Schere bis auf den Uterushals oder Vordringen von der vorübergehend eröffneten Plica vesicouterina aus. Abschieben der Blase nach unten nach Bedarf und des Bauchfellumschlages nach oben bis zum Uteruskörper. Anpressen der Blase mit einer Platte an die hintere Schossfugenfläche. Spaltung der Halswand in der Mitte in der Längsrichtung, Herausdrücken des vorliegenden Kindteiles, Extraction des Kindes, manuelle Placentarlösung. Schluss der Uteruswunde mit Catgutknopfnähten, Ueberwallen dieser Nahtreihe durch fortlaufende Catgutnaht. Anheftung der Blase mit ihrem oberen Zipfel in die Nähe der Bauchfellumschlagstelle. Verkleinerung der Zellgewebswunde durch quere Catgutknopfnähte. Schluss der Rectusspalte und Fascie durch fortlaufende Catgutnaht, der Haut durch Michelsche Klammern, Sandsäcke. Nach dieser Methode wurden 2 Fälle operiert mit günstigem Resultat. Bei unreinen Fällen wird proponiert den präcervicalen Raum nach der Scheide hin zu drainieren.

I. Pfannenstiel (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 10) glaubt, dass sowohl die Frankscheals auch Sellheimsche Methode für fiebernde Kreissende nicht passen, weil die complicierten Wundverhältnisse ungünstige Bedingungen schaffen. Er sieht die Vorzüge des cervicalen Kaiserschnittes in der geringen Blutung, der physiologischen Lösung der Placenta (durch Credeschen Handgriff) und der Vermeidung von Bauchhernien bei Anwendung seines Bauchwandschnittes. Pfannenstiel empfiehlt die Sectio caesarea nicht extraperitoneal sondern transperitoneal auszuführen, weil ihm in einem mitgeteilten Falle das extraperitoneale Arbeiten nicht gelang (Einreissen des Bauchfells und Eröffnung der Blase). Nach Eröffnung des Peritoneums erwies es sich, dass die Blase gar nicht dem Cervix, sondern der Vagina auflag. Kind und Mutter genasen. Die vorgeschlagene Methode besteht aus Pfannenstiel-Schnitt und Medianschnitt und die Cervix uteri, wenn nötig nach Ablösung der Blase, wie bei abdominalen Uterusamputationen. Die Indication für diese Methode ist die gleiche wie für den klassischen Kaiserschnitt. Bei Fieber sub partu soll sie nicht angewandt werden.

H. Sellheim (ibidem) berichtet über 3 weitere Fälle von extraperitonealem Uterusschnitt mit einem Exitus letalis. Er redet für unreine Fälle der offenen Wundbehandlung das Wort und empfiehlt den extraperitonealen Uterusschnitt als Ersatz für den klassischen Kaiserschnitt und die Hebosteotomie bei nicht inficierten Kreissenden. Allerdings ging er auch transperitoneal vor, wobei er die Parietalserosa mit dem oberen Schnittrande des Uterusbauchfelles durch doppelte fortlaufende Naht vernähte.

P. Baumm (Centralbl. für Gyn. 1908 Nr. 14) hat den Frankschen extraperitonealen Kaiserschnitt 2 Mal bei inficierten Kreissenden ausgeführt, von denen eine an einer jauchenden Phlegmone des Beckenzellgewebes zu Grunde ging. Er sieht die Gefahr dieser Methode in der Infectionsmöglichkeit des weit eröffneten Zellgewebes. Er empfiehlt die Operation in reinen Fällen an Stelle des klassischen Kaiserschnittes und der beckenerweiternden Operationen. In 3 Fällen von engen Becken ergab die Operation mit Frankschem Querschnitt glatte Heilung. In einem 6. Falle wurde der provisorische Abschluss der Peritonealhöhle nicht durch Naht sondern durch Klemmen erzielt. Nach Verschluss des Uterus wurden die Klemmen entfernt und das Uterusperitoneum, Peritoneum parietale, Bauchmuskeln und Haut gesondert vernäht und so Zusammengehöriges wieder vereinigt.

O. Küstner (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 16) operierte 1 Mal mit gutem Resultat extraperitoneal nach Sellheim und hält diese Methode für zweckmässig. Sie ist die Entbindungsmethode für die Fälle, welche ausserhalb der Klinik untersucht waren, wo das Fruchtwasser bereits lange abgegangen ist. Bei Streptococceninfection muss die Perforation selbst des lebenden Kindes gemacht werden.

F. Fromme (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 17) operiert nach Veit transperitoneal. Längsschnitt 12 cm. lang von der Symphyse anfangend durch die Bauchwand. Mediale Längsspaltung des Uterusperitoneums von der tiefsten Stelle der Plica vesicouterina anfangend. So weit hinauf wie das Peritoneum beweglich dem Uterus aufliegt (10—12 cm.) Mobilisierung des Peritoneums nach beiden Seiten und Vernähung desselben mit dem parietalen Peritoneum (resp. kleinen) Längsschnitt in den Uterus. Isolierte Vernähung jeder einzelnen Schicht auch bei saprophytischer Infection, welcher der Boden durch Verbindung des Hineinfliessens von Fruchtwasser in die Bauchhöhle entzogen ist. Der klassische Kaiserschnitt wird für die Fälle reserviert, wo eine absolute Sicherheit für die Keimfreiheit des Uterusinhalts vorhanden ist, der extraperitoneale hat sein Anwendungsgebiet bei zweifelhafter Asepsis.

W. Rubesca (ibiden) berichtet über einen gut verlaufenen Fall, der nach Pfannenstiel operiert war; er ist gegen die Sellheimsche Ablösung des Bauchfelles von der Harnblase. Ebenso operierte transperitoneal Wiemer (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 39) mit günstigen Erfolg für Mutter und Kind.

H. Sellheim (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 20) proponiert für unreine Fälle die ‹Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel› mit Offenlassen der Fistel im Wochenbett. Dieselbe muss an einer Stelle angelegt werden, an der die Wunden der Bauchdecken und des Uterus correspondieren. Medianer Sagittalschnitt durch die Bauchdecken unmittelbar über der Schossfuge und sagittaler Schnitt in den correspondierenden oder ad hoc correspondierend gemachten distrahierten Teil des Uterus. Die Bauchdeckenwunde wird mit dem Peritoneum parietale genau vernäht und die Bauchhöhle durch seroseröse Naht zwischen Bauchwandperitoneum und Uterusperitoneum abgeschlossen. Der Verschluss muss dicht, breit und haltbar sein. Das Uterusperitoneum lässt sich zu diesem Zweck leicht mobilisieren. Reicht das verschiebliche Bauchfell am Uterus nicht bis zum oberen Winkel der umsäumten Bauchdeckenöffnung, so wird durch eine fortlaufende Naht, welche Peritoneum parietale und Uterusperitoneum nebst der muskulösen Unterlage breit fasst, der Abschluss vervollständigt (dabei blutet es zuweilen). Schichtenweises Durchtrennen der Uteruswand unter gleichzeitigem Fassen der Wandränder mit breiten Pincetten und Kleinzangen. Nach Eröffnung der Cervix, Vorziehen der Schnittränder vor die Bauchwunde und Umbiegen derselben nach aussen. Nach der Geburt des Kindes lassen sich die Ränder des Uterus an den Hautrand fixieren. Die Fistelöffnung verkleinert sich rasch und kann eventuell durch Secundärnaht geschlossen werden. In dieser Weise wurde ein Fall mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind operiert.

F. Späth (ibidem) begann den extraperitonealen Kaiserschnitt nach Sellheim, musste aber wegen Schwierigkeit bei der Ablösung der Blasenserose die Operation transperitoneal vollenden, Längsschnitt der Cervix. Günstiger Ausgang. Späth zieht den cervicalen Uterusschnitt dem klassischen Kaiserschnitt in seinen Fällen vor.

A. Czyzewicz jun. (Centralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 25) operierte einen Fall von engem Becken der mehrfach schon untersucht war nach Sellheim, was leicht typisch gelang. Uterustamponade wegen Atonie. Mutter und Kind gesund. Er empfiehlt nur den Längsschnitt an Stelle des Pfannenstielschen Querschnittes.

M. Hofmeier (Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 29) berichtet über 2 günstig verlaufene Fälle. Im ersten Falle gelang es nach Sellheim zu operieren, im zweiten Falle lag die vordere Umschlagsstelle des Peritoneums so tief unter dem Beckeneingang, dass an ein Ablösen derselben gar nicht zu denken war, weswegen transperitoneal operiert wurde. Die Vereinigung des parietalen und visceralen Peritoneum war in diesem Falle zwar einfach, trotzdem meint Hofmeier, dass der Abschluss der Bauchhöhle dabei niemals so sicher ist, wie bei primär extraperitonealer Lage der Wunde. Er ist aber gegen den Fascienquerschnitt, der complicierte Wundverhältnisse schafft, was für unsaubere Fälle erschwerend wirkt. Für verdächtige Fälle hält er den Vorschlag Francs, die präliminarisch vernähten Peritonealblätter wieder zu lösen, für nicht richtig. In Fällen schwerer Infection nützt auch die ‹Uterus-Bauchfistel› Sellheims nicht. Der extraperitoneale Kaiserschnitt darf als Ersatz für die Pubiotomie bei Erstgebärenden angesehen werden, nicht aber an Stelle des klassischen Kaiserschnittes treten. Letzteres hat, lege artis ausgeführt, nach H. 0% Mortalität; der extraperitoneale Schnitt nach Sellheim bleibt für die unsauberen Fälle reserviert.

H. Luchsinger (Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 33) berichtet über einen von Dobbert nach Sellheim mit günstigem Ausgang operierten Fall, bei welchem es zur Verletzung des Peritoneum kam. Er spricht sich für ein transperitoneales Vorgehen aus, sobald die Ablösung des Peritoneums auf Schwierigkeiten stösst. Diese Methode soll nur für die infectionsverdächtigen Fälle reserviert bleiben.

Hammerschlag (Centrbl. f. Gyn. 1908. Nr. 50 hat den suprasymphysären Kaiserschnitt 3 Mal ausgeführt, 2 Mal extraperitoneal, einmal transperitoneal. Durchhemmung der Bauchdecken nach Frank ein Mal, Pfannenstielscher Querschnitt zwei Mal. Günstiger Ausgang in allen Fällen. Auf völlig extraperitoneales Vorgehen legt er keinen übermässigen Wert, weil für schwer inficierte Fälle auch diese Methode gefährlich ist. Mit leichter Infection wird das Peritoneum ebensogut fertig wie das Bindegewebe. Practisch ist

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Vereinigung des quereröffneten Peritoneum parietale mit dem oberen Rande des durchschnittenen Uterusperitoneum. Entwickelung des Kindskopfes durch Druck auf den Uterus oder mit dem Forceps. Bei bestehender Infection bleibt die Entbindung durch die Sellheim sche Uterusbauchfistel. Bei engen und straffen Weichteilen tritt der suprasymphysäre an die Stelle des vaginalen Kaiserschnittes. Bei Erstgebärenden ersetzt er die Hebosteotomie (um Weichteilverletzungen zu vermeiden).

E. Kahn (ibidem) berichtet über einen Fall von suprasymphysären Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang. Schnitt nach Pfannenstiel, transperitoneale Eröffnung des Cervix.

A. Döderlein (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 4) gibt folgende extraperitoneale Operationsmethode an. Pfannenstiel-Querschnitt, Auseinandertrennen der Recti artes. Einkerben des rechten Rectus an seiner Ansatzstelle und teilweisem Ablösen von seiner Unterfläche. Nach Anfüllen der Blase, Eingehen mit der Hand zwischen vordere und seitliche Beckenwand, wodurch ein grosser Teil des Genitalrohrs freigelegt wird, Abschieben der rechten Kante der mässig gefüllten Blase nach der Mitte zu, longitudinaler Schnitt ins untere Uterinsegment, Forceps, Credé oder manuelle Lösung der Placenta, Vernähung der Uteruswand durch fortlaufenden Catgutfaden, Decknaht durch das Bindegewebe, Bauchdeckennaht wie gewöhnlich. 2 Fälle so operiert verliefen günstig. Die Methode ist rein extraperitoneal und schädigt trotzdem die Blase nicht, sie ist auch für frühere Geburtsstadien passend. Sie soll an die Stelle der Hebosteotomie treten bei rigiden und engen Weichteilen.

Jahrreis (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 7) berichtet über einen typisch nach Sellheim operierten Fall mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

W. Latzko (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr. 8) beschreibt 3 günstig verlaufene Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt. Längsschnitt oberhalb der Symphyse nach Füllung der Blase mit 150 ccm. Flüssigkeit. Auseinanderziehen der Musculi recti, darnach erscheint die linksseitige Blasengrenze im Operationsfeld. Die Blase wird von links her eingehend nach rechts verdrängt und von der Cervix leicht stumpf abgelöst. Keine Blutung. Die abgelöste Blase soll mit dem rechten Musc. rectus zusammen in ein Plattenspatel gefasst und nach rechts verzogen werden. Die leicht zugängliche Cervix lässt sich jetzt leicht der Länge nach incidieren. Eventuell Drainage nach der Vagina. Der Eingriff ist besonders leicht bei vorgeschrittener Geburt resp. gedehnter Cervix und ist dem Sellheim schen Verfahren überlegen, weil das fest am Blasenvertex haftende Peritoneum nicht scharf abgelöst zu werden braucht. Latzko beansprucht die Priorität für diese Methode Döderlein gegenüber, da dieselbe von ihm schon im Mai vorigen Jahres publiciert ist.

Fassen wir epikritisch die Erfahrungen der Autoren zusammen, so muss ohne weiteres zugegeben werden, dass der suprasymphysäre Kaiserschnitt einen wesentlichen Fortschritt unserer operativen Technik vorstellt. In seiner transperitonealen Modification nach Pfannenstiel eignet er sich für aseptische oder verdächtige Fälle. Die extraperitoneale Methode von Sellheim lässt wegen der variablen anatomischen Verhältnisse der peritonealen Umschlagsstelle häufig im Stich. Man könnte sich also bei einem unreinen Falle gezwungen sehen, die extraperitoneale Methode zu verlassen und zur transperitonealen überzugehen. Um dieses zu vermeiden schlägt Sellheim seine Uterusbauchdeckenfistel vor. Die Döderlein sche Methode soll zwar ein extraperitoneales Operieren gewährleisten, ist aber noch zu wenig erprobt. Für notorisch inficierte Fälle wird man also mit Küstner zur Perforation zurückgreifen müssen, da bereits Todesfälle durch Infection nach cervicalem Schnitt (Baumm, Krönig) berichtet sind.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Wilh. von Leube. Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. II. Band. Siebente vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 78 Abbildungen. 692+XII S. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. Preis M. 16.·

Das altbewährte Leube sche Buch, weist in der neuen Auflage manche Umarbeitung und vielfache Ergänzungen auf, welche beweisen, dass der Verfasser bestrebt ist, sein Werk fortdauernd auf der Höhe des jeweiligen Standes der medicinischen Wissenschaften zu halten und so seine Leser und Schüler nicht nur inbezug auf neue Forschungen und Anschauungen auf dem Laufenden zu erhalten. Von dem Neuen wird aber nur das Wichtigste und Wesentlichste gebracht und der allgemeine einheitliche Standpunct eingehalten, während weniger wesentliche Detailfragen unberücksichtigt bleiben und alles Hypothetische in Wegfall kommt. Der Inhalt des Buches setzt sich folgendermassen zusammen: 1. Diagnose der Krankheiten des Nervensystems, a) Krankheiten der peripheren Nerven, b) des Rückenmarks, c) der Medulla oblongata, d) des Gehirns, e) functionelle Hirnkrankheiten (sog. Neurosen), f) Tropho- und Angioneurosen. 2. Diagnose der Krankheiten der Muskeln. 3. Diagnose der Krankheiten des Blutes und Stoffwechsels. Constitutionskrankheiten. 4) Diagnose der Infectionskrankheiten. Von Ergänzungen und Neubearbeitungen sind zu erwähnen: die Capitel über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und über Polyerythrocythämie, Alkaptonurie, Diabetes mellitus u. a. Der Abschnitt über die Krankheiten des Blutes ist nicht nur wesentlich erweitert und ergänzt sondern auch durch sehr schöne farbige Illustrationen bereichert. Dem Capitel «Infectionskrankheiten» hat Verf. eine neue Einleitung vorausgeschickt, in welcher kurz und klar die Ergebnisse der neuen Forschungen auf diesem immer mehr sich ausdehnenden Gebiet auseinandergesetzt und auch das Wesentlichste aus der Immunitätsforschung dem Leser vorgeführt wird. Viele Ergänzungen und neue Abbildungen sind in dem Capitel über Malaria enthalten. Ein sehr sorgfältig zusammengestelltes Sachregister erleichtert sehr das Nachschlagen in dem grossen, reichhaltigen Buche, das soviel des Wissenswerten enthält, dass es nicht nur für den Studenten und Anfänger, sondern auch für den in der Praxis stehenden Arzt eine Quelle der Belehrung sein kann, aus welcher viel Nützliches und Anregendes geschöpft werden kann.

Fr. Dörbeck.

B. Naunyn. Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer. Zum Handgebrauch der Aerzte zusammengestellt. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1908. 18 Seiten, Preis 60 Pfennig.

Im vorliegenden Büchlein finden wir sehr genaue Tabellen über die Kohlehydrat- und Fettgehalte der Nahrungsmittel, genauere Angaben für jedes einzelne Nahrungsmittel als man es sonst gewohnt ist in den üblichen Lehrbüchern zu finden. Der N-Gehalt wird nur ungefähr angegeben für grössere Gruppen. Im letzten Capitel werden «kurze (populäre) Diätvorschriften zur Benutzung durch Aerzte» geboten mit den notwendigsten Angaben über eine rationelle diätetische Behandlung Diabetischer. Sehr erwünscht wird es allen Lesern sein, einen genauen Speisezettel für eine ganze Woche bei strenger Diät, d. h. ohne Brot und Früchte, vorzufinden. In dieser Kostordnung werden sowohl die Gewichtsverhältnisse als der entsprechende Caloriengehalt der Nahrungsmittel angegeben; der Preis ist auf 2 M. 50 Pf. pro Tag im Durchschnitt berechnet für den Krankenhausbetrieb.

Koch.

Dr. Max Nonne. Syphilis und Nervensystem. II. vermehrte und erweiterte Auflage. Mit 97 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Berlin 1909. 669 Seiten.

Vor 7 Jahren erschien die 1. Auflage dieses bemerkenswerten Buches. Wieviel hat sich seit dieser Zeit in der Syphilislehre verändert. Die Entdeckung der Spirochäte pallida, die Wassermann'sche Complementablenkung, die Arsenbehandlung. Alles das sind Momente von einschneidenster Wichtigkeit, die bei einer neuen Auflage zu berücksichtigen waren, ebenso wie die ins Uferlose wachsende med. Literatur auf beiden Gebieten. Wir müssen aber sagen, dass Verf. diese schwierige Aufgabe auf das Glänzendste gelöst hat und uns ein Werk darbietet, das für lange Zeit von höchster Bedeutung sein wird nicht nur für Neuropathologen und Syphilidologen, sondern auch für jeden practischen Arzt, der sich über diese wichtigen Fragen Klarheit schaffen will. Dabei liest sich das Buch leicht und erfreut durch seine klare Darstellung und Objectivität bei der Abschätzung der verschiedenen Anschauungen, namentlich bezüglich der Aetiologie der Tabes und Paralysis progressiva, die so viele erbitterte Kämpfe hervorgerufen hat. Die sehr zahlreichen eigenen Beobachtungen, die Verf. in 431 kurzen Krankengeschichten im Text eingefügt, bieten dem Practiker beim steigen Gebrauch des Buches viel Belehrung und Erleichterung beim Beurteilen seiner eigenen Krankheitsfälle.

Besonders lehrreich sind die häufigen Vergleiche der Wirkung der Syphilis mit derjenigen der Lepra, der Schlafkrankheit und der bei Tieren beobachteten, der Syphilis ähnlichen Krankheit Dourine. Ganz ausgezeichnet ist die Rolle, welche die Syphilis bei Tabes und Paralysis progressiva spielt, präcisiert und ihre Wichtigkeit wird objectiv und überzeugend dargelegt. Ferner sind noch die Capitel über Therapie und Serodiagnostik speciell hervorzuheben. Verf. führt in kurzer und doch allen neuen Richtungen Gerechtigkeit widerfahren lassender Weise die Syphilisbehandlung dem Leser vor, wobei er in erfreulicher Weise vor der modernen Atoxylbehandlung warnt.

Zum Schluss legt Verf. ausführlich den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik dar, welcher er hohen Wert beimisst,

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

doch betont er, dass diese Methoden noch in der Werdeperiode sind und nicht jeder Arzt sich derselben bedienen kann. Nur wirklich tadellos durchgeführte Reactionen dürfen Anspruch auf Bedeutung machen und mit der Deutung bedarf es noch grosser Vorsicht, negative Resultate sind nicht für die Aetiologie verwertbar. Am zweckmässigsten ist die Anwendung der Complementablenkung gleichzeitig mit der Cytodiagnostik, der Pleocytose und der Bestimmung des Eiweissgehaltes der Cerebrospinalflüssigkeit und des Blutserums. Diese Methoden werden vom Verf. und seinem Assistenten an dem grossen Material des Hamburg-Eppendorfer Hospitals weiter geprüft und sind daher bald weitere für die Praxis verwertbare Mitteilungen zu erwarten. Die Ausstattung des Buches und der Abbildungen sind tadellos.

O. v. Petersen.

Ophthalmic Surgery. A Handbook of the Surgical Operations on the Eyeball and Its Appandages as practiced at the Clinic of Prof. Hofrat Fuchs. By Dr. Josef Maller. The Translation reviewd by Walter L. Pyte, M. D. Philadelphia: P. Blakistons Son & Co. Vienna: Josef Safar. 1908.

Verfasser, der an der Fuchsschen Augenklinik jahrelang Operationscurse erteilt hat, ist mit Veröffentlichung vorstehenden Buches hauptsächlich den Wünschen seiner englischen Zuhörer nachgekommen. So sind denn auch die Operationen geschildert, wie sie von Prof. Fuchs ausgeführt werden und teilweise von ihm modificiert worden sind. Nur die Tränensackexstirpation sieht Verfasser als sein Eigentum an. Ich will hier gleich bemerken, dass ich in dieser Methode keinen Vorzug vor der Kuhntschen finden kann. In 20 Capiteln beschreibt Maller in kurzer klarer Form die hauptsächlichsten Augenoperationen, nämlich Tränensackexstirpation, Tränendrüsenexstirpation, Trichiasisoperationen, Ectropiumoperationen, Entropiumoperationen, Ptosisoperationen, Strabismusoperationen, Enucleation und verwandte Operationen, Plastik, Cataractoperationen, Glaucomoperationen, Operation bei Irisprolaps, Corneal- und Conjunctionsplastik, Extraction von Fremdkörpern aus dem Auge. Das letzte Capitel ist den kleineren Operationen, wie subconjunctivalen Injectionen, Centerisation von Geschwüren, dem Salmischschen Schnitt etc. gewidmet. Schliesslich werden noch Anästhesie und Assistenz besprochen. — Obschon das Buch, was Ausführlichkeit anlangt, sich mit der Czerneckschen Operationslehre wohl nicht messen kann, müssen als sein besonderer Vorzug die ausgezeichneten Abbildungen hervorgehoben werden. Das ist von ungeheurer Wichtigkeit, denn eine gute Abbildung sagt oft mehr, als ein seitenlanger Text. Alles zusammengenommen, kann man die Ophthalmic Surgery als eine dankenswerte Bereicherung unserer ophthalmologischen Literatur begrüssen und ihr weite Verbreitung wünschen.

Lezenius.

Gesellschaft pract. Aerzte in Reval.

Auszug aus den Sitzungsprotocollen des II. Halbjahrs 1908.

Greiffenhagen demonstriert: 1. Zwei durch Frühoperation (8 und 4 Stunden nach Beginn der ersten Krankheitssymptome) gewonnene Wurmfortsätze. Beide zeigen das Bild der acut entzündlichen Röte, Schwellung und Vergrösserung. In beiden Fällen war der Process auf die Appendix beschränkt, die Umgebung noch intact, daher völliger Schluss der Bauchwunde und prima intentio. — 2. Demonstration eines zwei Faust grossen linksseitigen Schilddrüsenlappens, der einer 35jährigen Frau wegen Schluckbeschwerden entfernt worden war. Es bestand weder vor der Operation, noch zwei Tage nachher eine Mobilitätsstörung im Gebiet des Recurrens, erst am dritten Tage setzte eine Parese ein, welche Vortr. als Compressionserscheinung in Folge des postoperativen Haematoms resp. reactiven Oedems auffasst und die in der Regel — so auch im vorliegenden Fall — nach einigen Wochen schwindet. Die vor 6 Jahren an derselben Patientin ausgeführte rechtsseitige Strumectomie hatte eine Recurrensparese nicht zur Folge gehabt.

Wistinghausen referiert über einen von ihm operierten Ileus, bei dem eine innere Jncarceration durch ein Meckelsches Divertikel zustande gekommen war. Der Pat. war nach einem acuten Durchfall an heftigen Leibschmerzen erkrankt und wurde unter der Diagnose Appendicitis ins Hospital aufgenommen. Da aber die Temperatur normal blieb, das Abdomen stark aufgetrieben war und völlige Obstipation bestand, wurde wegen Verdacht auf innere Incarceration laparatomiert. Nach Durchschneidung des den Dünndarm nahe der Ileocoecalklappe einschnürenden Stranges war das Hindernis behoben.

Harms demonstriert einen Formalin-Desinfectionsapparat, wie er von Sarewitsch construiert worden ist. Der Apparat ist handlich und leicht zu reinigen und entspricht er dem für Formalin-Desinfection aufgestellten Postulat, nämlich dass eine Polymerisation nicht stattfinden kann. Der Apparat kostet 45 Rbl. und stellt sich die Desinfection durch ihn relativ billig. Es findet ein Durchströmen von Wasserdampf durch die Formalinlösung statt.

Blacher gibt eine Uebersicht des klinischen Materials der inneren Abteilung des Revaler Militär-Lazarets im Jahre 1907/8. In der Einleitung hebt Vortr. die Einheitlichkeit des Materials hervor, das sich deswegen gut zu Statistiken eignet und zieht Vergleiche mit den im ganzen russischen Heere gemachten Beobachtungen. Von 1810 Kranken der inneren Abtheilung wurden 1364 geheilt entlassen, 20 starben und 41 verblieben in Behandlung. 385 Kranke wurden teils in andere Abteilungen übergeführt, teils als zum Dienst untauglich entlassen. Das Material lässt sich in folgende Krankheitsgruppen einteilen:

(Schluss folgt.)

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der Director des Morosowschen Instituts für Krebskranke Prof. Lewschin in Moskau hat der medicinischen Facultät der Moskauer Universität ein Project eines speciellen Gebäudes zur Prüfung vorgelegt, in dem er anthropomorphe Affen zu experimentellen Zwecken halten möchte. Die Commission, die von der Facultät zur Prüfung des Projects gewählt wurde, hat das Project gebilligt und dem Prof. Lewschin gestattet zu diesem Zweck 4 Chimpansen durch die Firma Hagenbeck in Hamburg zu verschreiben.

— Vom 2. bis zum 5. April wird in Kiew der Russische Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie tagen. Präsident des Organisationscomitees ist Prof. A. Muratow, Secretäre DDr. G. Brunow und Schuwarskij. Vorträge müssen bis zum 15. März dem Organisationscomitee angemeldet werden. Der Mitgliedsbeitrag (10 Rbl.) ist an den Cassaführer, Dr. W. Dobronrawow (Kiew, Shitomirskaja 9) einzuschicken. Das Organisationscomitee hat folgende Themata in das Programm des Congresses aufgenommen: 1) Der gegenwärtige Stand der Frage über Pubiotomie. 2) Physiologie, Pathologie und Therapie des Wochenbetts. 3) Beziehungen der Tuberculose zur Gravidität und die sich hieraus ergebenden Indicationen zur Therapie. 4) Pathogenese des Krebses, Statistik und Bekämpfung desselben. 5) Bewertung der gebräuchlichen Schnittmethoden bei Koeliotomien.

— Es ist beschlossen, das Schwefelbad Kemmern durch eine Eisenbahnlinie mit der See zu verbinden und am Strande einen neuen Badeort einzurichten. Die zum Bau nötigen Summen sind bereits angewiesen und bis zur Badesaison des nächsten Jahres soll die Eisenbahnlinie fertiggestellt werden. Zwecks Einrichtung des neuen Badeortes, der den Namen «Kemmern Primorskij» führen soll, wird ein Teil des Kronwaldes parzelliert und auf diesem Grundstück werden Villen erbaut werden.

— An Stelle Prof. A. v. Strümpells, der bekanntlich den nach v. Schrötters Tode vacanten Lehrstuhl der inneren Klinik an der Wiener Universität eingenommen hat, ist nach Breslau Prof. Minkowski aus Greifswald berufen, der den Ruf auch angenommen hat.

— Der bekannte japanische Forscher, Prof. Kitasato ist zum Ehrenmitglied der Royal Society in London erwählt worden.

— Die Senckenbergsche Naturforschende Gesellschaft zu Frankfurt am Main hat Prof. Dr. Bernhard Schulze, Ordinarius der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Jena zu ihrem correspondierenden Mitglied ernannt.

— In Antwerpen soll im März dieses Jahres eine medicinische Kunstausstellung stattfinden, die neben ernsten Kunstwerken (Malerei, Sculptur, Gravüren) die irgendwie zur Medicin in Beziehung stehen, auch Caricaturen bekannter Aerzte und Scenen aus dem ärztlichen Berufsleben enthalten soll. Ferner werden photographische Aufnahmen von Scenen aus dem Hospital, aus dem Leben der Studenten der Medicin und der Aerzte ausgestellt werden und endlich poetische und schriftstellerische Erzeugnisse, die sich auf Medicin beziehen und einige seltene medicinische Bücher von historischem Interesse.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— **XVI. Internationaler medicinischer Congress.** Die Leitung des XVI. internationalen medicinischen Congresses erlaubt sich, die Herren Referenten darauf aufmerksam zu machen, dass die Manuscripte der Referate bis zum 28. Februar, welches Datum nunmehr als der späteste Termin festgesetzt ist, an das Congressbureau-Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7, einzusenden sind.

Den Mitgliedsbeitrag von 25 Kronen österr.-ung. Währung wolle man mittelst Postanweisung an den Schatzmeister des Congresses, Herrn Prof. Dr. von Elischer (Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7) einsenden.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankt u. gestorben vom 8. bis 14. Februar.		Erkrankt u. gestorben in der vergang. Woche.		Erkrankt u. gestorben seit Beginn der Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	88	(25)	109	(39)	10001	(3951)	24. Aug. 1908
Gouv. St. Petersburg (ohne die Vorstädte)	13	(6)	—	—	420	(207)	31. » »
Gouv. Jaroslaw	5	(2)	16	(6)	374	(182)	6. » »
» Witebsk	—	—	1	—	6	(4)	15. Sept. »
» Tula	3	(2)	—	—	3	(2)	12. Febr. 1909
Gebiet der Don-Kosaken	1	—	1	—	3049	(1459)	22. Juli 1908
	110	(35)	127	(45)	13853	(5805)	

Im Ganzen sind aber seit Beginn der Choleraepidemie in Russland 31643 Personen erkrankt und 14790 gestorben.

— Vom 18. bis zum 19. Febr. erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 8 Personen, starben 3 und genasen 8. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 192 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10148 Personen erkrankt, 3970 gestorben und 5986 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 25. bis zum 31. Jan. 1909 684 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 40, Typh. exanth. 8, Febris recurr. 118, Pocken 5, Windpocken 10, Masern 77, Scharlach 91, Diphtherie 115, acut. Magen-Darmkatarrh 47, Cholera 124, an anderen Infectionskrankheiten 49.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12760. Darunter Typhus abdominalis 486, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 592, Scharlach 217, Masern 91, Diphtherie 201, Pocken 30, Windpocken 3, Cholera 266, crupöse Pneumonie 133, Tuberculose 629, Influenza 279, Erysipel 68, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 84, Lepra 1, Syphilis 533, venerische Krankheiten 342, acute Erkrankungen 1887, chronische Krankheiten 1771, chirurgische Krankheiten 1447, Geisteskrankheiten 3198, gynäkologische Krankheiten 216, Krankheiten des Wochenbetts 42, verschiedene andere Krankheiten 114.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 968 + 47 Totgeborene, + 65 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 3, Pocken 1, Malleus 1, Masern 20, Scharlach 32, Diphtherie 19, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 43, katarrhalische Pneumonie 130, Erysipelas 4, Influenza 15, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 127, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 42, Magen-Darmkatarrh 41, andere Magen- und Darmerkrankungen 53, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 52, Marasmus senilis 30, andere Todesursachen 280.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 7-ten Febr. verstarb in St. Petersburg der Obersanitätsarzt der Stadt Petersburg Dr. W. J. Wersheiski, geb. 1856. Arzt seit 1885. 2) Am 10-ten Febr. Dr. med. Nikolai Hess. Arzt seit 1878. Der Verstorbene war Oberarzt am Marien-Magdalenen Hospital und Gehilfe des Directors der Marien-Gebäranstalt in St. Petersburg. 3) In Perm am 3. Febr. der Oberarzt des Gouvernement-Landschaftshospitals Dr. med. W. M. Winogradow am Flecktyphus. 4) In Odessa Dr. Leinenberg. — In Aberdeen starb am 19. Febr. der Professor der Pathologie David James Hamilton. Bei dem Erdbeben in Messina sind folgende Aerzte umgekommen: 1) Antonio Zincone, Professor der Anatomie. 2) Gaspare D'Urso, Professor der chirurgischen Klinik. 3) Giovanni Melle, Professor d. Dermatologie und Syphilidologie. 4) Agatino Barbera, Professor für experimentelle Physiologie. 5) Giuseppe Betagh. 6) Antonino Cambria. 7) Pietro Fiorentini, Privatdocenten für externe Pathologie. 8) Lorenzo Mandalari, Privatdocent für Psychiatrie. 9) Carmelo Calderone, Privatdocent f. Dermatologie und Syphilidologie. 10) Domenico Crisafi, Privatdocent f. Kinderkrankheiten. 11) Francesco Ponzio, Privatdocent f. Gerichtsmedicin. 12) Baldassare Testa, Privatdocent f. Pharmakologie. Alle 12 gehörten dem Lehrkörper der Universität in Messina an.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 24. Febr. 1909.

Tagesordnung: 1) Weber: Ueber Indicationen und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine.

2) Fuhrmann: Zur Casuistik der Periostitis als frühe Complication des Typhus abdom. —

Wahl von Ehrenmitgliedern.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. März 1909.

Tagesordnung: Dr. X. Dombrowski: Zur Casuistik der Nierengeschwülste.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

Dr. Ludwig Jehle. Die lordotische Albuminurie. Verlag Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909.

Prof. Wullstein und Prof. Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. Gustav Fischer in Jena. 1909.

Dr. M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Verlag Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909.

Dr. R. Dörr, Dr. K. Franz und Dr. S. Taussig. Das Pappatacifieber. Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909.

Dr. H. Bock. Vorlesungen über Herzkrankheiten. Verlag H. Thoma. München. 1908.

Dr. H. Bouquet. L'évolution psychique de l'enfant. Blond et Cie. Paris. 1909.

Raymond Meunier. Le Hachich. Blond et Cie. Paris. 1909.

Dr. A. Marie et R. Martial. Travail et Jolie. Blond. Paris. 1909.

Д-ръ Л. Б. Бертенсонъ. Отчетъ о XIV международномъ съѣздѣ по гигіенѣ и демографіи въ Берлинѣ. 1907. Спб. 1909.

Д-ръ А. Г. Люткевичъ. Памяти профессора А. А. Крюкова.

F. W. Pavy. Lectures on Diabetes mellitus. Lancet. London. 1908.

J. Steinhaus. Grundzüge der Allgem. Patholog. Histologie. Akad. Verlags-Gesellschaft. Leipzig. 1909.

A. Dührssen. Gynäkologie. S. Karger. Berlin. 1909.

Koranyi und Richter. Physikalische Chemie und Medicin. Bd. II. G. Thieme. Leipzig. 1908.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 9 St. Petersburg, den 28. Febr. (13.) März 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Ueber acute Pancreatitis.

Von

Dr. Leo Bornhaupt.

Vortrag, gehalten am 30. August 1908 zum 20. Livländischen Aerztetage in Riga.

M. H.! In der letzten Zeit ist von vielen Chirurgen eine acute Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, die unter den gleichen Symptomen eines Ileus oder einer Perforationsperitonitis zu verlaufen pflegt, beobachtet worden. Man hat diese Krankheit Pancreatitis acuta, P. haemorrhagica oder acute Pancreasnecrose benannt. Nachdem Balser im Jahre 1882 zuerst eine „zuweilen tödliche Krankheit des Menschen", die mit der abdominellen Fettgewebsnecrose einhergeht, beschrieben hatte, ist den entzündlichen Processen der Bauchspeicheldrüse eine besondere Beachtung geschenkt worden. Durch die Arbeiten von Langerhans, Hildebrandt und Chiari ist ein Zusammenhang der eben erwähnten abdominellen Fettgewebsnecrosen mit gewissen Veränderungen im Pancreas und mit der Wirkung des Pancreassecrets auf das abdominelle Fett nachgewiesen worden. Die Besprechung der verschiedenen Ansichten, die auf Grund von experimentellen Arbeiten in dieser Beziehung in der Literatur vertreten worden sind, würde uns heute zu weit führen. Nur muss der Tatsache Erwähnung getan werden, dass es Guleke neuerdings gelungen ist, den Nachweis dafür zu erbringen, dass das Pancreassecret neben seinen verdauenden auch toxische Eigenschaften besitzt. Kommt es daher aus irgend einem Grunde zum Zerfall der Pancreaszellen, so wird der Pancreassaft frei, diffundiert in die Umgebung und wird von Lymph- und Blutgefässen resorbiert.

Die verdauende Eigenschaft des auf diese Weise freigewordenen Pancreassaftes äussert sich in den abdominellen Fettgewebsnecrosen überall dort, wohin das Pancreassecret hingelangt. Die toxische Wirkung ist durch das Aufsaugen des Saftes auf dem Wege der Lymph- und Blutgefässe bedingt und ruft eine Vergiftung des Organismus hervor, die den Tod zur Folge haben kann.

Von grosser Wichtigkeit ist ferner die von Guleke festgestellte Tatsache, dass „die giftige Noxe sich sowohl im frischen, wie im kranken Pancreas, im Pancreassecret und im Trypsin Grübler findet". „An welchen Bestandteil des Pancreassecrets die Giftwirkung gebunden ist, wissen wir vorläufig nicht". Dieses sind die wichtigsten Momente, auf die wir heute unsere Anschauungen in dieser Frage stützen können und die wir hauptsächlich den Arbeiten von Guleke und G. v. Bergmann zu verdanken haben. Andererseits ist es allgemein bekannt, dass die acute Pancreatitis bezw. Pancreasnecrose heutzutage nicht mehr eine bedingungslos tödlich verlaufende Erkrankung zu sein braucht; es ist mehreren Chirurgen gelungen, das Leben solcher Patienten durch eine Operation zu retten. Durch unser Eingreifen kann die Möglichkeit geschafft werden: erstens die Umgebung der erkrankten Bauchspeicheldrüse vor der verdauenden Eigenschaft des Pancreassecrets zu schützen, zweitens den Organismus von dem Aufsaugen des toxischen Secrets zu befreien und dadurch der tödlichen Vergiftung vorzubeugen.

Damit Ihnen der Zweck eines derartigen chirurgischen Eingriffs klarer vor Augen tritt, sehe ich mich genötigt, hier einige wichtige Momente, die die Aetiologie und die Entstehung einer acuten Pancreatitis betreffen, wenigstens in Kürze hervorzuheben.

Aus der umfangreichen Literatur, die uns heute auf diesem Gebiete zur Verfügung steht, dürfen wir ersehen, dass ätiologisch bei der acuten Erkrankung der Bauchspeicheldrüse keineswegs nur Gallensteine oder Stauungen im Darmtractus und dadurch bedingte Einwanderung der Bacterien in den Ductus pancreaticus eine Rolle spielen. Im Gegenteil, es bleibt fast die grösste Anzahl von Fällen nach, wo diese Momente ätiologisch nicht in Betracht kommen können. Bei den bacteriologischen Untersuchungen der acut erkrankten Bauchspeicheldrüse hatte man nur in einem verhältnismässig geringen Procentsatz Bacterien nachgewiesen. Ich kann

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

in dieser Beziehung nur auf die Ausführungen von Truhart verweisen.

Es steht für uns demgemäss fest, dass in einem grossen Teil der Fälle bei der Entstehung einer acuten Pancreatitis noch andere Ursachen in Betracht gezogen werden müssen. Eine Beobachtung, die allgemein ihre Bestätigung findet, geht dahin, dass diese Erkrankung meist Individuen betrifft, die im reifen beziehungsweise im vorgeschrittenen Greisenalter stehen, ferner kommt es am häufigsten vor, dass fettleibige Personen unter den entzündlichen Processen des Pancreas zu leiden haben. Diese Tatsachen weisen darauf hin, dass sich pathologische Processe im Pancreas auf der Basis von Ernährungsstörungen abspielen können, sei es, dass diese Störungen durch Veränderungen in den Gefässwänden bedingt sind, sei es, dass die Blutzufuhr in einer anderen Weise, wie zum Beispiel durch eine Insufficienz des Herzens oder durch die Fettleibigkeit des Patienten behindert ist. Aus diesem Grunde scheint auch der Alcoholismus und die Arteriosclerose in der Aetiologie der acuten Pancreatitis eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen.

Dass aber die Stauung im Ausführungsgange des Pancreas als Ursache einer acuten Erkrankung der Drüse nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen ist, beweisen die Experimente von Guleke, der durch die Injectionen von Oel, Galle, Blut in den Hauptausführungsgang der Bauchspeicheldrüse bei Hunden eine Erkrankung des Pancreas hervorgerufen hatte, die sich von der acuten Pancreashämorrhagie des Menschen nicht unterscheidet.

Welches von den oben kurz angeführten ätiologischen Momenten auch wirken mag, müssen wir uns den Beginn einer acuten Pancreatitis derart denken, dass es zuerst zur Degeneration und zum Kerntod der Parenchymzellen kommt, die ihre Undurchlässigkeit auf diese Weise verlieren. Das Pancreassecret dringt durch diese degenerierten Parenchymzellen auf dem Wege der Diffusion in das interstitielle Gewebe, und beginnt auf diese Weise seine verdauende Tatigkeit, indem es sich weiter in der Umgebung ausbreitet. Es kommt zur Zerstörung der Wände der Blutgefässe und damit verbundenen Hämorrhagien, es kommt ferner zum Aufsaugen des Pancreassecrets durch die Blut- und Lymphgefässe, zu zerstreuten Fettgewebsnecrosen im Interstitium des Pancreas, zur Necrose der Parenchymzellen und schliesslich unter Umständen zur Vereiterung der erkrankten Drüse oder zur totalen Necrose derselben.

Diese ätiologisch noch nicht genügend aufgeklärte acute Pancreatitis habe ich in den letzten 3 Jahren 4 Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt, und möchte Ihre Aufmerksamkeit heute auf diese Frage insofern mit einer gewissen Berechtigung lenken, als vielleicht dadurch dem einen oder dem anderen Collegen die trüben Erfahrungen erspart bleiben dürften, die ich hatte machen müssen, bevor es mir gelungen ist, das Leben wenn auch nur einer Patientin zu retten.

Von diesen 4 Fällen habe ich die ersten 3 Patienten operiert. Zwei Kranke starben nach der Operation. Die Diagnose wurde vor der Operation nicht gestellt. Der dritte Fall wurde zielbewusst unter der Diagnose acute Pancreatitis operiert, und die Patientin ist gerettet worden. Der 4. Patient ist nicht operiert worden, weil der Kräftezustand es nicht mehr gestattete; der Kranke ist in 2 mal 24 Stunden gestorben; es war ein kräftiger, gesunder Mann von 49 Jahren, der bis dahin stets gesund gewesen war und angab, an keinerlei Beschwerden von Seiten des Abdomens jemals gelitten zu haben. Auf der Durchreise ist er in Riga plötzlich erkrankt; am zweiten Tage, wo ich consultiert wurde, fand ich ihn schon fast pulslos mit kühlen Extremitäten vor. Der Versuch, seine Herztätigkeit durch Kochsalzinfusionen und Campher zu heben, scheiterte, so dass man von einem operativen Eingriff Abstand nehmen musste. Bei der Autopsie fanden wir eine acute Pancreatitis mit disseminierter Fettgewebsnecrose in der Bauchhöhle. Hinsichtlich der Aetiologie muss hervorgehoben werden, dass alle 4 Patienten dem reifen, resp. vorgeschrittenen Alter angehören. Die jüngste von ihnen von 42 Jahren hat den Eingriff gut überstanden. Bei der ältesten Kranken, die 66 Jahre alt war, war an der Herztätigkeit Verschiedenes auszusetzen gewesen. Die beiden anderen Kranken liegen in der Mitte mit 49 und 60 Jahren. Die Fettleibigkeit war bei allen 4 Patienten mehr oder weniger deutlich entwickelt. Alcoholismus kam kein Mal in Frage. Die Arteriosclerose fehlte in allen 4 Fällen. Gallensteine, die bis zum Moment der acuten Entzündung der Bauchspeicheldrüse nie vorher Erscheinungen gemacht hatten, wurden bei der Autopsie in der Gallenblase des letzten nicht operierten Falles gefunden. Ferner muss bei diesem letzten Fall die Tatsache besonders hervorgehoben werden, dass der in der Substanz des erkrankten Pancreaskopfes verlaufende ca. 2 cm. lange Teil des Ductus choledochus einen viel weiteren Umfang besass also dilatierter erschien als das periphere, zur Papilla Vateri hin gelegene Ende. Auch die trübe, grünlich verfärbte, gallig imbibierte Wand des dilatierten Teils des Ductus choledochus unterschied sich von dem schmalen, blassen peripheren Teil desselben. Diese Dilatation und Veränderungen in der Wand des in der Pancreassubstanz verlaufenden Teils des Ductus choledochus weisen auf eine Stauung in demselben hin. In den Beiträgen aus der Körteschen Klinik „zur chirurgischen Anatomie der grossen Gallenwege" (Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 87. H. 1) hebt neuerdings Ruge ebenso wie Ebner dieses Moment in ätiologischer Beziehung ganz besonders hervor.

Viel wichtiger für uns, practische Aerzte, ist die Bekanntschaft mit den Symptomen, unter denen diese acute Erkrankung verläuft, und die Besprechung der Differentialdiagnose. Gerade mein letzter Fall hat es deutlich gezeigt, wie frühzeitig wir den Anfang dieses schweren Processes erkennen müssen, wenn wir mit unserer lebensrettenden Hilfe nicht zu spät kommen wollen. 24 Stunden nach dem Beginn des Leidens bestanden schon allgemeine Vergiftungserscheinungen schwerster Art, und jegliches Tun von unserer Seite erschien aussichtslos. Das Leiden tritt plötzlich, völlig unerwartet und ohne äussere Ursache ein, oft werden die ersten Erscheinungen: wie Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen von den Kranken auf einen angeblichen Diätfehler bezogen. Sehr bald gesellen sich dazu die Symptome eines Darmverschlusses resp. einer beginnenden Peritonitis: es tritt Verhaltung von Stuhl und Winden auf, verbunden mit sich steigernden Schmerzen im Abdomen. Die Temperatur verhält sich verschieden, je nach dem, ob erstens die Infection bei der Erkrankung mit eine Rolle spielt, und ob zweitens die Intoxication eine derartig hochgradige ist, dass sie die hohe Temperatur zur Folge hat. Der Puls ist im ersten Stadium der Erkrankung gewöhnlich von guter Qualität und nicht beschleunigt, ändert sich jedoch schnell, sobald das Pancreassecret in die Peritonealhöhle hinaustritt und sich auf diese Weise eine, wenn auch nicht gerade infectiöse, Peritonitis entwickelt. Eine trockene Zunge, gewisses verfallenes Aussehen der Patienten, meist halonierte Augen sprechen in der Regel für Beginn eines schweren Leidens. In dem bis jetzt geschilderten Krankheitsbilde sehen Sie, m. H., noch kein einziges Symptom, das für den Krankheitsprocess charakteristisch wäre. Häufig ist es auch passiert, dass das Leiden vom behandelnden Arzt

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

für eine acute Gastro-duodenitis gehalten wurde. Erst die hartnäckige Stuhlverhaltung und die beständig zunehmenden, oft unerträglichen Schmerzen zwingen den Patienten, einen Chirurgen zu consultieren. Auch der Chirurg kann trotz der genauesten Untersuchung vor eine sehr schwierige Aufgabe gestellt werden, wenn er bei allen solchen stürmisch verlaufenden abdominellen Erkrankungen nicht an die Pancreatitis acuta denkt. Wenn der Harn nicht Zucker enthält, was die Diagnose sehr wahrscheinlich macht, was aber auch trotz der bestehenden Pancreatitis nicht immer zu sein braucht, so haben wir bis jetzt keinen einzigen sicheren Anhaltspunct, der uns die Diagnose sichern könnte.

Ein richtiges Urteil über den Krankheitsvorgang können wir nur dann gewinnen, wenn wir nicht Ileus oder Perforationsperitonitis diagnosticieren, sondern mit aller Aufmerksamkeit nach der Ursache des Ileus oder der Peritonitis forschen.

Und gerade im frühen Stadium der Erkrankung ist das Erkennen derselben leichter, wo das klinische Bild durch ein weit aufgetriebenes Abdomen und einen vollständigen Verfall der Herztätigkeit noch nicht verwischt ist. Für eine Perforationsperitonitis finden wir oft in der Anamnese gar keine Anhaltspuncte; das beweisen alle 4 Fälle, die ich beobachtet habe. Die betreffenden Patienten sind aber bis dahin gesund gewesen, weder von Anfällen von Appendicitis, noch von Gallensteinkoliken, noch von Magenbeschwerden, die auf ein Ulcus schliessen lassen könnten, ist je die Rede gewesen. Dabei sprechen der ruhige Puls und die weichen Bauchdecken im Beginn der Erkrankung auch gegen eine Perforationsperitonitis. Im Vordergrunde der Erscheinungen stehen Verhaltung von Stuhl und Winden und unerträgliche Schmerzen, plötzlicher Anfang, daher neigen wir mehr, da Verschiedenes gegen eine Peritonitis spricht, einen Ileus oder, besser gesagt, eine Darmocclusion anzunehmen. Das Alter der Patienten lässt gewöhnlich zuerst an einen bösartigen Darmtumor denken, jedoch finden wir in der Anamnese nichts dafür Sprechendes. Der Leib ist weich, und es müsste doch leicht sein, die occludierte Darmschlinge zu palpieren. Jedoch suchen wir vergebens. Wir finden mehrere geblähte, oft plätschernde Schlingen, doch keine, die sich steift, wie wir sie bei einer Darmocclusion im ersten Stadium fast immer nachweisen können. Ueberhaupt fehlt jegliche peristaltische Bewegung, und dieses ist charakteristisch. Je genauer wir den Leib untersuchen, desto weniger überzeugend können wir die Stelle der Occlusion bezeichnen. Doch gewinnen wir dabei immer mehr den Eindruck, dass die empfindlichste Stelle im Epigastrium sich befindet und dass bei der Palpation die Bauchdecken hier mehr gespannt werden als in den unteren Partien des Abdomens. Dieses ist ein recht wichtiger Anhaltspunct, worauf von vielen Autoren hingewiesen worden ist.

In einigen Fällen ist man auch in der Lage, im Epigastrium links oder auch rechts einige unbestimmte und nicht deutlich fühlbare Resistenzen zu fühlen, die eigentlich nicht in das Bild einer angenommenen Darmocclusion hineinpassen und auch sonst schwer zu deuten sind. In 2 von meinen Fällen sind diese Resistenzen vorhanden gewesen und haben sich ebenso wie in den übrigen in der Literatur schon bekannten Fällen als verdickte, mit Fettgewebsnecrosen bedeckte Netzklumpen erwiesen. Unter Umständen können daher diese Resistenzen im Epigastrium für die Diagnose recht wertvoll sein. Mit hohen Eingiessungen, wobei recht grosse Mengen hineinlaufen können, ein Umstand, der gegen eine Occlusion im Colon descendens und in der Flexur spricht, kann häufig Stuhl erzeugt werden, was die Diagnose Ileus erschüttert und die Wahrscheinlichkeit einer Coprostase nicht ganz von der Hand weisen lässt. Jedoch steht der schwere Zustand des Patienten in keinem Verhältnis zu einer leichteren Erkrankung, wie die Coprostase es ist. Auch der Character des Erbrechens lässt uns bald an der Diagnose Darmocclusion zweifeln. Das gallige Erbrechen, das im Beginn der Erkrankung stürmisch einsetzt, hört oft im weiteren Verlauf fast ganz auf. Gerade das umgekehrte Bild sehen wir bei einer bestehenden Darmocclusion, wo sehr bald Kotbrechen auftritt, namentlich, wenn es sich um eine hochsitzende Dünndarmocclusion handelt. Je mehr wir uns also bemühen, den Charakter und den Sitz der Occlusion resp. Obturation festzustellen, desto mehr kommen wir in die Brüche. Finden wir dann den Sitz der Erkrankung im Epigastrium, so sind wir heutzutage verpflichtet, an eine acute Pancreatitis zu denken und in der Untersuchung des Harns auf Zucker die eventuelle Bestätigung unserer Annahme zu suchen. Aber auch wenn die Harnanalyse negativ ausfällt, dürfen wir nicht säumen, falls wir auf Grund des gesamten Krankheitsbildes die acute Pancreatitis nicht mit voller Sicherheit ausschliessen können.

Wie wenig Zeit zum Handeln uns zur Verfügung steht, beweist mein von mir schon oben erwähnter 4. Fall, wo in 2 mal 24 Stunden der Exitus erfolgt war. Selbstverständlich gibt es Fälle, die einen langsameren Verlauf nehmen, aber dennoch ist die Diagnose am leichtesten im Beginn der Erkrankung zu stellen, dieses habe ich an meinem 3. Fall erfahren, den ich am ersten Tage ca. 14—15 Stunden nach der Erkrankung zu untersuchen Gelegenheit gehabt habe. Dieser Fall hat uns ferner ebenso, wie die von Hahn, Halstedt, Bunge, Körte, Pels-Leusden, Wiesinger, Böhm, Doberaner, Ebner, (A. Stieda), Nötzel publicierten Fälle gezeigt, dass ein frühzeitig ausgeführter operativer Eingriff imstande ist, das Leben eines solchen Kranken zu retten.

Wenn Sie sich den ganzen Process, wie er sich im Pancreas entwickelt, noch ein Mal vergegenwärtigen, so können Sie denselben mit Recht mit einer fortschreitenden Phlegmone vergleichen. Je mehr das Pancreassecret ins Pancreasgewebe diffundiert und die Umgebung der Drüse infiltriert, indem es das Parenchym zerstört und das Fettgewebe verdaut, desto grösser wird die Ansammlung der Flüssigkeit, die ein hämorrhagisch-seröses Aussehen hat, desto grösser die Spannung in der Drüse und in der Umgebung, desto erschwerter die Blutzufuhr, desto günstiger die Bedingungen zum Fortschreiten des Processes und zum Aufsaugen des Giftes durch den Organismus. Die Gefahr für den Kranken wächst mit dem Augenblick, wo das Pancreassecret sich in die Peritonealhöhle Bahn gebrochen hat, wo die hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit in der Bauchhöhle frei herumschwimmt, wo die Serosa der Bauchhöhle diffus gerötet ist und der Darm seine Peristaltik vollständig eingebüsst hat. Der Puls wird klein und beschleunigt, und vor unseren Augen entrollt sich das Bild einer typischen Peritonitis. Nur die disseminierten Fettgewebsnecrosen am Netz und Mesenterium beweisen uns, dass diese Peritonitis vom erkrankten Pancreas ausgeht, und daher vielleicht noch schlimmer ist, als eine eitrige.

Wer dieses Bild ein Mal gesehen hat, dem wird es klar, dass die Therapie hier zwei Aufgaben zu erfüllen hat: erstens durch Tamponade die Bauchhöhle vor dem hervorströmenden Pancreassecret zu schützen und dasselbe nach aussen abzuleiten und zweitens das retroperitoneal gelegene, gewöhnlich partiell oder diffus stark verdickte und rötlich verfärbte Pancreas freizulegen und durch Abfliessen der Flüssigkeit die Spannung in der Bauchspeicheldrüse und ihrer Umgebung zu beseitigen. Durch diese Entspannung wird der Process in der Drüse zum Stillstand gebracht, die Blutzufuhr verbessert und die Resorption von Giftstoffen

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehemmt. Dieselbe breite Tamponade muss, und darauf hat besonders Miculicz aufmerksam gemacht, überall dort angewandt werden, wo man während einer Operation, wie Magen- oder Darmresection wegen eines Tumors, das Pancreas zu verletzen in der Lage gewesen ist.

Die Zahl der durch eine Operation geheilten Fälle von acuter Pancreatitis wächst mit jedem Jahr. Im Jahre 1906 waren es nach Doberauer nur 22. Neuerdings sind noch einige mit Glück operierte Fälle publiciert worden. Nur wenn der Process schon Zeit gehabt hat, sich auf die ganze Bauchspeicheldrüse auszudehnen und wenn eine tödliche Dosis an Gift vom Organismus aufgenommen worden ist, kommen wir mit unserem Handeln zu spät. Im Beginn des Leidens stehen wir demselben nicht machtlos gegenüber. Diese Erkenntnis bestärkt uns, practische Aerzte, wiederum aufs Neue in unserem Bemühen, eine jegliche acut einsetzende Erkrankung im Abdomen gleich am ersten Tage möglichst genau zu nehmen, objectiv und sorgfältig zu untersuchen und, wenn nötig, lieber früher als später zum Messer zu greifen.

Aus der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Riga. (Chefarzt Dr. A. v. Bergmann).

Ueber traumatische Hüftgelenkverrenkungen.

Von

Dr. J. Jankowski, Assistenzarzt.

In den letzten 5 Jahren (1904—1909) sind in der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Riga 11 Fälle, darunter eine Frau, wegen traumatischer Hüftgelenkverrenkung in Behandlung gewesen. Von den Geschädigten waren im Alter zwischen 20—30 und 40—50 Jahren je 4, zwischen 30—40 Jahren — 2 Personen und über 50 Jahre alt war bloss einer. Das rechte Hüftgelenk war 6 Mal luxiert, das linke 5 Mal.

Die Verrenkung nach hinten war häufiger und wurde in 7 Fällen constatiert. Sechs Mal handelte es sich um eine Luxatio femoris iliaca. Zwei von diesen waren vom Strassenbahnwagen geschleift worden, einer war in betrunkenem Zustande auf dem Bahnhofe umgestossen, und in 2 Fällen ist den Geschädigten ein Baumstamm in gebückter Stellung auf den Rumpf gefallen. In allen diesen, wie auch folgenden Fällen, sind bei der Reposition in Chloroformnarkose die Methoden Kochers angewandt worden. In den frischen Fällen war die Reposition leicht, das kranke Bein wurde auf einige Tage eingeschient und darauf bewegt und massiert, nach etwa 2 Wochen verliessen gewöhnlich die Geschädigten das Krankenhaus ohne wesentliche Functionsstörung. In einem Falle dagegen erschien der Verletzte erst 3 Wochen nach dem Unfalle, der Repositionsversuch war ohne Erfolg, aber der operative Eingriff wurde verweigert.

Ein Fall muss hervorgehoben werden, wo die vor 4 Monaten stattgefundene Verrenkung des linken Hüftgelenkes zustande kam, als der Geschädigte beim Tragen eines Sackes mit dem rechten Fusse ausglitt und der Sack auf die linke Hüfte fiel. Bei der Röntgenaufnahme wurde der Femurkopf am linken Darmbeine oberhalb des Acetabulum festgestellt. Die Repositionsversuche waren erfolglos, weswegen zur Operation geschritten wurde. In Chloroformnarkose wurde ein bogenförmiger Schnitt nach Larghi am oberen Rande des Darmbeines angelegt, der Femurkopf freipräpariert und das Bein eingerenkt. Nach sorgfältiger Blutstillung und Drainage wurde die Wunde teilweise vernäht und eine Schiene angelegt. Die Heilung der Wunde war glatt. In der 5. Woche nach der Operation machte Pat. Gehversuche. Im Krankenhause verblieb Pat. 83 Tage. Vor der Entlassung waren die Rotationsbewegungen, die Ad- und Abduction fast ganz frei, die Extension und Flexion dagegen ziemlich stark eingeschränkt; Pat. ging am Stocke und konnte die Treppen steigen.

Zu den Verrenkungen nach hinten gehört noch ein Fall von Luxatio ischiadica sin., die dadurch entstand, dass dem Pat. ein Baumstamm auf den Rücken fiel. Pat. wurde erst 7 Tage nach der Verletzung eingeliefert, jedoch gelang noch die Reposition in Chloroformnarkose und nach 18 Tagen verliess Pat. mit relativ guter Function das Krankenhaus.

In 4 Fällen wurde die Luxation nach vorn constatiert. Einmal war es die Luxatio suprapubica; Pat. war gefallen, und der Femurkopf war vorn am Schambeine zu fühlen. Bei starker Extension, Flexion und bei gleichzeitigem Drucke auf den Femurkopf war die Reposition verhältnismässig leicht. Nach 5 Tagen ging Pat. ohne Beschwerden. Zweimal wurde die Luxatio obturatoria festgestellt: der eine Pat. hatte einen heftigen Stoss gegen die rechte Hüfte erhalten, der andere fiel auf glatter Diele mit einer schweren Last auf das rechte gebeugte Knie. Bei beiden war die Reposition leicht, und nach 1½ Wochen hatten sie beim Gehen keine Schmerzen.

Besonderes Interesse verdient wegen grosser Seltenheit ein Fall von Luxatio perinealis. Dem Pat. ist bei der Arbeit im Schiffsraume in gebückter Stellung ein Sack auf die linke Beckenseite gefallen. Das linke Bein nahm die typische Stellung ein, war flectiert, abduciert und auswärts rotiert, und den Femurkopf fühlte man am Damm. Bei der Einrenkung entstand die Luxatio ischiadica, jedoch wurde durch den Kocherschen Handgriff die Reposition ziemlich leicht erzielt. Am 19. Tage nach dem Unfalle wurde Pat. zur ambulatorischen Behandlung entlassen. Wie gesagt, kommt die Luxatio perinealis höchst selten vor. Hoffa[1]) verweist auf 9 Fälle, und in der allerneuesten Literatur haben Wohlberg[2]) über einen Fall doppelseitiger Luxatio perinealis und Köhlisch[3]) über eine derartige einseitige Verrenkung durch Ueberschlagen mit dem Pferde berichtet.

Zuletzt sei noch darauf hingewiesen, dass im gleichen Zeitraume im Stadtkrankenhause in Riga 42 Oberschenkelhalsbrüche behandelt worden sind. Daraus ist zu ersehen, dass die Fractur des Femurhalses fast 4 Mal häufiger vorkommt als die Verrenkung des Hüftgelenkes.

Ueber die gegenwärtige Lage unseres Militärsanitätswesens.

Von

Dr. Köcher.

Das Heerwesen hat bis zu neuerer Zeit im Staatsleben einen Stand für sich gebildet. Wer ihm angehörte, trat in den wesentlichsten Dingen aus der Ordnung nicht bloss der übrigen Gesellschaft, sondern aus der übrigen Staatsverwaltung und vielfach auch aus der Gesetzgebung heraus. Es war eine Welt für sich, auf welche weder Wissenschaft noch Rechtsbildung einen Einfluss hatten.

Das ist der Grund, warum bis auf die neueste Zeit weder die Wissenschaft im Allgemeinen, noch insbeson-

[1]) Lehrbuch der Fracturen und Luxationen. Stuttgart. 1904.
[2]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1904.
[3]) Ref. Centralbl. f. Chir. 1907. Nr. 31.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dere die Staatswissenschaft und innerhalb dieser wieder das Gesundheitswesen — das Heerwesen in sich aufgenommen haben.

Dies ist erst anders geworden, seitdem die Wehrpflicht jedes einzelnen Staatsbürgers zum Gesetz wurde, bei uns also seit dem 1-ten Januar 1874. Dadurch wurde alles, was das Heer, die Armee betraf, ein organischer Teil des Staatslebens, nachdem es früher nur ein mechanischer war. Daraus ergab sich dann auch die nunmehrige Gemeinsamkeit der Interessen des Staates, der Armee und der Bevölkerung, die bis dahin nicht vorhanden war. Unsere jetzige Armee setzt sich nicht mehr, wie früher, aus einzelnen rekrutenpflichtigen Ständen, sondern aus der Blüte der ganzen Nation zusammen, und die meisten der mit 21 Jahren zur Ableistung der Wehrpflicht in die Armee eintretenden jungen Leute, kehren nach drei Jahren wieder in das Volk zurück, wo sie berufen sind, noch lange Zeit ihrer Pflicht als Arbeitskraft im Staate zu genügen. Es ist deshalb nicht gleichgültig, in welchem körperlichen Zustande der gesund in die Armee eingetretene Wehrmann wieder ins Volk zurückkehrt. Dies hängt lediglich davon ab, ob ihm während seiner Dienstzeit zweckentsprechende hygienische Pflege, in Krankheit aber oder bei Verwundungen rechtzeitige und sachkundige medicinische Hilfe zu Teil wurde, also von der Organisation und den Leistungen des Armeesanitätswesens. Die Leistungsfähigkeit des Wehrmanns nach absolvierter Dienstpflicht steht also in direct proportionalem Verhältnis zur Leistungsfähigkeit des Sanitätswesens der Armee.

Diese einleitenden Bemerkungen finden ihre Berechtigung darin, dass man sich meist darüber noch nicht genügend klar ist, in welch engem Zusammenhange die Organisation des Sanitätswesens einer Armee unserer Tage mit dem allgemeinen Volkswohl steht, was dann wiederum auf das Interesse der Aerzte an dieser Materie ungünstig zurückwirkt. Weil gemeinnützig, kann es nur wünschenswert sein, dass der practische Arzt unserer Tage dem Militärsanitätswesen seines Vaterlandes allmählich grösseres Interesse zuwenden möge als bisher, zumal er im Kriegsfall häufig selber berufen ist, als Aushilfe im Militärsanitätsdienst practisch tätig zu sein, was immerhin durch eingehendere Bekanntschaft mit der Sache wesentlich erleichtert wird.

Gehen wir nun auf unser Heeressanitätswesen selber über, so muss zunächst hervorgehoben werden, dass die Hauptgrundlagen der heute bestehenden Organisation desselben ein höchst ehrwürdiges Alter für sich in Anspruch nehmen können, denn ein Teil von ihnen stammt aus den Jahren 1802—1812, ein weiterer aber aus der Zeit von 1835—1847.

Der Anfang der systematischen Organisation eines Gesundheitswesens für das russische Reich fällt in die Jahre 1802—1804. Erst am 9-ten August 1805 erfolgte die heute bestehende Dreiteilung des Gesamtsanitätswesens in das Sanitätswesen des Ministeriums des Inneren, des Ministeriums des Krieges und dasjenige der Flotte. Nur waren die Benennungen der bezüglichen Ressorts damals andere, denn z. B. erst am 24-ten Januar 1812 wurde, gleichzeitig mit der Umbenennung des Kriegsdepartements in ein Kriegsministerium, das heutige Kriegs-Medicinaldepartement gegründet und erfolgte die erste Organisation des Feld-Sanitätsdienstes. Die Hospitäler erhielten *aber schon damals* je einen *militärischen* Chef, und neben dem derzeitigen Generalstabsdoctor der Armee wurde auch, *„vorläufig nur für den Krieg“*, *ein General zum Director der Hospitäler ernannt*. Diesem Functionär lag die Errichtung von Hospitälern ob, der Transport von Kranken und Verwundeten, Bescheinigung der Dienstunfähigkeit, sowie der wirtschaftliche Betrieb und die Polizei in den Hospitälern. Den Aerzten wurde der rein medicinische und sanitäre Teil überlassen.

Mit diesen Bestimmungen waren dem Dualismus im Sanitätsdienst Tür und Tor geöffnet, und die Armee-Reorganisation, welche Kaiser Nikolaus I. in den Jahren 1835—1847 durchführte, verstärkte den Einfluss und die Ausbreitung desselben durch die Ernennung eines Generals zum *ständigen* Hospitalinspector auch in Friedenszeit. Es entstand ein besonderes Hospitalressort, in welchem Verwaltung und Befehlsführung immer stärker in dualistischem Sinne ausgebildet wurden. Alle Hospitäler erhielten militärische Specialchefs im Range eines Regiments- oder Brigade-Commandeurs und alle sonstigen Einrichtungen wurden diesem System angepasst. Auch spätere organisatorische Neuerungen berücksichtigten stets sorgsam die Erhaltung des Dualismus, selbst unter Kaiser Alexander II. Unter diesem Herrscher erfolgten dann einige Aenderungen, sogar teilweise Verbesserungen, jedoch nicht organisatorischer Natur, die dann schliesslich im Jahre 1869 zu einer Militärsanitätsordnung zusammengefasst und im 16-ten Bande der „Wojennyja Postanowlenija“ (Военныя Постановленія) veröffentlicht wurden.

Die organisatorischen Neuerungen der deutschen Armee auf sanitärem Gebiet im französischen Kriege 1870/71, gaben allen Militärstaaten Veranlassung, die Reorganisation der veralteten Sanitätseinrichtungen ins Auge zu fassen, doch fand uns der orientalische Krieg von 1877/78 noch bei der früheren Sanitätsordnung von 1869, und die elenden sanitären Resultate desselben bewiesen deutlich, dass eine solche veraltete Sanitätsorganisation den Anforderungen der Neuzeit in keiner Hinsicht mehr genügen konnte. So wurde trotz aller Gegenströmungen im Jahre 1880 eine teilweise Reorganisation und weil diese sehr ungenügend ausfiel, im Jahre 1887 noch eine Completierung derselben vorgenommen. Sie erstreckten sich aber beide vorwiegend auf wirtschaftliche und persönliche Verhältnisse, während die organisatorischen Veränderungen nicht zweckentsprechend genannt werden können. Es trat in ihnen vielmehr das Bestreben in den Vordergrund, durch Schaffung neuer Sanitätsformationen, wie z. B. der sogenannten *„Sanitätstransporte“*, den Personalbestand an Militärpersonen und Beamten im Sanitätsdienst zu vergrössern und ihnen möglichst ausgedehnte Wirtschaftsbetriebe in die Hand zu geben, während die wesentlichen Fortschritte des Sanitätswesens unbeachtet blieben; die Organisation zweckentsprechender Hospitalevacuation, die Sanitätsetappen, die Formation eines Sanitätscorps, die Beseitigung des Dualismus und anderes wurden in beiden Reorganisationen nur ganz beiläufig oder gar nicht berücksichtigt. Es blieb also dem Wesen nach eigentlich die alte Sanitätsordnung von 1869 mit den ergänzenden Neuerungen, vor allem aber der Dualismus der Sanitätsorganisation in Kraft und bis heute in Geltung. Ebensowenig ist trotz beider Reorganisationen irgend etwas für die Specialbildung der Militärärzte geschehen, was uns ebenfalls in schroffen Gegensatz zu allen übrigen Militärstaaten setzt, die für diesen Zweck besondere Curse oder ganze Akademien für militärärztliches Bildungswesen eröffnet haben.

Es fehlen unserer Sanitätsorganisation demnach immer noch diejenigen Grundlagen, welche in den übrigen Heeren längst massgebend sind. In der Hauptsache wären das etwa folgende.

1. Das Sanitätspersonal und die Sanitätsformationen einer Armee unserer Tage müssen militärisch organisiert und in ein selbständiges Ressort vereint werden. 2. Die Befehlsführung muss eine durchaus einheitliche sein. 3. Das Sanitätspersonal und -material muss in taktische Einheiten geteilt werden, entsprechend den

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

taktischen Einheiten der Armee, mit welchen sie in organischem Zusammenhange bleiben müssen. 4. Jeder Dualismus muss aus Befehlsführung und Verwaltung des Sanitätsdienstes ausgeschlossen sein. 5. Die Ausübung des Sanitätsdienstes muss ausschliesslich dem Sanitätspersonal unter eigener Verantwortlichkeit übertragen werden.

Weiteres Drängen des Sanitätsressorts und der Fachpresse nach umfassenderen Reformen stiessen dann längere Zeit auf passiven Widerstand oder strikte Ablehnung, bis es Schreiber dieser Zeilen im Jahre 1902 gelang, durch grelle Beleuchtung der Sachlage im „Wojennyi Sbornik" (Военный Сборникъ) (October 1902) den damaligen Kriegsminister Kuropatkin zu einer umfassenden Reform des Sanitätswesens zu veranlassen. Es muss constatiert werden, dass General Kuropatkin mit sichtbarer Hingebung, viel Verständnis und regem Eifer ans Werk ging, zu Anfang des December-Monats bereits die Allerhöchste Sanction für eine r a d i c a l e Reform des Sanitätswesens erlangt hatte und danach eine Reformcommission einsetzte, deren Tätigkeit im Januar 1903 begann. Diese arbeitete mit gutem Erfolg bis zum Ausbruch des Krieges mit Japan, wurde aber nach dem Abgange Kuropatkins zur Mandschurei-Armee geschlossen und erst nach einer Pause von reichlich $1^1/_2$ Jahren in verändertem Personalbestande unter Vorsitz des gewesenen Chefs des Sanitätswesens der activen Armeen, des Senators, General Trepoff, neuerdings eröffnet, der die Reformarbeit fortsetzte und im Früjahr 1906 beendete.

Als Resultat ihrer Arbeit stellte die Commission ein auf zeitgemässen Grundlagen basierendes, recht brauchbares Reformproject der Armee-Sanitäts-Organisation vor, welches ungesäumt an die kommandierenden Generäle der Militärbezirke zur Begutachtung versandt wurde. Das nahm gleichfalls ein Jahr in Anspruch, und danach sind wiederum reichlich $1^1/_2$ Jahr verflossen, ohne dass das Reformproject im Kriegsrate zur Annahme gelangt wäre. Das Project ist im Sinne der vorstehend angeführten Grundlagen ausgearbeitet und stellt bei gänzlicher Ausschaltung des Dualismus durchaus bescheidene und erreichbare Forderungen an die Organisation des Sanitätswesens, wobei die Ausbildung der Aerzte in den nötigen Spezialfächern ebenfalls vorgesehen ist. Trotz seiner Brauchbarkeit kann es aber noch nicht zur Annahme im Kriegsrat gelangen, angeblich deshalb, weil vorläufig kein Geld zur Durchführung der Reform vorhanden sei. Das Kriegsministerium verfügt über ein Jahresbudget von rund 400 Millionen, woher dem Geldmangel nur höchst relative Berechtigung für die Ablehnung zugebilligt werden kann, zumal die Durchführung der Reform keine irgend erheblichen Summen erfordert, weil die im Project vorgesehenen Neuerungen überwiegend q u a l i t a t i v e r und nicht q u a n t i t a t i v e r Natur sind. Es müssen also andere Gründe sein, welche Annahme und Durchführung der Reform verhindern, und die Erklärung solch ungebührlicher Verzögerung dürfte für nähere Kenner der einschlägigen Verhältnisse auch wohl kaum Schwierigkeiten bieten.

Vorstehende Zeilen geben einen Ueberblick über Entwickelung und Gestaltung unseres Militärsanitätswesens bis auf den heutigen Tag. Recapitulieren wir nun noch kurz die hauptsächlichsten Mängel seiner Organisation.

Zunächst fehlen ihr die oben erwähnten, in allen übrigen Armeen massgebenden Grundlagen; dann ist sie streng dualistisch angelegt und in zwei gesonderte Ressorts geteilt, in das Medicinal- und Hospitalressort, letzteres unter einem militärischen Chef. Die Befehlsführung im Sanitätswesen ist ebenfalls dualistisch und liegt zum grösseren Teil in den Händen des Militärs, für Hospitalwesen wohl ausschliesslich. Das Evacuations- und Etappenwesen, sowie der ganze Feldsanitätsdienst überhaupt sind eigentlich nur andeutungsweise organisiert, ein aus dem Sanitätspersonal gebildetes Sanitätscorps fehlt gänzlich. Innerhalb des Sanitätswesens ist den Aerzten nur das Heilwesen und ein Teil der sanitären Massnahmen bedingungslos untergeordnet, während die Tendenz vorliegt, sie möglichst für alles verantwortlich zu machen. Die specielle Fachbildung, ohne welche heute eine sichere Action des Militärarztes auf allen Specialgebieten des Dienstes absolut unmöglich ist, fehlt unseren Aerzten bisher ebenfalls. Daraus resultiert grosse Unsicherheit bei der Entscheidung wichtiger Fragen und des Auftretens überhaupt, wodurch ihre Autorität stark geschädigt und ihre Abhängigkeit vergrössert wird. Das etwa wären die wesenslichsten Mängel.

In den oben erwähnten partiellen Reorganisationen von 1880 und 1887 finden sich ja einzelne Bestimmungen, die den Anschein erwecken könnten, als solle durch selbige gerade die Autorität der Aerzte gestärkt werden, wie Zuerteilung einer Stimme in wirtschaftlichen Fragen, oder das Recht ärztlicher Chefs, unter Umständen ihre Untergebenen zu Belohnungen vorzuschlagen. Selbstverständlich können jedoch dergleichen vereinzelte Massnahmen nichts an der Stellung und dem Einfluss des Sanitätspersonals in der Armee ändern. Deshalb verlassen die Aerzte auch in letzter Zeit bei irgend vorliegender Möglichkeit den Sanitätsdienst in der Armee kaum weniger häufig als die Offiziere den Frontedienst, was man danach bemessen kann, dass gegenwärtig am Normaletat für die Friedenszeit bereits reichlich 800 Aerzte fehlen.

Das ist kurz skizziert die gegenwärtige Lage des Sanitätswesens und des Sanitätspersonals unserer Armee. Damit man nicht vielleicht versucht wäre, dies für eine rein persönliche Anschauung zu halten, stelle ich meiner Skizze die Meinung eines der grössten Kenner des Militärsanitätswesens der ganzen Welt, des bekannten Obersten des preussischen Generalstabes, E m i l K n o r r zur Seite. In einem seiner Werke: D a s r u s s i s c h e H e e r e s - S a n i t ä t s w e s e n w ä h r e n d d e s F e l d z u g e s 1877/78 (Hannover, Helvings Verlag, 1883) sagt er bei der Besprechung unserer sanitären Resultate auf Seite 205 folgendes:

„So zog ein Fehler immer den anderen nach sich. „Ihre gemeinsame Wurzel aber war und blieb d i e s e l b e „— der Dualismus in der Befehlsführung . . . . Jedenfalls ziehen wir aus diesen (also den russischen) Erfahrungen die gewichtige Lehre: n i c h t u n g e s t r a f t „g e g e n d i e N a t u r d e r D i n g e v e r s t o s s e n z u „d ü r f e n! Unnatur aber liegt in dem beobachteten „Dualsystem...... Nur wenn die russische oberste „Heeresverwaltung sich entschliessen kann, mit dem „herrschenden System gänzlich zu brechen, das bis dahin „beobachtete Dualwesen a b s o l u t z u b e s e i t i g e n, „wird sie in der Lage sein, der Armee für den Fall „des Krieges diejenige sanitäre Hilfe in Aussicht stellen „zu können, welche zur Erhaltung der Schlagfertigkeit „erforderlich und den humanitären Grundsätzen des Jahr„hunderts entsprechend ist".

Das Thema der Organisation unseres Armeesanitätswesens und einer Reorganisation desselben ist viel zu umfangreich, als dass es möglich wäre, bei dem diesen Zeilen zugemessenen Raum näher auf die einzelnen Umstände einzugehen, obgleich manchem Leser nähere Aufklärung über viele Einzelheiten wahrscheinlich erwünscht wäre. Ich muss mich indess an dieser Stelle auf eine kurze Darlegung der gegenwärtigen Sachlage beschränken unter Hinweis auf die Möglichkeit einer wesentlichen Besserung der Verhältnisse, falls das vorliegende Project angenommen und durchgeführt wird. Geschieht dies nicht, so kann man für die nächste Zu-

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

kunft nur auf allmähliche unwesentliche Aenderungen rechnen. Der Dualismus bleibt dann in Kraft und mit ihm die Lage, wie ich sie schon am 11-ten November 1880 im Verein St. Petersbg. Aerzte in einem Vortrage schilderte (erschienen in Nr. 30 und 31 der St. Petersbg. medic. Wochenschrift 1881). Es bleibt desshalb nur zu wünschen, die längst geplante Reform möge trotz aller Hindernisse dennoch baldigst durchgehen, damit endlich die Lage der Militärärzte gebessert und der Armee die sanitäre Misère unserer letzten Kriege wenigstens künftig erspart werde.

Die Bedeutung der Cytodiagnostik bei syphilitischen Erkrankungen des Central-Nervensystems.

Sammelreferat von Prof. O. v. Petersen.

Seit Quincke durch eingehende Studien die Technik der Lumbalpunction auch für den Practiker zugänglich gemacht, ist dieselbe vielfach angewandt worden, und wir verweisen bezüglich derselben auf den Sammelbericht Quinckes in der «Deutschen Klinik. 1906. Heft 54/56». Für die Syphilisdiagnose kommt in erster Linie das mikroskopische und chemische Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit in Betracht, und es scheint in der Tat wiederum ein wichtiges Mittel zur Klärung der Diagnose geboten zu werden.

Vor allem war aber die Frage bezüglich der Gefahren, welche durch die Lumbalpunction für den Patienten entstehen können, zu lösen, denn eine Reihe Autoren berichten über üble Zufälle, ja Tod nach der Punction. In der 2. Auflage seines Werkes «Syphilis und Nervensystem» 1909 gibt nun Nonne eine ausführliche Darlegung seiner auf 800 Beobachtungen basierenden Erfahrung, und bezeichnet die Punction als «gefahrlos», wenn die nötigen Vorsichtsmassregeln beobachtet werden.

Vor allem macht Nonne die Punction nie im Sitzen, sondern nur in der Seitenlage und lässt den Kranken nach Entnahme von 4 Ccm. (seit Benutzung der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer nur noch 1½ Ccm.) 12 Stunden lang absolute Bettruhe einhalten, wobei der Kopf des Patienten möglichst tief zu lagern ist (also ohne Kopfkissen!). Das frühe Aufstehen ist namentlich bei Neurasthenie, Lues cerebri, Tumoren gefährlich, da die Kranken sonst Tage lang Kopfschmerzen mit Erbrechen, Nacken- und Rückenschmerzen haben können. Paralytiker, Tabetiker und Alcoholdeliranten sind weniger empfindsam.

Im Jahre 1901 begannen französische Aerzte Bestimmungen der Quantität der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern und Tabetikern (Sicard. L. liquida cephalorachidien. 1902) zu machen und bezeichneten eine Vermehrung der Zellelemente als «Lymphocytose». Bei den genannten Leiden fanden sie in ca. 90 pCt. eine stärkere Lymphocytose.

Eine eingehende Beschreibung der Technik der Untersuchung gibt Nissl (Histologische und histopathologische Arbeiten etc. Herausgegeben von Nissl. Band I. 1904). Nonne beschreibt das Verfahren in folgender Weise: Durch Ausziehen von Reagenzröhrchen über der Gasflamme stellt man sich die 10 Cm. hohen, nach unten spitz zulaufenden Röhrchen zum Centrifugieren her, desgleichen feinste Pipetten (Capillarpipetten) aus gewöhnlichen Pipetten. Nachdem man nun den Liquor in Röhrchen aufgefangen und mit einer Wasser- oder elektrischen Centrifuge (¾ Stunde resp. 5 Minuten) centrifugiert, giesst man den Liquor schnell aus und führt in das umgekehrt gehaltene Röhrchen eine Capillarpipette ein, welche das Sediment und die letzte Spur vom Liquor aufsaugt, und bringt nun den Pipetteninhalt tropfenweis auf einen Objectträger. Nach genügender Fixierung wird mit Methylenblau, Eosin oder Malachitgrün gefärbt und der Objectträger über der Flamme getrocknet. Findet man bei 300-facher Vergrösserung im Gesichtsfeld 8—20 Zellen, so nennt man das «schwachpositive Lymphocytose, bei 20—60 Zellen «positive» und bei mehr als 60 — «stark positive».

Seit 1903 auf der Erbschen Klinik die Angaben der französischen Collegen von Schönborn bestätigt (Med. Klinik. 1906. Heft 23/24) worden, erschienen zahlreiche Arbeiten, in denen die interessante Tatsache festgestellt wurde, dass bei Psychosen, Functionell-Nervösen und Leuten mit gesundem Nervensystem der Liquor als fast zellfrei sich erwies. Einzelne Autoren (Nissl, Apelt) wiesen jedoch darauf hin, dass bei Personen, die eine Lues überstanden hatten, sich ebenfalls häufig eine mässige Vermehrung der Zellen fand, desgleichen, wenn auch selten, bei Epilepsie, Alcoholismus, multipler Sclerose und Apoplexie.

Sehr interessante Zahlen gibt Nonne, der mit Apelt zusammen das grosse Material von 800 Untersuchungen verarbeitet hat.

Die Lymphocytose war positiv bei:

92	Fällen	Dementia paralytica	= 97 pCt.
101	»	Tabes	= 96 »
46	»	Hirnlues	= 76 »
3	»	Syphilis congenita	= 100 »
5	»	» secundaria	= 40 »
47	»	überstandene Syphilis	= 32 »
33	»	Alcoholismus	= 5 »
27	»	Epilepsie	= 15 »
20	»	Apoplexie	= 40 »
18	»	Sclerosis multiplex	= 23 »
9	»	Tumor cerebri	= 40 »
58	»	Neurasthenie resp. Hysterie	= 0 »
22	»	Psychosen	= 0 »
5	»	Gesunden	= 0 »

Erb und Schönborn nehmen somit den positiven Ausfall bei Verdacht auf Tabes resp. Paralyse als ein wichtiges Frühsymptom zur Erkennung derselben an und, die Cytodiagnostik müsste womöglich in allen derartigen verdächtigen Erkrankungen ausgeführt werden. In neuester Zeit hat Rehme (Ergebnisse der cytologischen Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Münchener med. W. 1908. Nr. 31) auf Grund von 600 Untersuchungen in der Kräpelinschen Klinik die Angaben Nonnes völlig bestätigt. Auch Rehme fand bei 39 pCt. von Personen, die vor mehr als 2 Jahren Syphilis acquiriert hatten, positive Reaction (Pleocytose).

Gegenwärtig debattieren die Autoren über die Frage, wo die gefundenen Zellelemente herstammen und ob sie specifisch syphilitische Producte seien. Während Nissl es nicht für möglich hielt, zu entscheiden, ob es sich um Leucocyten oder Lymphocyten handelt, spricht sich Nonne dahin aus, dass es sich um Leucocyten handelt, da sie nach ¾ stündigem Centrifugieren ihre Formen beibehalten. E. Meyer (Archiv f. Psychiatrie 1907) hält sie teils für Lymphocyten teils für Leucocyten und will poly- und mononucleare Zellen, sowie Plasmazellen gesehen haben. Als specifisch kann man die vorhandenen Zellen nicht ansprechen, da sie, wie wir gesehen haben, auch bei positiv Nichtsyphilitischen zur Beobachtung kommen, wohl aber scheint das häufige Vorkommen in grösseren Mengen für Syphilis charakteristisch zu sein. E. Meyer fand unter 25 Secundär-Syphilitischen 18 Mal Pleocytose im Liquor und zeigten bereits 3 dieser Pat. nervöse Erscheinungen

Von hohem Interesse sind die Beobachtungen über das Verhalten der Pleocytose vor und nach der Hg. Behandlung. So konnte Rehm in mehreren Fällen nach der Behandlung einen erheblichen Rückgang der Pleocytose constatieren, desgleichen Nonne in 4 Fällen (z. B. vor der Behandlung 200—300, nach derselben 60—70 Lymphocyten im Gesichtsfeld).

Ueber die Herkunft der Leucocyten im Liquor lässt sich bisher noch nichts definitives sagen, doch hat Fischer in Schnitten durch die Meningen des Rückenmarks bei Tabes in denselben Infiltration mit Rundzellen gefunden.

Referate.

Randle C. Rosenberger. Tuberkelbacillen im Blut bei Tuberculose. American Journal of the med. sciences. 1909, Nr. 2.

Zum Nachweis der Tuberkelbacillen entnahm Rosenberger Tuberculösen aus einer Armvene ca. 5 Cc. Blut, welches in eine gleiche Menge physiologischer NaCl-Lösung+2% Lösung von citronensaurem Natrium getan wurde. Die Mischung wurde gründlich durchgeschüttelt und für 24 Stunden in den Kühlschrank gestellt, wobei sich reichlicher Niederschlag bildete. Von dem Sediment wurde mit einer Pipette eine dicke Schicht auf ein neues Deckgläschen aufgetragen, dieses über einer Kupferplatte bei mässiger Hitze erwärmt und dann in destilliertes Wasser gelegt, bis nur eine dünne Blutschicht zurückblieb. Trocknen, Fixieren über dem Bunsenbrenner, Färben. Gewöhnlich gelang es, die Tuberkelbacillen gleich im ersten Deckglaspräparat nachzuweisen, zuweilen mussten 2—3 Deckgläschen untersucht werden, ehe die Bacillen gefunden wurden, aber ein negatives Resultat ergab die Untersuchung in keinem einzigen von den 125 Fällen. Zuweilen sah man nur vereinzelte Bacillen, meist aber wurden sie in reichlicher

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Anzahl gefunden bis 30—40 in einem Gesichtsfeld, besonders bei acuter Miliartuberculose. Zuweilen waren die Bacillen in Leucocyten enthalten (Phagocytose). Bei einem Pat., bei welchem TBc. wiederholt in den Faeces gefunden worden waren, ergab auch die Blutuntersuchung ein positives Resultat, ohne dass klinisch Tuberculose nachzuweisen war. Ein Meerschweinchen, dem 2 Cc. des Sediments in die Bauchhöhle eingeimpft wurden, ging an hämorrhagischer Peritonealtuberculose zu Grunde und auch in Lungen, Leber und Mesenterialdrüsen wurden tuberculöse Herde gefunden. Auch im Blut der Placenta einer tuberculösen Frau wurden Tb.-Bacillen nachgewiesen. Die untersuchten Kranken litten an Tuberculose verschiedener Organe in verschiedenen Krankheitsstadien. Verf. kommt zum Schluss, dass die Tuberculose eine Bacteriämie ist. Sogar im Falle der Ausheilung oder des Stillstandes der Krankheit lassen sich Tuberkelbacillen im Blut nachweisen, jedenfalls viel früher als im Sputum. Gegen die Annahme, dass die Tuberculose eine Mischinfection sei, führt Verf. den Umstand an, dass es ihm nie gelang, neben den Tuberkelbacillen andere Mikroorganismen nachzuweisen, nur in einem Falle von beginnender Lungentuberculose mit pleuritischem Exsudat wurden Pneumococcen im Blut gefunden,—Die zur Blutentnahme dienenden Pipetten wurden vorher sorgfältig gewaschen, bei 160°C sterilisiert und in concentrierter NHO^3 gehalten.

F. Dörbeck.

M. Herz (Wien) Stumme Perkussion Centralbl. f. inner. Medicin. 1909. Nr. 1.

H. hat versucht, bei der Perkussion den Gehörsinn völlig auszuschalten. Zu dem Zweck verbindet er einen Lärmapparat durch 2 Schläuche mit den Ohren des Untersuchers, während die Herzgrenze perkutiert wird. Die gewonnenen Resultate, die somit ausschliesslich dem Tastsinn zu verdanken sind, stimmen bei schwacher Perkussion gut mit den orthodiagraphischen Ergebnissen überein, während bei starkem Perkutieren die Grenzen etwa denen der gewöhnlichen Perkussion entsprechen. Obiges Experiment bestätigt somit den Wert der den Klinikern längst bekannten Tast- oder palpatorischen Perkussion.

O. Moritz.

Jundell, Almkvist und Sandmann: Wassermann's Syphilisreaction bei Lepra. Zentralbl. f. inn. Medicin. 1908. Nr. 48.

Das interessante Ergebnis obiger Mitteilung ist, dass von 26 untersuchten Leprafällen von verschiedenen Formen und in verschiedenen Stadien 4=15 pCt. eine vollständige und typische Wassermann'sche Syphilisreaction zeigten, und das weitere 4 eine partielle Reaction darboten. In 16 Fällen war das Resultat nicht zu verwerten. Die Annahme, dass die betr. Pat. mit positiver Reaction früher event. Syphilis acquiriert hätten, weisen d. Ver. zurück, da weder jahrelange Beobachtung noch Anamnese dafür Anhaltspuncte ergeben hätten.

O. Moritz.

Dumont, (Bern) Die Rectalnarcose. Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte. 1908. Nr. 24.

D. empfiehlt die in Deutschland wenig bekannte Rectalnarcose durch Aether, der durch einen handlichen, einfachen Apparat in den vorher sorgfältig gereinigten Darm eingetrieben wird. D. hat die Methode bei 4 Fällen von Kieferhöhlenoperationen mit Erfolg benutzt. D. Autor kommt zu folgenden Ergebnissen: 1) Die Rectalnarcose ist bei allen Operationen am Kopfe und Hals, bei welchen die Inhalationsnarcose den Operateur stört, eine gute und empfehlenswerte Anästhesirungsmethode. 2) Sie ist und bleibt aber eine Ausnahmsmethode und soll nur unter Beobachtung gewisser Cautelen d. h. richtiger Vorbereitung des Patienten und nur von sachkundiger Hand vorgenommen werden. 3) Sie ist bei allen acuten wie chronischen Erkrankungen des Darmes contraindiciert.

O. Moritz.

M. H. Rendu: Les lésions hépatiques d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique. Thèse de Paris. 1908.

Dass im Verlauf der acuten Appendicitis die Leber oft in Mitleidenschaft gezogen wird, ist schon häufig bemerkt worden, und zwar bestehen diese Erscheinungen entweder in Nekrose oder fettiger Degeneration der Leberzellen, oder es bilden sich infectiöse Herde, die oft in Eiterung übergehen. Dabei ist vorzugsweise der r. Leberlappen ergriffen. Verf. experimentierte an Kaninchen, denen er Phosphoröl in die Appendix einspritzte mit und ohne Ligatur der Basis. Mit starker Bevorzugung des r. Leberlappens traten die oben erwähnten Erscheinungen ein. Spritzt man dagegen die betreffende Substanz in den Magen bei abgebundenem Pylorus, so fallen beinahe alle Schädigungen auf den linken Leberlappen. Es haben schon früher andere Autoren auf dieses merkwürdige Factum aufmerksam gemacht. Es scheint beinahe, als ob in der Vena portae zwei verschiedene Blutströme neben einander fliessen, ein intestinaler und ein den Venen des Magens und der Milz entstammender, oder dass doch diese beiden Blutströme jedenfalls keine vollständige Mischung mit einander eingehen. Weiter bringt der Autor die im Gefolge der Appendicitis auftretenden Magenstörungen, resp. Magenblutungen in directen Zusammenhang mit Leberaffectionen. Es ist ja bekannt, dass bei appendiculärem Blutbrechen oft klinisch kein Symptom für eine Lebererkrankung spricht, während die Section doch kleinere oder grössere, oft nur mikroskopisch wahrnehmbare Eiterherde in der Leber nachweist. Bei drei Kaninchen, denen nach Injection von Phosphoröl die Appendix abgebunden war, traten die bekannten Lebererscheinungen und Blutsuffusionen in die Magenschleimhaut auf. Herr Rendu erklärt dieses Factum in der Art, dass durch die geschwollene Leber eine Stase in den Coronararterien des Magens, die stark erweitert sind, entsteht. Einerseits wird dadurch ein stärkerer Abfluss nach den Oesophagusvenen bewirkt, andrerseits sind für die Einwirkung der Bacterien auf die Magenschleimhaut viel günstigere Bedingungen geschaffen.

Koch.

H. Weber, Neuere Gesichtspuncte bei der Behandlung der Lungentuberculose. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Band X. H. 3.

W. geht davon aus, dass reichliche Kohlensäurebildung im Körper die Lungentuberculose günstig beeinflusst, und empfiehlt, dem Organismus Stoffe zuzuführen, die möglichst leicht zu Kohlensäure verbrannt werden. Dazu benutzt er als billig und angenehm zu nehmen das trockne Malzextract von Liebe und hat damit 60% Besserungen resp. Heilungen erzielt. In letzter Zeit hat er, beeinflusst durch die Empfehlung Ferriers und Resions, dem Extract Maltikalk hinzugesetzt und glaubt damit noch bessere Resultate zu haben. Er veröffentlicht 4 belegende Krankengeschichten. Das zu dieser Therapie verwandte Extr. malti sicc. cum calcio hyperphosphoroso enthält 5% Calc. hyperphosph. und wird von Liebe in Dresden in den Handel gebracht. In 8 Tagen sind mindestens 250 gr. zu nehmen (tägl. 6 gehäufte Esslöffel).

Haller.

E. Meissen-Hohenhonnef. Tuberculöse Infection und tuberculöse Erkrankung. (Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Band XI. Heft 2).

Die Lungentuberculose ist keine ansteckende Krankheit im gewöhnlichen Sinn, und die jetzt übliche Bacillenfurcht ist übertrieben und schädlich. Aerzte, Pflegepersonal, Bewohner von Lungenkurorten erkranken nicht häufiger an Tuberculose als andere; Ansteckung in der Ehe erfolgt nur in 3%.

Andererseits erweisen die Untersuchungen von Nägeli, Lubarsch, Bugge die Wahrheit des Worts: ein bischen tuberculös ist schliesslich jeder, d. h. die tuberculöse Infection ist viel häufiger als die tuberculöse Erkrankung.

Die Frage, woher die inficierenden Bacillen stammen, ob aus dem Sputum Phthisischer oder auch von perlsüchtigen Tieren (Rinder, Vögel, Kaltblüter), ist noch nicht entschieden, jedenfalls ist die Verbreitung des Erregers ungeheuer gross und die Infectionsgelegenheit im einzelnen Fall zu erweisen, oft unmöglich. Bei 317 Hohenhonnefer Pat. war eine Infectionsgelegenheit einigermassen sicher nur in 107 Fällen nachzuweisen, 15 Mal war sie unsicher und 195 Mal ganz dunkel.

Die «naive Vorstellung von dem unglücklichen Atemzug, der die in der Luft schwebenden Tuberkelbacillen bis in die Tiefe der Lunge befördern soll», weist M. an der Hand der Literatur zurück und sieht den Schlundring (Gaumen und Rachenmandel) als Haupteingangspforte an, von wo aus die Bacillen unter mancherlei Hemmungen den lymphogenen (Hals-, Mediastinal- und Bronchialdrüsen) oder den hämatogenen Weg nehmen. Ebenso kann vom Darm oder der Haut aus eine Infection vor sich gehen.

Der Widerspruch zwischen den Zahlen der Sectionsbefunde (92% tuberculös) und der Anzahl klinisch an Tuberculose Gestorbener (30%) lässt es für das klinische Bedürfnis notwendig erscheinen, einen Unterschied zwischen Infection und Erkrankung anzunehmen. Gegen eine Infection ist niemand geschützt und mehr oder weniger jeder ist ihr ausgesetzt. Sie setzt aber zunächst nur vereinzelte kleine Herde, die dem Organismus nicht gefährlich sind und durch natürliche Heilungsprocesse unschädlich gemacht werden können. Zu tuberculöser Erkrankung im klinischen Sinne kommt es erst, wenn zur causa efficiens eine causa movens hinzukommt: Verhältnisse der Abstammung und allgemeiner oder besonderer Schädigungen. Diese auslösenden Momente veranlassen in Wahrheit erst die tuberculöse Erkrankung, deren letzte Ursache der Tuberkelbacillus ist. Infection und Erkrankung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegen zeitlich oft weit auseinander — Verhältnisse, die das practische Leben bestätigt. Als causae moventes sind unter anderem anzusehen: die kritische Zeit der Entwicklungsjahre, Schädigungen durch Staubinhalationen, das Wochenbett, Aufenthalt in Gefängnissen, der Militärdienst, Traumen etc.

Zeigt die Tuberculosemorbidität (Sectionsergebnisse) keine Abnahme, so zeigt die Tbc. Mortalität in den letzten Jahrzehnten ständig sinkende Zahlen, infolge der Abschwächung auslösender Momente: durch die sociale Wohlfahrtspflege, Hebung der Hygiene etc. Das ist der Hebel, an dem auch ferner eine wirkungsvolle Tuberculosebekämpfung einzusetzen hat; die Vernichtung des Tuberkelbacillus spielt dem gegenüber eine weit geringere Rolle und ist wenig aussichtsvoll.

Haller.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Stille: „Zur Ernährungslehre". München 1908. Verl. der Aerztl. Rundschau (Otto Gmelin).

Wir leben im Zeitalter der Revisionen. Neben politischen und socialen Werten geht auch eine verstärkte Umwertung wissenschaftlicher Werte vor sich. An der Reihe ist die officielle Ernährungstheorie, welche über ein halbes Jahrhundert gelehrt, propagandiert und popularisiert worden ist. Mit Nachdruck tritt Verf. vorliegenden Aufsatzes für die Dringlichkeit einer Revision dieser fundamentalen Frage ein. Der Wert des Buches ist demnach hauptsächlich ein agitatorischer, denn eigene Versuche werden nicht gebracht, aber das gesammelte Material beleuchtet die crassen Widersprüche, welche zwischen Theorie und Tatsachen bestehen, und ist in dieser Hinsicht gut verwertet. Die jahrelangen Beobachtungen von Bölz an Japanern, seine Versuche und diejenigen von Chittenden bilden den Ausgangspunct der Betrachtungen des Verf., an welche sich eine Polemik gegen die Voit'sche Ernährungsformel anschliesst und in eine Excursion auf das Gebiet der Wärmelehre, Energie und Entropie übergeht. Verf. weist nach, dass eine Anwendung der Wärmelehre auf die Vorgänge im menschlichen Körper auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst, schon allein weil wir noch weit entfernt sind die Summe der Energie zu kennen, die der Körper in seinem Lebensprocess verwendet. Aber den Ausschlag geben die Tatsachen. Abgesehen vom Massenexperiment, welches ein Millionenvolk (Japaner) bietet, indem es seine Leistungsfähigkeit documentiert hat, obgleich es nach wissenschaftlichen Begriffen durchweg «unterernährt» ist, sind besonders die Versuche von Chittenden dafür beweisend, dass die Voit'schen Zahlen für Eiweiss zu hoch gegriffen sind und wahrscheinlich auf die Hälfte reduciert werden können. Aber auch die berechnete erforderliche Calorieenmenge ist zu gross und Chittenden hat gezeigt, dass $^2/_3$ derselben genügen, um Gewicht und Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Im Hinblick auf solche Tatsachen sei eine Revision der Ernährungslehre unumgänglich, um so mehr als nach Ueberzeugung des Verf., welche sich auf weitgehende Beobachtung stützt, die gegenwärtig betriebene Ueberernährung mehr Gesundheitsschädigung verursacht als die so gefürchtete Unterernährung. Im Vorwort lesen wir auch, dass besonders auf Grund vorliegender Arbeit die Ernährungsfrage im deutschen Reichstage angeregt wurde mit dem Antrag das Reichsgesundheitsamt zu Nachprüfungen aufzufordern. Ein Beschluss wurde allerdings, wie Ref. erfahren hat, darüber nicht gefasst und ein Jahr ist hingegangen, ohne dass vom Reichsgesundheitsamt darauf reagiert worden ist. Das ist entschieden zu bedauern, denn schliesslich handelt es sich nicht nur um das Aufgeben einer haltlos gewordenen Theorie, sondern um eminent wichtige practische Fragen. Wenn es sich auch nicht strikt nachweisen lässt, dass die Schulmedicin durch falsche Ernährung die Volksgesundheit tatsächlich schädigt, so ist nicht zu leugnen, dass dieser Vorwurf immer lauter ertönt. Und wenn er gegenwärtig auch nur Zweifel an der Competenz der wissenschaftlichen Medicin in Ernährungsfragen enthalten sollte, so darf das nicht unbeachtet gelassen werden. Die Medicin hat leider immer die Neigung gehabt, die Stimme des Volkes zu verachten (man denke z. B. an die Hydrotherapie) und hochmütig zu ignorieren, was nicht mit Laboratorien Weisheit übereinstimmte. Jetzt ertönt aber die Stimme von Fachgenossen und sie muss gehört werden. Caveant consules!

F. Holzinger.

G. Voss. Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. Nach Beobachtungen aus dem Nordwesten Russlands. Jena. Gustav Fischer. 1909. 300 Seiten.

Vorliegendes Buch beansprucht an dieser Stelle eine besondere Beachtung. Ist doch Voss lange Zeit hindurch einer der eifrigsten Mitarbeiter an unserer Wochenschrift gewesen. Das Material, das seiner vorliegenden Arbeit zur Grundlage dient, stammt ausserdem fast ausschliesslich aus St. Petersburg, aus der Zeit, als der Verf. noch unter Rybalkin am Marienhospital arbeitete. Jetzt ist V. Docent für Psychiatrie und Neurologie in Greifswald und Oberarzt an der dortigen Nervenklinik.

V. will mit seinem Buch eine Lücke in der Bearbeitung der Hysterie ausfüllen, insofern, als aus Russland noch keine monographische Behandlung derselben vorliegt. Bei den grossen Verschiedenheiten, die die Hysterie bei den verschiedenen Nationen aufweist und der starken Veranlagung der slavischen Race zu nervösen Erkrankungen wird dieses Werk gewiss die Beachtung der Fachleute finden. Als Grundlage dienen 123 genau studierte und analysierte Fälle, von denen einige mitgeteilt werden. Ob V. viel Neues bringt, vermag ich als Nicht-Specialist nicht zu entscheiden, jedenfalls vermag diese zusammenfassende ausführliche Schilderung der Hysterie den practischen Arzt in hohem Grade zu interessieren. V. beschränkt sich nur auf die Fragen, in denen ihm persönliche Erfahrungen zu Gebote stehen, weswegen die traumatische und die Kinderhysterie keine Berücksichtigung finden. Das Inhaltsverzeichnis weist folg. Capitel auf: Auffassung der Hysterie. Vorkommen und Ursachen. Störungen der Sensibilität. Störungen der Reflexe, Störungen der Sinnesfunctionen. Vasomotorisch-trophische Störungen. (Hier ist als besonders interessant das Capitel vom hysterischen Fieber, mit überzeugenden Krankengeschichten hervorzuheben). Motilitätsstörungen. Die hysterischen Anfälle. Psychische Veränderungen und ihre forensische Bedeutung. Differential-diagnostische Erwägungen. Ueber Prognose und Therapie.

Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Neu war mir die Annahme, dass bei schwerer Hysterie ein Schwinden der Sehnenreflexe vorkommen könne. Auch dürfte wohl wenig bekannt sein, dass qualitative Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit zum Symptomenbilde der Hysterie gehören können.

Die Arbeit zeugt von einem erstaunlichen Fleiss: 870 Specialarbeiten umfasst das Inhaltsverzeichnis. Dabei ist es besonders hoch einzuschätzen, dass der Stil des Buches durchweg ausgezeichnet ist und die Lectüre nirgends ermüdend wirkt. Wünschen wir dem Verf. den wohlverdienten Erfolg.

O. Moritz.

G. Singer (Wien). Die atonische und spastische Obstipation. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten. Herausgegeben von Prof. Albu). Halle. Verlag v. Marhold. 46 Seiten. Preis 1 M.

An der Hand zweier typischer Fälle bespricht S. die Semiotik und Therapie der chronischen Obstipation. In meisterhafter Weise sind alle in Frage kommenden Puncte berücksichtigt. Es wird übrigens betont, dass die strenge Scheidung in die 2 erwähnten Haupttypen sich in der Praxis durchaus nicht stets aufrecht halten lässt: Combinationen sind häufig. Dem Practiker, der sich über den modernen Stand der betreffenden Frage schnell orientieren will, kann das kleine Heft warm empfohlen werden.

Selbstverständlich dürften in einigen Detailfragen andere Specialärzte hier und da einen von dem des Verf. abweichenden Standpunct einnehmen. Um nur ein Beispiel zu nennen, ist der Verf. kein Freund des «Regulin», das von Deutschland aus empfohlen (A. Schmidt) sich in der letzten Zeit auch schon in den Nachbarländern einen Namen gemacht hat.

O. Moritz.

Schott (Nauheim). Acute Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. Wiesbaden 1908. 4. Aufl. 59 Seiten.

S. verficht in dieser Broschüre seinen bekannten, wenn auch von manchen Autoren angegriffenen, Standpunct von der Dilatation des Herzens nach Ueberanstrengung. Die angeführten Krankengeschichten, Perkussionszeichnungen und Orthodiagramme sprechen für seine Annahme. Er dürfte wohl auch durchaus im Recht sein und sind die von anderen Forschern gewonnenen, abweichenden Ergebnisse zum grössten Teil wohl darauf zurückzuführen, dass es sich bei Jenen wohl nur um Anstrengungen, nicht um Ueberanstrengung des Herzens (gekennzeichnet durch Tachycardie, Dyspnoe, event. Cyanose) gehandelt hat. Sehr zu beherzigen ist der Ausspruch, dass die «Orthodiagraphie des sich stark bewegenden Herzens weit davon entfernt ist, an und für sich eine einwandfreie Methode zur Bestimmung der Herzgrösse darzustellen». Kleine Lageänderungen des Pat. bei der Untersuchung können schon sehr merkbare Fehler verursachen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Zeitalter des Sports, der Wettspiele und des «Müllerns» ist der exacte Nachweis einer Herzdehnung durch Ueberanstrengung für uns Practiker von ernster Bedeutung: Sorgen wir durch eindringliche Warnung für Verhütung von dauerndem Schaden.

O. Moritz.

Gesellschaft practischer Aerzte in Reval.

Auszug aus den Sitzungsprotocollen des II. Halbjahrs 1908.

1. Infectionskrankheiten (24 pCt.) Bei Besprechung der Fälle von Influenzaerkrankungen wird die Diagnosestellung bei dieser Krankheit berührt. Um eine prägnante Diagnose zu stellen, müsste der Pfeiffersche Bacillus durch Culturverfahren nachgewiesen werden, doch da diese Methode zu compliciert ist, so begnügt man sich gewöhnlich mit der bacterioskopischen Untersuchung von Nasenschleim und Auswurf oder es wird eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nach dem allgemeinen Eindruck und der persönlichen Erfahrung des Arztes gestellt. Von den 174 Influenzakranken sind 35 mit grippöser Pneumonie registriert. Vort. hat oft bei Influenzakranken Spitzeninfiltrationen, meist der rechten Lungenspitze, beobachtet und glaubt für ihr Zustandekommen die Influenza-Infection verantwortlich machen zu können. Bei drei Kranken, die einen protrahierten Krankheitsverlauf aufwiesen, wurden diagnostische Tuberculininjectionen gemacht, wobei nur einer von ihnen eine deutliche locale und allgemeine Reaction aufwies. In der Literatur sind Hinweise auf grippöse Spitzenerkrankungen bei Ortner und Wassermann zu finden. — Der Ileotyphus (21 Fälle) setzte in etwa 50 pCt. mit Frostgefühl, zuweilen mit Schnupfen und Gliederschmerzen ein. Es kamen Fälle zur Beobachtung, die klinisch nicht als Typhus imponierten, wo aber im Blute Typhusbacillen gefunden wurden. Roseolen waren in 60 pCt., Milztumor in 80 pCt., Lebervergrösserung in 25 pCt. der Fälle nachzuweisen. — Bei acutem Gelenkrheumatismus (40 Fälle) fand sich drei Mal acute Endocarditis. — Croupöse Pneumonie wurde 45 Mal beobachtet, wobei der Infiltrationsprocess am häufigsten — 19 Mal — im rechten unteren Lungenlappen etabliert war, am seltensten im linken oberen — 6 Mal. In 65 pCt. fiel die Temperatur kritisch, in 50 pCt. war rostfarbenes Sputum vorhanden. Von den 6 Verstorbenen boten drei meningitische Erscheinungen dar, meist mit ausgesprochenem Kernigschem Symptom. Bei einem an Miliartuberculose Erkrankten erfolgte die Generalisierung des Processes von einem alten Milzinfarct aus. Vorausgegangen war eine zweimalige tuberculöse Erkrankung der Axillarlymphdrüsen.

2. Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (59 Fälle = 3 pCt.). Es werden Anämien und 1 Fall von Diabetes mellitus erwähnt.

3. Neubildungen. Vortr. erwähnt ausser zwei Carcinomfällen ein Sarcom, das offenbar von der kleinen Curvatur des Magens ausgehend Pancreas, Netz, Mesenterium und die Porta hepatis durchsetzt hatte. Prof. Henke in Königsberg, dem das Präparat vorgelegt wurde, diagnosticierte Lymphosarcom und glaubt das Netz als Ausgangspunct angeben zu können.

4. Parasitäre Erkrankungen. Am häufigsten wurde Botriocephalus latus beobachtet.

5. Intoxicationen. Bericht über eine Antifebrinvergiftung, zwecks Befreiung vom Militärdienst. Die eingenommene Menge konnte nicht eruiert werden.

6. Krankheiten des centralen Nervensystems (5%). Ueber einen Fall von Meningitis otogenen Ursprungs wird genauer berichtet. Es fand sich bei der Lumbalpunction hoher Spinaldruck (ca. 500 mm.) und wurden aus der Spinalflüssigkeit Reinculturen von Streptococcen gezüchtet. In einem anderen Fall — tuberculöse Meningitis — war der Spinaldruck nicht erhöht. In allen diesen Fällen war das Kernigsche Symptom positiv. Vortr. erwähnt in dieser Gruppe ausser diversen Paresen, Neuralgien etc. auch noch einen Fall von Ischias mit nachfolgender tödlicher parenchymatöser Nephritis.

7. Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems. Uebersicht über die beobachteten Fälle von organischen Herzerkrankungen.

8. Erkrankungen der Atmungsorgane. Sehr viel Bronchitiden, weniger Laryngitis und Pleuritis. Bei jeder exsudativen Pleuritis wird durch Probepunction entnommenes Exsudat sogleich einem Meerschweinchen intraperitoneal injiciert. Diese Methode zur Erkennung des tuberculösen Charakters eines Exsudates wird der Cytodiagnose vorgezogen.

9. Erkrankungen der Verdauungsorgane (17%). Es wird berichtet über das in der inneren Abteilung des Lazaretts übliche Verfahren der Magensaftuntersuchungen. Demonstration des Citronschen Acidimeters.

10. Bei der Uebersicht über die Erkrankungen der Harnwerkzeuge wird über therapeutische Erfolge durch Venäsectio bei Urämie mit nachfolgender Infusion von physiologischer Kochsalzlösung berichtet.

11. Die Krankheiten des Muskel- und Knochensystems, insbesondere der chronische Muskelrheumatismus, bieten ein dankbares Feld der Tätigkeit für Simulanten.

Harms berichtet, er habe einige Fälle von Ulcus cruris mit 25%-iger Zinkperhydrolsalbe behandelt und sehr schnell eine Ueberhäutung erzielt, auch eine Verbrennung wurde von dieser Salbe sehr günstig beeinflusst.

Greiffenhagen berichtet über drei Fälle von Erysipel, die er nach der Methode von Allen mit dem ausserhalb der Erysipelgrenze angelegten Demarcationsring von concentrierter Carbolsäure behandelt hat. Zwei Mal war der Erfolg ein eclatanter, die Carbolgrenze wurde nicht überschritten, das Erysipel heilte kritisch aus. Im dritten Falle Misserfolg.

Greiffenhagen referiert folgende Casuistica aus seiner Praxis:

1. Appendicitis tuberculosa. Vortr. demonstriert einen 19 cm. langen, auffallend verdickten Proc. vermiformis mit zwei tuberculösen Geschwüren. Das Präparat entstammt einem 17-jährigen blühend und gesund aussehenden jungen Mädchen, das die Erscheinungen einer Appendicitis larvata dargeboten hatte. Bei der Operation erwies sich, dass im coecum, an der Eintrittsstelle der Appendix, ein dickes ca. 2-Markstückgrosses Ulcus sass, ferner 10 cm. weit von der Eintrittsstelle des Ileum ins coecum ein viertes tuberculöses Ringgeschwür im Ileum, welches dadurch zu Stande gekommen war, dass das in der Mitte der Appendix sitzende Schleimhautulcus schon bis zur Serosa ulceriert war und durch direkten, ständigen Contakt mit der Serosa des Ileum daselbst ein secundäres Ulcus erzeugt hatte. Excision der Appendix mit partieller Resection des Coecums, circuläre Resection des Ileum. Prima intentio, reactionsloser Wundverlauf. Zwei Monate später mehrstündiger Schmerzanfall mit Darmsteifung in der Coecalgegend, Meteorismus, Erbrechen. Seither — 7 Monate — Wohlbefinden, blühendes Aussehen.

2. Chronische Peritonitis nach Appendicitis. 36-jährige Virgo, die an periodisch wiederkehrenden, heftigen Schmerzanfällen mit Erbrechen und Fieber gelitten hatte, wurde 1906 wegen rechtsseitiger Leistenhernie radikal operiert. Prima intentio. — 8 Tage später heftiger Leibschmerz, Röte der Narbe, Vereiterung und Bildung eines Exsudates im Becken, welches monatelang bestand und allmählich resorbiert wurde. 1907 wegen Verdacht auf Appendicitis Intervalloperation. Mehrfache Adhäsionen, deutliche chronische Appendicitis, prima intentio, normaler Wundverlauf. Im Sommer darauf wieder die alten Anfälle mit besonders heftigen Blasenbeschwerden; cystoskopischer und gynäkologischer Befund negativ. Im September 1907 wieder ein heftiger Anfall mit deutlich fühlbarem Tumor über der Symphyse. Operation: Senkrechte Incision über der Symphyse legt einen faustgrossen intraperitoneal gelegenen, überall hin abgekapselten, Hohlraum frei, dessen Wandungen holzhart und ca. 1 cm. dick sind, und dessen Inhalt (ca. 150,0) klare gelbliche Flüssigkeit bildete; erst am Boden des Hohlraumes fanden sich einige eitrige Flocken und ausgelaugte Blutgerinnsel. Keine Communication mit der dicht daran liegenden Blase. Langsame Heilung unter Drainage und Tamponade.

3. Postappendicitischer Strangulationsileus. Der 55-jährige Patient hatte schon früher an Schmerzanfällen in der rechten Unterbauchgegend gelitten. Erkrankte mit Leibschmerzen, Erbrechen und Meteorismus, welche Symptome in wechselnder Intensität 5 Tage lang anhielten. Pat. wurde mit der Diagnose Volvulus flexurae sigmoideae eingeliefert und zwei Tage lang unter Morphin-Atropinbehandlung beobachtet. Der periodisch wiederkehrende locale Meteorismus in der Nabelgegend, das sehr profuse Erbrechen, welches nachher von völliger Euphorie gefolgt war, veranlassten zur Diagnose: incompleter Dünndarmverschluss. Die Operation ergab Strangulationsileus des oberen Ileum, hervorgerufen durch zwei strangförmige Adhäsionen, welche als Folgeerscheinungen einer chronischen Appendicitis vom Colon transversum zum Peritonealüberzug des Beckeneinganges in der Coecalgegend zogen und ein Convolut Dünndarmschlingen abgeschnürt hatten. Resection der Stränge, Excision des Proc. vermiformis, glatte Heilung.

Armsen beobachtete einige Fälle von Nitrobenzolvergiftung. Einige Arbeiter der chem. Fabrik R. Mayer hatten aus einem Gefäss, in welchem Nitrobenzol aufbewahrt worden war, Kaffee getrunken und erkrankten bald an hochgradiger Cyanose, sehr kleinem Pulse und grosser Mattigkeit, wobei erst nach einiger Zeit die Exspirationsluft nach bitteren Mandeln zu riechen begann. Trotzdem die Kranken — aus Furcht vor Strafe — leugneten, etwas genossen zu haben und ihre Vergiftung auf Einatmen der Dämpfe zurückführten,

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

würden sofort Magenspülungen vorgenommen und der schwere Collaps mit Excitantien bekämpft. Ein am schwersten erkrankter Arbeiter starb, die beiden anderen waren am nächsten Tage schon genesen. Die tödliche Dosis von Nitrobenzol wird von Robert auf 30 Tropfen angegeben, nach ihm sei es ein Methämoglobin bildendes Gift, welches Cyanose und Atemlähmung macht. In den vorliegenden Fällen hatte der Harn ein ganz normales Aussehen, chemisch oder mikroskopisch konnte er indess nicht untersucht werden.

Wistinghausen referiert folgenden Fall: Ein 45-jähriger Arbeiter wurde ihm zugewiesen mit einem fluctuierenden, grossen Tumor in der Oberbauchgegend und einer fast bis zur Clavicula hinaufreichenden Dämpfung der linken Thoraxhälfte. Aus einer zwischen Nabel und Proc. xyphoideus angelegten Punctionsöffnung entleerte sich trübe, aber sterile Flüssigkeit. Eine in den Thorax von hinten her unter dem Scapularwinkel eingestochene Punctionsnadel, durch welche dieselbe Flüssigkeit austrat, bewegte sich entsprechend der Respiration, indem sie sich bei der Inspiration senkte und bei der Exspiration hob, also umgekehrt als wie man hätte erwarten sollen, wenn sie das Zwerchfell erreicht hätte. Daraus schloss Vortr., dass das Zwerchfell statt nach oben, nach unten gewölbt sei und dass es sich um eine Cyste handele, die mit dem Zwerchfell verbunden wäre. An der vorderen Bauchwand wurde eine Incision angelegt und ein Drain eingeführt, welches um nicht plötzlich die ganze Flüssigkeit zu entleeren mit einer Arterienklemme verschlossen wurde. Zwei bis drei Wochen lang wurde die sich stets aber in immer geringerer Menge ansammelnde Flüssigkeit abgelassen, wobei die Dämpfung sich immer mehr verringerte, bis nach vollständiger Entleerung das Drain entfernt werden konnte und die Fistel heilte, ohne dass sich wieder Flüssigkeit ansammelte. Auf Echinococcus wurde mit negativem Erfolg gefahndet.

Kusick referiert folgenden Fall aus seiner Praxis: eine 35-jährige hysterische Dame fürchtete einen Herzfehler zu haben, weil sie mehrere Anfälle von Tachycardie gehabt hatte. Die Untersuchung des Herzens ergab nichts Abnormes. Später bildete sich nach einem abermaligen Anfall von Tachycardie ein kleiner schmerzhafter Tumor von weicher Consistenz an der 6. und 7. Rippe. Im Centralblatt für innere Medicin, Jahrg. 1908 sind von Max Herz vier Fälle dieser von ihm Pseudoperiostitis angioneurotica genannten Affection beschrieben worden. Sie vergeht bald, recidiviert aber leicht und bildet eine Begleiterscheinung der Herzneurose. Vortr. bezweifelt, dass diese Auftreibungen, wie Herz angibt, nur am Thoraxskelett auftreten, er hat solche auch schon an den Fingern und am Proc. mastoideus einer Hysterica beobachtet.

In der Discussion wird von mehreren Seiten über angioneurotische Oedeme bei nervösen Individuen berichtet.

Haller referiert folgenden Fall eines Carcinoms der kleinen Curvatur mit Uebergreifen auf die Cardia mit Disseminierung auf dem Peritoneum und chronischer adhäsiver Peritonitis.

Der 33-jährige Kranke, der schon längere Zeit an Magenbeschwerden (Schmerzen nach dem Essen und Erbrechen) gelitten hatte und bereits eine milde Ulcus-Cur durchgemacht hatte, trat am 21. Juli d. J. in die Diaconissenanstalt ein mit typischen Ulcusbeschwerden. Nach 4-wöchentlicher üblicher Ulcuscur waren die Schmerzen ganz geschwunden, und er konnte beschwerdefrei aufstehen. Doch bald traten wieder etwas Schmerzen auf, und Anfang September begannen Klagen über Steckenbleiben consistenter Nahrung, die so arg wurden, dass er nichts Festeres schlucken konnte; dabei glitt die gewöhnliche Sonde leicht in den Magen. Am 21. Sept. stärkere Magenblutung ohne Erbrechen mit heftigen Schmerzen. Der sehr herabgekommene Pat. erholte sich bis zum 18. Oct. so weit, dass die vorgeschlagene Operation ausgeführt werden konnte. Die geplante Gastroenterostomie konnte aber nicht gemacht werden, da Magenwand und Därme durch breite Adhäsionen vielfach fest verbacken waren; ausserdem wies das Peritoneum zahlreiche kleine Knötchen auf. Am 2. Tage nach der Operation traten wieder Magenblutungen auf, und am 21. Oct. erfolgte der Tod. Die Section ergab ein stark verengtes Foramen oesophagi und Carcinose der Curvatura minor und des Peritoneums, sowie adhäsive chron. Peritonitis zwischen Leber, Magen und Colon.

Feuilleton.

Wiener Brief.

(Orig. Correspondenz der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift).

Ueber ein leider für Ihre Leser actuelles Thema sprach Prof. R. Kraus in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Kraus sprach nämlich über den derzeitigen Stand der ätiologischen Diagnose und der antitoxischen Therapie der Cholera asiatica. Kraus sagte: Die jüngste Choleraepidemie in Russland gab mir Gelegenheit, die viel discutierte Frage über die Verwertbarkeit der Hämotoxine zur Unterscheidung des Choleravibrio von anderen Vibrionen noch einmal einer Revision zu unterziehen und das antitoxische Serum auf seine Heilkraft beim Menschen zu studieren. Seit den grundlegenden Arbeiten Pfeiffers, welche die Methode der Serodiagnostik der Bacterien geschaffen haben, stehen wir auf dem Standpuncte, dass eine Diagnose des Choleravibrio bloss biologisch möglich sei. An Stelle des Pfeifferschen Peritonealversuches, der allerdings für die Praxis umständlich ist, und eine geschulte Technik voraussetzt, setzten Gruber und Durham die Agglutination, mittelst welcher der biologische Nachweis des Choleravibrio gewöhnlich durchgeführt wird. Bis in die letzten Jahre galt es für sicher, dass diese biologischen Methoden als absolut exacte Methoden anzusehen sind, und dass ein biologisch als Choleravibrio charakterisierter Vibrio als solcher mit Bestimmtheit angesehn werden kann. Durch die Untersuchungen von Kraus und Pribram aber über die El-Tor Vibrionen hat diese Annahme eine Beschränkung erfahren. In El-Tor (Arabien) wurden von E. Gottschlich aus dem Darminhalte von Leichen der Mekkapilger, die nicht an Cholera verstorben sind, Vibrionen gezüchtet, welche durch culturelle und biologische Untersuchungen als Choleravibrionen charakterisiert wurden. Gottschlich nahm an, welcher Anschauung auch Gaffky und Kolle in Deutschland, die diese Stämme auch untersucht hatten, sich anschlossen, dass die Träger dieser Vibrionen als Choleraträger anzusehn sind. Durch die Untersuchungen von Kraus und Pribram konnte nun festgestellt werden, dass diesen El-Tor Vibrionen, obwohl sie alle Charaktere der Choleravibrionen besitzen, indem sie culturell und biologisch sich gleich verhalten, ausserdem noch Eigenschaften zukommen, die der Choleravibrio nicht besitzt, und zwar die Bildung eines Hämotoxins und eines acut wirkenden Toxins. Zunächst steht fest, dass diese Eigenschaften der El-Tor Vibrionen nicht schwankend sind, sondern sie bleiben trotz jahrelanger Züchtung im Nährboden constant. Kraus und Russ haben weiter an 23 Cholerastammen, die aus der russischen Epidemie 1907 stammen, gezeigt, dass der Choleravibrio kein Hämotoxin zu producieren imstande sei. Und auch die aus der diesjährigen Epidemie in Russland von Prof. Zabolotny den Forschern überlassenen 38 Cholerastämme aus Cholerastühlen, aus dem Newawasser und dem Petersburger Trinkwasser gezüchtet, die culturell und biologisch als Choleravibrionen anzusprechen sind, wirken in der Blutplatte nicht hämolytisch. (Von zwei Stämmen, welche in der Blutplatte hämolysierten, erwies sich der eine aus Wasser in Astrachan als ein Vibrio, der nicht vom Choleraserum agglutiniert wird, der andere Stamm aus einer Leiche war überhaupt kein Vibrio). Aus allen diesen Untersuchungen geht hervor, dass die Hämotoxinbildung eine Eigenschaft ist, welche dem Choleravibrio nicht zukommt und dass die Blutplattenmethode die souveränen biologischen Methoden zu ergänzen geeignet ist. Das mit Giften der specifischen El-Tor Vibrionen gewonnene Serum ist bacteriolytisch für El-Tor Vibrionen und Choleravibrionen, nicht für andere Vibrionen, wirkt dagegen antitoxisch nicht nur für El-Tor Gifte und Choleragifte, sondern auch für Gifte auch anderer Vibrionen. Tierversuche ergaben ferner, dass nur antitoxisches Serum die Heilung ausmachen kann, und dass bacteriolytisches Serum vollständig versagt. Die Tatsache der Existenz von Choleraantitoxinen liess die Möglichkeit einer Therapie zu. In der letzten Choleraepidemie wurden Versuche mit dem antitoxischen Serum (gewonnen aus El-Tor Giften) gemacht. Durch das Entgegenkommen des Prof. Zabolotny in Petersburg war Prof. Kraus in der Lage, am Maria-Magdalenenspital und dank der Liebenswürdigkeit des Chefarztes des weiblichen Obuchowspitals Dr. Kernig auch an diesem Hospital das Serum an Cholerakranken zu studieren. Der Vorstände der Choleraabteilungen, Dr. Ketscher und Dr. Kernig die Behandlung haben selbst durchgeführt. Es wurden zur Behandlung nur sehr schwere oder mittelschwere Fälle gewählt, welchen nach den Erfahrungen beider Kliniker eine letale Prognose zukam. Im ganzen wurden 119 Fälle behandelt, und zwar 70 Fälle subcutan und 49 Fälle intravenös. Von den subcutan behandelten starben ca. 58%, von den intravenös behandelten ca. 50,6%. Dagegen ist die

Gesamtsterblichkeit der schweren, unbehandelten Fälle gewöhnlich ca. 58,7%. Berücksichtigt man, dass nur sehr schwere und dubiöse Fälle behandelt wurden, so dürfte diese Mortalität der mit Serum behandelten dafür sprechen, dass eine Heilwirkung dem Serum namentlich bei intravenöser Application zuzuschreiben ist. Dr. Haller (Saratow) äussert sich folgendermassen: Aus der niedrigen Sterblichkeitsziffer der mit Serum behandelten scheint mir hervorzugehen, dass dem Serum eine gewisse, nicht zu unterschätzende Heilkraft beizumessen ist. Die Kranken erholen sich bei gewöhnlicher Behandlung nur ausnahmsweise. Von den behandelten Kranken sind 36,6% gestorben. Ein abschliessendes Urteil in der einen oder anderen Richtung zu geben, wäre verfrüht. Der Verlauf der Krankheit bei schweren Fällen ist ein so acuter, dass jede Stunde der antitoxischen Therapie Grenzen setzt. Sehen wir z. B., dass bei der Diphtherie die antitoxische Therapie am 3. bis 4. Tag der Erkrankung gewöhnlich versagt, so dürfte hier die Wirksamkeit des Serums von Stunden abhängen. Auf Grund der Experimente müssen wir so wie beim Tetanus den Standpunct einnehmen, dass, aber äusserst frühzeitig, grosse Mengen von Serum am besten intravenös (60 cm.^{3} mit 1000 cm.^{3} physiologischer Kochsalzlösung zu injicieren sind. Bei all diesen Heilbestrebungen besteht kein Zweifel, dass die wirksamste Bekämpfung der Cholera derzeit die Prophylaxe ist. Allgemeine hygienische Massnahmen, in erster Linie zweckentsprechende Wasserleitungen, Kanalisation und vielleicht auch prophylactische Schutzimpfungen sind die besten Waffen bei der Bekämpfung der Cholera. Dafür spricht auch das explosive Auftreten durch centrale Infection der Wasserleitung bei den Epidemien in Astrachan und Petersburg. Das mit Dejecten verunreinigte Flusswasser, welches entweder direct genossen wird oder durch ungenügend dichte Filteranlagen filtriert wird, macht das explosive Auftreten der Cholera auch in Petersburg erklärlich.

Ein russisches Colorit hatte auch das Krankheitsbild, das F. Sluka in derselben Gesellschaft demonstrierte, nämlich einen Fall von Kala-Azar Krankheit. Der vorgestellte Knabe, der seit mehreren Jahren in Taschkent lebte, magerte ab, hatte seit längerer Zeit unregelmässiges Fieber, bekam Milz- und Lebervergrösserung, die Leber überragte den Rippenbogen bis zum Nabel; ihre Oberfläche ist derb und glatt. Im Blute befinden sich 3 Millionen rote, gegen 2000 weisse Blutkörperchen, vorwiegend Lymphocyten und mononukleäre Leucocyten. Die Krankheit kommt endemisch in den südlichen Gegenden Asiens und sporadisch in anderen heissen Ländern vor, die meisten Fälle betreffen Individuen bis zu 20 Jahren. Der Erreger der Krankheit ist ein Protozoon von rundlicher, selten spindelförmiger Gestalt, ungefähr 15 μ lang mit einem doppelten Kern. Man findet diese Gebilde im Milzpunctate einzeln zwischen den roten Blutkörperchen oder zu 10—20 zusammen in den Zellen der Milz. Auf Agar mit nicht geronnenem Blute bilden sich nach Impfung binnen 24 Stunden Culturen. Die Therapie ist gegen das Leiden machtlos.

In der «Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde» sprach Karl Wirth über Serumanwendung bei Blutungen», Der gute Erfolg, den W. durch Seruminjectionen bei einem Haemophilen mit unstillbarer Blutung erzielte, veranlasste ihn die Methode auch bei schweren Blutungen anderer Art zu versuchen. Verwendet wurde zu den Injectionen möglichst frisches Pferdeserum aus dem serotherapeutischen Institute. Dasselbe stammt von Pferden, welche zur Gewinnung antitoxischer Sera in Verwendung stehen, aber noch nicht geimpft sind. Was die Technik der Injection anbelangt, wurde dazu eine leicht sterilisierbare grössere Spritze genommen, welche etwa 20—25 Cm.^{3} fasst und eine ziemlich grosse, lange Nadel besitzt. Die Injectionen werden subcutan verabreicht in die sorgfältig gereinigte Haut, zumeist des Oberschenkels oder der Bauchdecken. 20 Cm.^{3} Serum wurden in ein vorher sterilisiertes Schälchen und dann mittels der Spritze aufgesogen. Nach der Injection wurde das subcutane Infiltrat durch leichtes Massieren verteilt, die Einstichöffnung mit Dermatolgaze und einem Heftpflasterstreifen verschlossen. W. hat diese Methode bei vielen Fällen erprobt; in allen hat er auffallend gute Erfolge zu verzeichnen, dazu in Fällen, bei welchen mit den bisher geübten Methoden keine oder doch wenigstens keine so rasche Blutstillung zuwege gebracht werden konnte. Die Fälle verteilen sich abgesehen von dem Haemophilen, auf 1) eine Nachblutung aus der linken Tonsille nach Tonsillektomie, 2) eine schwere Nasenblutung bei einem Arteriosclerotiker, 3) vier Fälle von Haemoptoe bei Phthisis pulmonum. Bei den Blutungen, die von aussen leicht zugänglich waren, wurde ausser den Injectionen Serum noch lokal angewandt in der Weise, dass ein in Serum getauchtes Tampon auf die betreffende blutende Stelle gebracht wurde. In ähnlicher Weise konnte W. in letzter Zeit Zahnfleischblutungen bei Haemophilen durch tägliches Bepinseln des Zahnfleisches mit Rinderserum stillen. Weitere Versuche bei Blutungen aus dem Magen-Darmtract, bei hämorrhagischer Diathese, bei Blutungen auf leukämischer Grundlage bei Scorbut stehen in Aussicht.

Ein wahrer Festtag für die medicinische Facultät war die Errichtung der neuen Frauenkliniken des Prof. Schauta und Prof. Rosthorn. Schauta sagte in der Eröffnungsrede darüber: Die neuen Frauenkliniken wurden auf der Area des alten Versorgungshauses errichtet. Nur 20 pCt. der Fläche wurden durch die Verbauung in Anspruch genommen, so dass also 80 pCt. Gartenfläche übrig blieben. Für den Bau der beiden Frauenkliniken und zwar der Hauptgebäude, wurden 3235 m^2 und für den Isolierpavillon 520 m^2 in Anspruch genommen. Bezüglich der allgemeinen Einrichtung des Hauses hebt Sch. hervor, dass Holzconstructionen principiell vermieden sind, Zwischendecken sind aus Eisen und Beton hergestellt. Da das Dach flach ist, so fehlt ein eigentlicher Dachstuhl. Für die Fussböden ist grösstenteils undurchlässiges Material in Form der Metlacherplatten gewählt in erster Linie wegen der schlechten Wärmeleitung. Wände und Decken sind in den meisten Räumen mit Emailölanstrich versehen. Die Türen sind mit wenigen Ausnahmen Kreuztüren von 115 Cm. Breite. Flügeltüren sind, wo es ging, vermieden, wegen der Erfahrung, dass bei Flügeltüren der feststehende Flügel nicht nach oben und unten festgeriegelt wird sich dann wirft, klappert und nach einiger Zeit nicht mehr schliesst. Türschwellen sind überall vermieden, da wir ermöglichen wollten, den Transport der Kranken mittels Bettwagen in ihrem Bette vorzunehmen. Bezüglich der Farbe des Anstriches sowohl der Wände als auch der Möbel und der Verkachelung ist der Grundsatz durchgeführt die rein weisse Farbe überall zu vermeiden. Das Weiss blendet bei heller Tagesbeleuchtung und schmerzt. Deshalb haben wir in den Krankenzimmern, auf den Korridoren, in den Stiegenhäusern ein helles Grün gewählt, das allerdings so hell ist, dass es bei oberflächlicher Betrachtung weiss erscheint. Die Kacheln sind in hellem Gelb (Creme) gehalten. Besonders in Operationssälen scheint diese Neuerung von Vorteil zu sein. In allen Räumen des Gebäudes finden wir Warm- und Kaltwasserleitung, auch für Hydranten zur reichlichen Reinigung sämtlicher Räume ist gesorgt. Die wichtigsten Räume des Hauses sind durch Telephon mit einander verbunden, während die einzelnen Stationen in ihren Räumen untereinander telegraphische Verbindungen haben. Die Telegraphenleitung ist in der Weise angeordnet, dass von den einzelnen Stationen aus, und zwar von jedem Krankenbett zu den Dienstzimmern der Pflegerinnen, den Teeküchen und Tageräumen die Signale gehen. Die Luft wird zum Zwecke der Ventilation aus dem Garten gepumpt und durch Schläuche im ganzen Hause verteilt. Die Heizung ist eine Niederdruckdampfheizung. Die Beleuchtung ist zum grössten Teile elektrisch. Die für die einzelnen Kategorien von Verpflegten in Aussicht genommene Bettenzahl ist einschliesslich der Betten für Aerzte und Pflegerinnen 356. Hervorzuheben ist die grosse Zahl von Räumen mit nur einem Bette, Isolierräume. Die Trennung der einzelnen Stationen ist eine doppelte: Erstens nach Stockwerken, zweitens durch Eisenglastüren. Im Sockelgeschoss finden wir: die Station für Krankenaufnahme und die ambulatorische Behandlung; das Studenteninternat. In den anderen Stockwerken die Tracte für die Leidenden, den Hörsaaltrakt mit Bibliothek, Museum und Vorbereitungsraum den gynäkologischen Operationstract, das Institut für Radiologie und Photographie; das Institut für experimentelle Pathologie.

Die Regierung hat im Abgeordnetenhause den Entwurf eines Gesetzes, womit Bestimmungen zur Hintanhaltung der Trunksucht getroffen werden, eingebracht. In seinem Aufbau und seiner Fassung lehnt sich der neue Gesetzentwurf hauptsächlich an die letzte Regierungsvorlage aus dem Jahre 1902 und an dem hierüber vom Gewerbeausschusse des Abgeordnetenhauses erstatteten Bericht vom 9. Juni 1903 an. Der Entwurf ist in seinen drei Capiteln «Gewerberechtliche Bestimmungen», «Privatrechtliche Bestimmungen», «Strafrechtliche Bestimmungen» von dem Bestreben geleitet, die Gelegenheit zur Trunksucht einzuschränken, gegen Trunksuchtsdelicte eine angemessene Repression zu schaffen, gleichzeitig aber an Einschränkungen der freien Erwerbstätigkeit und an Statuierung neuer Strafnormen nur dasjenige zu verfügen, was im Interesse der öffentlichen Hygiene und Moral unabweislich erscheint. Die wichtigsten gewerberechtlichen Bestimmungen sind in der Concessionierung des Detailhandels mit gebrannten geistigen Getränken in verschlossenen Gefässen gelegen, welche Betriebsform bisher die gefährlichste Quelle der Trunksucht bildete, weiter ist die Schaffung besonderer Cautelen für den Alcoholabsatz durch Automaten, sowie die Ueberwachung und Reglementierung aller Absatzstellen in Aussicht genommen; die Festsetzung bestimmter Grenzen für die Zahl der zu verleihenden Concessionen im Verhältnis zur Bevölkerung, die Schliessung bestimmter Brantweinschenken an Sonn- und Feiertagen, sowie zur Zeit der Lohnauszahlungen bilden ein feststehendes und in nahezu allen Trunkenheitsgesetzen verwirklichtes Postulat der Volkshygiene, eine Schutzmassnahme gegen die Gefährdung des Einzelnen und

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Familie vor dem Verluste des Wochenlohnes, vor Trunksuchtsanfällen und Gefährdungen der öffentlichen Ruhe wie des häuslichen Friedens. Die privatrechtlichen Bestimmungen richten sich gegen das Trinken auf Borg durch Normierung der Unklagbarkeit von Zechforderungen. Die strafrechtlichen Bestimmungen enthalten gerichtliche Strafsanctionen für an sich strafbare Handlungen, die im Zustande der Trunkenheit begangen werden, für die Vornahme besonders verantwortungsvoller Handlungen in trunkenem Zustande, für wiederholte Trunkenheit an öffentlichen Orten und für Verabreichung von Alcohol an Trunkene. Nach den Uebergangsbestimmungen soll das Gesetz mit seinem Wirksamkeitsbeginne auf die Art der Ausübung aller Gewerberechte Anwendung finden; dagegen werden bestehende Rechte durch das Gesetz nur in Bezug auf den Detailhandel berührt und sind auch in dieser Beziehung die befugten Detailhändler, welche ihre Gewerbebefugnis nach der Gewerbenovelle vom Jahre 1907 auf Grund eines Befähigungsnachweises erworben haben, von der Erwirkung einer Concession befreit und nur bezüglich des Minimalquantums des Branntweinabsatzes (ein Achtelliter) dem Gesetze unterworfen. Andere Detailhändler müssen allerdings eine Concession erwirken; innerhalb einer bestimmten Zeit kann jedoch hierbei von dem Erfordernis des Befähigungsnachweises Umgang genommen werden.

Die allgemeine sociale Lage der österreichischen Aerzte ist durch das Krankencassenwesen, oder besser gesagt Krankencassenunwesen eine sehr triste. Durch den neuen Regierungsentwurf für Socialversicherung werden einige Härten genommen, andere aber hinzugefügt. So erlaubt das neue Gesetz ausdrücklich die Familienversicherung; nicht nur dem Versicherten, sondern auch den Angehörigen können freie ärztliche Hilfsmedicamente etc. gewährt werden. Dies bedeutet eine neue wirtschaftliche Calamität, da das Nebeneinkommen, das der Cassenarzt aus der Familienbehandlung gewann, wenigstens einigermassen die karge Pauschalhonorierung (im Durchschnitt ca. 20 Heller für die Visite) wett machte. Die Aerzteschaft wird sich solchen Bestimmungen gegenüber zu einmütigem Widerstande aufraffen.

Dr. Sofer.

Therapeutische Notizen.

Prof. Dr. O. Cozzolino, Univ.-Kinderklinik-Genua. Das Bromural als Sedativum und Hypnoticum bei Kinderkrankheiten. (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1908, Nr. 121).

Die bei Kindern so häufige Schlaflosigkeit wird durch verschiedene Ursachen hervorgerufen und ist auch je nach dem Zustand des Kindes verschieden. Viele dieser Ursachen hängen in Wirklichkeit nicht mit einer eigentlichen Erkrankung der Kinder zusammen, sie sind daher leicht zu entfernen und es ist im allgemeinen nicht nötig, zu einem sedativen oder hypnotischen Mittel zu greifen. Bei vielen anderen Fällen von Schlaflosigkeit, bei denen der Ursprung in der Erkrankung des Kindes zu suchen ist, können wir oft ein Schlafmittel nicht entbehren, um die hartnäckige Schlaflosigkeit und die Unruhe des Kindes zu beseitigen, zumal sie auch die normale Entwickelung und das Wachstum des Kindes hintanhalten kann.

Von den Mitteln gegen die Schlaflosigkeit werden das Opium und die aus ihm hergestellten Präparate empfohlen, ferner Chloralhydrat, Paraldehyd, Sulfonal, Trional, Veronal und Amylenhydrat. Abgesehen von der wohlbekannten grösseren oder geringeren Verträglichkeit und der toxischen Wirkung des Opiums und der ihm nahestehenden Präparate bei Kindern, im besonderen Säuglingen, ist es sicher, dass durch die oben genannten Mittel die hypnotische Wirkung nicht im physiologischen Sinne herbeigeführt wird, da sie alle mehr oder minder narcotische Wirkung haben, infolgedessen sie einerseits Taumeln und Verwirrtheit, wie im Zustande der Trunkenheit, hervorrufen und andererseits Nebenwirkungen besonders auf das Nervensystem, den Verdauungstractus und das Herz besitzen, ausser der Gefahr einer Vergiftung durch längere Angewöhnung. Das Ziel eines wirklich einschläfernden Mittels ist, in jedem Falle, einen Schlaf hervorzurufen, der dem physiologischen ähnlich ist, eine bestimmte Dauer besitzt und keine lästigen Nebenwirkungen hervorruft. Diesen Forderungen scheint das Bromural in genügender Weise nachzukommen.

Das Mittel kam zur Anwendung bei fieberhaften Krankheiten mit Schlaflosigkeit, z. B. Pleuritis, Pneumonie, Typhus abdominalis, Darmkatarrh, und erwies sich hier als prompt wirkendes Hypnoticum. In 4 Fällen von Bronchopneumonie, 2 Fällen acuter Miliartuberculose, 1 Fall von Lungenabscess und 5 Fällen von Keuchhusten war ausser der schlafbringenden Wirkung eine Herabsetzung des Hustenreizes und Verminderung der nächtlichen Hustenanfälle zu bemerken. Das Mittel wurde ferner in verschiedenen Fällen von Stimmritzenkrampf, Eclampsie und Chorea minor mit sehr gutem Erfolg angewandt. Zu erwähnen ist schliesslich noch die Verwendung des Bromurals bei einem Pharynx-Abscess, bei dem es in der Nacht vor der Operation die Schlaflosigkeit prompt beseitigte.

Es wurde an 34 Kindern bei verschiedenen Krankheiten versucht; dabei ergaben sich folgende Beobachtungen:

1) das Bromural ist ein ausgezeichnetes Sedativum und Hypnoticum, ausgenommen für solche Formen der Schlaflosigkeit, die auf Grund einer functionellen Erkrankung der Nervencentren bestehen (z. B. Meningitis).

2) Der Bromuralschlaf unterscheidet sich in keiner Beziehung vom physiologischen Schlaf. Er ist nicht von Träumen, schreckhaften Zuständen u. s. w. begleitet und zieht keine unangenehmen Folgen für Atmung, Verdauung, Herz und Nieren nach sich.

3) Der Bromuralschlaf beginnt gewöhnlich nach 10—15 Minuten und dauert nicht unter 3–4 Stunden.

4) Das Bromural findet dank seiner absoluten Unschädlichkeit ein weites Anwendungsgebiet in der Kinderpraxis, da es den Arzt von anderen Hypnoticis, die noch alle mehr oder weniger narcotisch wirken, unabhängig macht.

5) Auch andauernder Gebrauch des Mittels ruft keine Cumulativ-Wirkung oder sonstige Störungen hervor.

6) Die Sensibilität und die Reflexe zeigen keine wahrnehmbare Aenderung. Der Stoffwechsel wird nicht beeinflusst.

— Dr. Lesenger, Mt. Pleasant, Ichthalbin. (The New Albany Medical Herald, Jan. 1909).

Die Erfahrungen des Autors mit Ichthalbin, einem fast geschmackfreien Ichthyoleiweisspräparat, beziehen sich vor allem auf die Kinderpraxis, in der das Ichthalbin von L. jahrelang bei Gastro-Intestinalstörungen, Dysenterie und tuberculösen Durchfällen mit bestem Erfolge verwandt wurde. Besonders gute Ergebnisse zeigten sich bei chronischer Colitis und bei Darmkatarrh. Selbst in den unangenehmsten Fällen, gingen die bedrohlichen Symptome bald zurück und die Reconvalescenz machte infolge der besseren Assimilation sehr gute Fortschritte. Bei chronischen Darmerkrankungen zeigte sich die Wirkung des Ichthalbins vor allem in einer Besserung des Appetits und einer Herabsetzung der Darmfäulnis, sodass die Widerstandskräfte des Körpers gegen diese Krankheiten sehr gesteigert werden. Vor allem ist Nachdruck auf das Fehlen von Nebenwirkungen zu legen, die man bei der internen Anwendung des Ichthyols häufiger beobachtet. Die Patienten zeigen sehr bald durch Gewichtszunahme und besseres Aussehen den Erfolg der Ichthalbinmedication.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zum Präsidenten der Sanitätscommission ist an Stelle von Dr. Oppenheim der Chefarzt des Findelhauses, Privat-Docent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. W. O. Hubert ernannt worden.

— In der Jahressitzung der St. Petersburger Oto-Laryngologischen Gesellschaft am 13. Februar sind für das nächste Jahr gewählt worden: zum Präsidenten Prof. W. Nikitin, zum Vice-Präsidenten Dr. A. von Schwanebach, zu Secretären die DDr. Bramson und Erbstein, zum Bibliothekar Dr. J. Höhlein und zum Cassierer Dr. Olchin. In die Revisionscommission wurden die DDr. Litschkus, Goldstein und Siebert gewählt.

— Am 15. Februar hat der Marine-Aerzte-Verein in Kronstadt das 50-jährige Jubiläum seines Bestehens festlich begangen.

— Zum Director des Elisabeth-Kinderhospital soll der Privat-Docent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. Klimow ausersehen sein. Dr. Klimow ist bisher Oberarzt des Smolna-Witwenhauses gewesen.

— Am 22. Februar feierte Prof. Dr. Nikitin das 35-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen und pädagogischen Tätigkeit. Dr. Nikitin ist seit der Gründung des Kaiserlichen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Professor für Oto-Laryngologie an demselben.

— Am 14. Febr. feierte der Director der Marien-Gebäranstalt Dr. A. Schmidt sein 25-jähriges Dienstjubiläum an der genannten Anstalt.

— In Kiew nimmt die Epidemie des Flecktyphus zu. Am 10. Februar lagen in den Hospitälern 650 und im Gefängnishospital 300 Kranke am Flecktyphus.

— Zum bevorstehenden 1. Allrussischen Congress der Fabrikärzte und Vertreter der Fabriksindustrie, der in Moskau vom 1. bis zum 7. April 1909 stattfinden soll, teilt uns das Präsidium des Moskauer Vereins der Fabrikärzte folgendes mit:

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

1) Mitglieder des Congresses dürfen sein: Aerzte, Besitzer und Verwalter von Fabriken und jeglicher Art Industrie-Unternehmungen, Vertreter der Fabrikinspection, Techniker, Ingenieure, Delegierte von medicinischen, gelehrten und professionellen Vereinen und Verbänden.

2) Der Mitgliedsbeitrag beträgt 6 Rbl., die nach Möglichkeit schon vor Beginn des Congresses per Post zugeschickt werden müssen.

3) Der Congress wird vom 1. bis zum 7. April in Moskau tagen und zwar: am 31. März kameradschaftliche Begrüssung, am 1. April Eröffnung des Congresses und allgemeine Sitzung; vom 2.—6. April Arbeit in Sektionen; am 7. Schluss des Congresses.

4) Während des Congresses wird ein «Auskunfts-Blatt» erscheinen.

5) Besichtigung von Fabriken und Hospitälern der Stadt und des Gouv. Moskau.

6) Mitgliedsbeiträge und Anfragen jeglicher Art sind zu adressieren: Москва, Арбатъ. Кривоарбатскій пер. д. Строилова, кв. 25. Бюро Съѣзда фабричныхъ врачей. Persönliche Auskunft daselbst täglich von 11 bis 3 mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage.

— Auf den durch Prof. Minkowskis Berufung nach Breslau vacant gewordenen Lehrstuhl der inneren Klinik an der Universität zu Greifswald ist Prof. Brauer aus Marburg berufen.

— Auf den vacanten Lehrstuhl für Hygiene an der Universität zu Königsberg ist Prof. Dr. Kruse berufen.

— Dr. R. Fick, Professor der Anatomie an der deutschen Universität zu Prag ist nach Innsbruck berufen.

— Privatdocent Dr. K. von Pirquet in Wien hat dem Ruf als Professor der Kinderheilkunde und Director der zu errichtenden Klinik in Baltimore Folge geleistet.

— Prof. Dr. Pflüger-Bonn beging am 15. (28.) Februar das 50-jährige Jubiläum als Professor.

— Prof. Dr. Zieler-Breslau ist auf den Lehrstuhl für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Würzburg berufen.

— Privatdocent Dr. Müller-Graz ist zum ausserordentlichen Professor für Hygiene ernannt.

— Die VIII. internationale Tuberculoseconferenz findet am 8.—10. Juli (n. St.) in Stockholm statt. Als Verhandlungsgegenstände sind in das Programm aufgenommen: 1) Fürsorge in tuberculösen Familien, insbesondere für die gesunden Kinder, 2) Bericht der Heilstättencommission, 3) Anwendung specifischer Mittel in der Diagnostik und Therapie der Tuberculose, 4) Tuberculose in der Schule, 5) Angemeldete Vorträge, 6) Bericht über die Fortschritte der Bekämpfung der Tuberculose in den einzelnen Ländern.

— Ausser in Russland herrscht die Cholera gegenwärtig in Singapore, wo vom 8. bis zum 14. Januar (n. St.) 15 Personen erkrankten und 14 starben, ferner auf den Philippinen, wo im Laufe des Jahres 1908 im Ganzen 28642 Erkrankungen und 17827 Todesfälle registriert wurden.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankt u. gestorben.	Erkrankt u. gestorben in der vergang. Woche.	Erkrankt u. gestorben seit Beginn der Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 15. bis zum 21. Februar.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	68 (27)	88 (25)	10069 (3978)	24. Aug. 1908
Gouv. St. Petersburg (ohne die Vorstädte)	16 (12)	16 (8)	439 (221)	31. » »
Gouv. Jaroslaw	12 (7)	8 (4)	389 (191)	6. » »
» Tula	— —	3 (2)	3 (2)	12. Febr. 1909
Gebiet der Don-Kosaken	1 —	1 —	3050 (1459)	22. Juli 1908
	97 (46)	116 (39)	13950 (5851)	

Im Ganzen sind aber seit Beginn der Choleraepidemie in Russland 31643 Personen erkrankt und 14790 gestorben.

— Vom 25. bis zum 26. Febr. erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 8 Personen, starb 1 und genasen 16. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 139 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10194 Personen erkrankt, 3986 gestorben und 6069 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 1. bis zum 7. Febr. 1909 626 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 56, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 109, Pocken 7, Windpocken 12, Masern 107, Scharlach 89, Diphtherie 73, acut. Magen-Darmkatarrh 36, Cholera 92, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12388. Darunter Typhus abdominalis 554, Typhus exanth. 17, Febris recurrens 578, Scharlach 244, Masern 98, Diphtherie 170, Pocken 28, Windpocken 3, Cholera 237, crupöse Pneumonie 141, Tuberculose 624, Influenza 233, Erysipel 84, Keuchhusten 12, Hautkrankheiten 81, Lepra 0, Syphilis 474, venerische Krankheiten 306, acute Erkrankungen 1783, chronische Krankheiten 1689, chirurgische Krankheiten 1483, Geisteskrankheiten 3225, gynäkologische Krankheiten 211, Krankheiten des Wochenbetts 53, verschiedene andere Krankheiten 105.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 961 + 44 Totgeborene, + 71 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 15, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 5, Pocken 1, Malleus 0, Masern 26, Scharlach 21, Diphtherie 20, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 38, katarrhalische Pneumonie 137, Erysipelas 7, Influenza 17, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 41, Magen-Darmkatarrh 42, andere Magen- und Darmerkrankungen 47, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 37, andere Todesursachen 284.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 11. Februar in Moskau Dr. W. J. Bessonow, geb. 1841, Arzt seit 1868. 2) Am 24. Januar in Moskau der Privat-Docent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. G. M. Wlaew, geb. 1864, Arzt seit 1891. 3) Ebenfalls in Moskau Dr. Giwult, geb. 1848, Arzt seit 1870. 4) Am 6. Februar im Gouv. Wolynien Dr. Spakowski, geb. 1843, Arzt seit 1873. 5) Dr. A. Boursier, Professor der gynäkologischen Klinik in Bordeaux. 6) Dr. John Lindsay Steven, Professor der pathologischen Anatomie und 7) Dr. Henry E. Clark, Professor der Chirurgie, beide am St. Mungo College in Glasgow.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. März 1909.

Tagesordnung: 1) Osten-Sacken: Zur Klumpfussbehandlung.
2) Fuhrmann: Casuistische Mitteilungen über Periostitis als frühe Complication des Typhus abdom. —
3) Fuhrmann und Ucke: Zur Frage der foetalen Rachitis.

Alle activen und correspondierenden Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte, die an dem anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins stattfindenden Souper teilnehmen wollen, werden gebeten, Anmeldungen per Postkarte an Dr. W. Beckmann (Ковенскій пер., № 4) oder an Dr. Lehmann (Вас. остр. 1 линія, 38), einzusenden. (Preis pro Couvert incl. Wein ca. 12 Rbl.)

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. März 1909.

Tagesordnung: Dr. X. Dombrowski: Zur Casuistik der Nierengeschwülste.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

Л. Бертенсонъ. Отчетъ о XIV. международномъ съѣздѣ по гигіенѣ и демографіи СПБ. 1909 (Вѣстн. общ. гигіены).

А. Г. Люткевичъ. Памяти профессора А. Крюкова Москва 1908 (Вѣстн. офталмологіи).

A. Winkelmann. Atmen, aber wie und warum?! Berlin und Leipzig. Verlag von Priber und Lammers. 1909.

Fourth annual Report of the Henry Phipps Institute Philadelphia.

K. Pearson. Zweck und Bedeutung einer nationalen Rassenhygiene. B. G. Teubner. Leipzig und Berlin. 1908.

В. Чижъ. Матерьялы къ исторіи Юрьевскаго университета. Юрьевъ. 1909.

Л. Бертенсонъ. О гигіенѣ подводныхъ и подземныхъ работъ. С.-Петербургъ. 1909.

M. Grossmann. Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen Congresses in Wien und Leipzig. Franz Deuticke 1909.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.

Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 10 St. Petersburg, den 7. (20.) März 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Hydrotherapie der Tabes dorsalis.

Von

Privatdocent Dr. H. Determann.

Freiburg i/B. — St. Blasien.

Die freundliche Aufforderung der Redaction dieser Zeitschrift enthebt mich der Begründung, weswegen ich über meine Erfahrungen berichte auf einem Gebiete, das schon des öfteren Gegenstand von mehr oder weniger ausführlichen Darstellungen von berufenen Seiten war. Die Hydrotherapie der Tabes ist nur ein Glied der vielfachen und bei dem Symptomenreichtum der Krankheit vielartigen Therapie und es ist immer misslich, einen Teil der Behandlung herauszugreifen und zum Gegenstand einer Darstellung zu machen. Wenn trotzdem sowohl bei dieser als auch bei anderen Krankheiten häufig so vorgegangen wird, so beweist das, dass die vorliegende Behandlungsart eben in practischer Beziehung eine besonders wichtige ist.

Ueber die Frage, *was wollen wir denn bei der Tabes bekämpfen*, welchen Krankheitsprocess wollen wir zu ändern versuchen, ist ja schon viel geschrieben worden und es kann an dieser Stelle mir nicht der Versuch obliegen, dem geschriebenen etwas neues hinzuzufügen. Die Frage, *können wir den postsyphilitischen Process degenerativer Natur*, wie er bei der Tabes vorliegt, heilen, können wir die in den meisten Fällen bestehende Neigung zum Fortschreiten des Processes ändern, muss im Princip verneint werden. Wenn ein gänzlicher Stillstand für die Lebensdauer oder gar eine weitgehende Rückbildung des Processes nach allem, was wir wissen, auch durch specifische Mittel, also in Form einer antisyphilitischen Behandlung nicht mit Sicherheit zu erreichen ist, so hat doch die Erfahrung gelehrt, dass wir durch eine sorgsame, *die ganze Lebensführung des Patienten betreffende, Allgemeinbehandlung* für lange Jahre ein *stationäres Verhalten der Erscheinungen*, ja vielfach eine Besserung erzielen können. Zum Zwecke einer solchen umfassenden Behandlung müssen wir erstens die Entfernung des Patienten aus den Schädlichkeiten, welche in Beruf oder Lebensführung, Klima, Milieu, Wohnung liegen können, anstreben und damit viele den Krankheitsprocess fördernden Einflüsse beseitigen, zweitens können wir mit einer activen umfassenden Behandlung vorgehen, durch welche wir den Versuch machen, die Krankheit zum anatomischen Stillstand zu bringen und mit der Zeit auch die über dem eigentlichen Zerstörungsherd hinaus ausstrahlenden Fernsymptome zum Verschwinden zu bringen. — Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass, *je früher wir die Krankheit erkennen, desto besser sich beide ebenerwähnten Behandlungsziele* erreichen lassen. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die Prognose des Einzelfalles individuell sehr verschieden ist. Es scheint, dass ähnlich wie bei der Prognose mancher anderer Krankheiten, bes. der Tuberculose, der *Widerstand* des Gewebes — in unserem Falle des *Centralnervensystems — gegen eindringende Gifte oder Infectionen ein ungemein verschiedener ist.* Das eine Mal schmilzt trotz der Schonung und Behandlung das Gewebe wie Schnee an der Sonne zusammen, unaufhaltsam gewinnt anatomischer Zerstörungsherd und klinisches Bild an Umfang. Wie von einer galoppierenden Schwindsucht kann man hier von einer „galoppierenden Rückenmarksschwindsucht" reden. Das andere Mal bleibt der tabische Process, trotz aller Schädlichkeiten und ohne besondere Behandlung auffallend stationär oder rudimentär entwickelt. Insofern dürfen wir einerseits nicht in jedem Falle einen Einfluss unseres therapeutischen Handelns erwarten, andererseits wäre es falsch, die Besserung des Zustandes in jedem Fall auf die verordneten Massnahmen zurückzuführen. Die *Vorgänge der Selbstheilung* kommen hierbei wie bei anderen chronischen Krankheiten in Betracht und die beste Hilfe wird hier wie anderwärts die individuelle Widerstandskraft und Wehrbestrebung des Gewebes selbst bleiben.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber in der Mehrzahl der Fälle können wir trotz alledem die Regel aufstellen: eine frühzeitige Erkennung des Leidens gibt die Möglichkeit, dann, wenn der Process noch im Beginn ist, den Patienten vor Schädlichkeiten zu bewahren und durch eine entsprechende Behandlung für lange Zeit auf demselben Zustande zu erhalten, ja sehr oft eine Reihe von Erscheinungen bessern.

Nun bekommt man aber die Kranken nicht immer im frühzeitigen Zustande und somit müssen meine folgenden Bemerkungen sich auch auf vorgeschrittene Fälle beziehen. Immerhin ist auch an dieser Stelle vielleicht ein Appell an eine möglichst frühzeitige Diagnosenstellung nicht nutzlos.

Wenn wir so suchen nach der Möglichkeit geeigneter Beeinflussung erkrankten Nervengewebes, so müssen wir uns fragen, wovon ist denn die Tätigkeit des normalen Nervengewebes abhängig? Man ist sicher darüber einig, dass dafür verantwortlich zu machen sind:

Erstens die Zuführung eines gewissen Masses von Nervenreizen und zweitens die Sicherung einer genügenden Umspülung des Nervengewebes mit der Ernährungsflüssigkeit, mit Blut. Ein Ausfallen eines dieser beiden Momente lässt die Tätigkeit des betroffenen Nervenabschnittes sinken oder verschwinden. Das gilt für das normale Nervengewebe, das erkrankte wird sich etwas anders verhalten. Es wird zwar auch abhängig sein von der Zufuhr von Nervenreizen, aber dazu kommt die Empfindlichkeit, die Möglichkeit einer Schädigung durch jede Ueberfunction. Das Mass von Function, welches für den organischen Zustand schädlich wirken kann, ist ein anderes, kleineres geworden. Wir müssen dann das erkrante Organ schonen, vor jeder Ueberfunction, ja vielfach vor der normalen Function bewahren. Umsomehr müssen wir für reichliche Zufuhr und Aufnahme neuen Nährmaterials in den geschwächten und ungenügend ernährten Geweben sorgen. Letztere Indication erfüllen wir nicht nur durch reichliche Ernährung, kräftigende Medicamente etc. sondern zugleich durch solche Massnahmen, welche den erkrankten Geweben die Ernährungsflüssigkeit in verstärktem Masse zuführen, und sie zugleich wieder geeignet machen zur Aufnahme und Verwertung des zugeführten Ernährunsmaterials. Solche Wirkungen erzielen wir wie bei einer Reihe von anderen chronischen Krankheiten durch Einwirkenlassen von adäquanten Reizen auf die Körperperipherie, welche ihrerseits reflectorisch eine Summe von Erscheinungen der Innervation, der Vasomotoren, der Blutbildung des Stoffwechsels, der Muskeltätigkeit auslösen. Die Summe dieser Heilmittel zur Schonung und reichlichen Ernährung des Centralnervensystems können wir ein hygienisch-physikalisch-diätetisches Heilverfahren nennen. Durch dasselbe können wir nach ärztlichen Erfahrungen, welche durch die Aufbruch-Theorie von Edinger[1]) eine gewisse Begründung gefunden haben, besser wie durch ein anderes Heilverfahren in beginnenden Fällen hoffen, das Missverhältnis im Verbrauch und Ersatz auszugleichen und so zunächst dem Fortschreiten und dem Ausstrahlen des Zerstörungsprocesses auf die Umgebung Halt zu gebieten, sodann ihn auf seinen ursprünglichen Herd einzuengen.

Ich habe, da mir äussere Umstände eine weitgehende Möglichkeit und einen besonderen Hinweis auf das obengenannte Heilverfahren darboten, von Jahr zu Jahr mehr diesen Teil der Behandlung in den Vordergrund gestellt. Das erste und wichtigste ist dabei die Vorschrift der Vermeidung von Schädlichkeiten. Durch eine genaue Revision der Lebensführung und des Berufes der Patienten kann man vieles, was unbedingt einen Fortschritt des Zerstörungsprocesses begünstigt, verhüten. Es sind das in erster Linie körperliche Anstrengungen und Strapazen, anstrengende Reisen, langes Stehen, Erkältungen, sodann sexuelle Excesse, Excesse im Alcohol, unregelmässige Lebensführung, unzweckmässige Zeiteinteilung. Es ist also das „Leben eines vernünftigen Kreises" zu führen. Vielfach kann man auch durch eine Modification des Berufes die wichtigsten Schädlichkeiten ausmerzen. Nur auf diese Weise kann man zunächst das Feld ebnen, auf welchem die Bestrebungen, die beginnende Krankheit auf ihren ursprünglichen Herd zu beschränken und dort zu fixieren, aufgebaut werden können.

Auf alle Fälle sollte dieser für lange Zeit hin entworfene Behandlungsplan eingeleitet werden durch eine abgeschlossene mehrmonatliche oder noch länger dauernde Cur, während welcher der Arzt ständig mit dem Patienten im Zusammenhang ist. So kann dieser die Art des neuen Lebens kennen lernen, die Principien der Behandlung begreifen und sich in alle Einzelheiten eingewöhnen. Mit allgemein gehaltenen Empfehlungen von Ruhe, guter Ernährung und vernünftiger Tageseinteilung ist bekanntlich nicht viel getan. In diesen ernsten Fällen, wo alles auf die Befolgung auch der kleinsten Massregeln ankommt, ist es besser, dem Kranken eine schriftliche genaue Zeiteinteilung den Tag über zu geben, in der Ruhe, Bewegung, Essen, Schlafen, Behandlung verteilt und eingefügt sind, so dass kein Zweifel darüber sein kann, womit diese oder jene Zwischenzeit ausgefüllt werden soll. Von grösster Bedeutung für die Behandlung ist die Freiluftliegebehandlung, welche wir seit vielen Jahren ganz systematisch bei den verschiedenartigsten Krankheiten verwenden. Dazu kommt eine besondere Berücksichtigung der Ernährungstherapie, so wie die physikalischen Heilmittel: Klima, Massage, die compensatorische Uebungsbehandlung, Elektricität, Bäder, Hydrotherapie, die für die Allgemeinbehandlung der beginnenden Tabes dorsalis bei weitem die grösste Bedeutung haben.

Alle diese Einwirkungen setzen an der Körperperipherie ein und zwar grösstenteils durch Vermittlung von Reizen auf Haut und Muskulatur. Ebenso wie jeder stärkere Reiz, jede Ueberfunction fern gehalten werden soll, ebenso sind schwache, dem Kranken und dem Krankheitszustand angemessene Reize wohltätig und notwendig. Es soll unter Vermeidung jeder Erschöpfung eine milde Anregung der Tätigkeiten aller Organe zu ihrer Erhaltung oder Besserung angestrebt werden. Wir müssen also nicht nur „schonen", sondern wir dürfen auch „üben", und zwar bezieht sich diese Uebung auf alle Functionen, die des Nervensystems, die des Herzens und der Gefässe, die der Blutbildung, des Stoffwechsels, der Muskulatur etc. Die Grenze zwischen Uebungsmöglickeit und Schonungsbedürftigkeit wird manchmal dann erreicht sein, wenn die Ernährung anfängt nicht mehr im Einklang zu stehen mit der Leistung des geschwächten Gewebes, sei es infolge verringerter Aufnahmefähigkeit desselben oder verringerter Blutzufuhr. In den Zellen der erkrankten nervösen Organe wird eine Aenderung der Ernährungsbedingungen treten als Folge der einströmenden Innervationsreize, der begleitenden vasomotorischen Impulse, der reichlicheren Blutdurchströmung und etwaiger Aenderungen der Ernährungsflüssigkeit. Wenn wir also von diesem Gesichtspuncte aus sorgsam ausgewählte, abgemessene und ausgeführte Reize zur Uebung und Erhaltung aller

[1]) Edinger. Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 45, 49, 52 1905 Nr. 1—4. Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte 1903. Determann. Deutsche med. Wochenschrift 1905, S. 532.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Functionen anwenden, so sind dieselben in passendem Wechsel mit den langen Zeiten gänzlichen Ruhens wahrscheinlich geeignet, einen sehr günstigen Einfluss auf den anatomischen Process und den Krankheitsverlauf der Tabes dorsalis auszuüben.

Unter den verschiedenen Behandlungsarten der Frühform von Tabes dorsalis nehmen zweifellos *Hydrotherapie und Bäder eine der ersten Stellen ein*. Die ausserordentlich günstige Verbindung von thermischen und mechanischen Einflüssen, welche das Wasser in seinen verschiedenen Anwendungsformen bietet, gibt uns die Möglichkeit, mehr wie durch andere Anregungen der Körperperipherie Reize zuzuführen, die, von ganz schwachen bis zu den intensivsten in weitgehendster Stufenfolge variierbar, dem Einzelfall wie kein anderes Mittel angepasst werden können. Dass durch das Wasser Wirkungen auf die Innervation (Besserung der Hautsensibilität), auf die Cirkulation (Blutdruck und vielleicht Blutverteilung), die Muskeltätigkeit (Muskelkraft und elektrische Muskelerregbarkeit), auf die Blutbildung (Leucocytose) Veränderungen der Zahl der roten Blutkörperchen (?) auf den Stoffwechsel und die Secretionen in einer ganz besonders hervorragenden Weise erzielt werden können, ist schon lange von der ärztlichen Erfahrung behauptet und zum grossen Teil durch exacte physiologische Versuche begründet worden. Andererseits kann man mit keinem Mittel allgemeiner Art *so leicht grossen Schaden stiften als mit diesem*, weil es gestattet, die Reizwirkung in enormer Weise zu steigern und damit Reize anzuwenden, die dem Kranken den grössten Nachteil bringen würden. *Es setzt daher die Anwendung der Hydrotherapie eine besonders genaue Kenntnis ihrer Wirkungsweise voraus.*

Bei Verordnungen von Wasserproceduren muss man nun bei Tabes dorsalis in weitester Weise auf das *Stadium der Erkrankung und auf die Art der Symptome Rücksicht nehmen*. Das geschieht auch in den meisten Veröffentlichungen, und deshalb werden manchmal ganz verschiedene Anwendungen zur Allgemeinbehandlung der Tabiker empfohlen. Es liegt dies daran, dass an den verschiedenen Beobachtungsorten die Schwere der Fälle eine sehr verschiedene ist und jeder die Gruppe von Tabikern, welche er vorwiegend zu sehen bekommt, bei Darstellung, seine Behandlungsart im Sinne hat. So stellen wohl in Deynhausen, Nauheim und anderen Thermalsoolbädern die Mehrzahl der Kranken ein vorgeschritteneres Krankheitsbild dar. In den grossen Städten werden schwere und leichte Fälle in einer gewissen Mischung vorkommen, bei manchen Anstalten dagegen, wie in der in St. Blasien, bringen es die Verhältnisse mit sich, dass vorwiegend leichtere Fälle zur Beobachtung kommen. Je nach diesen Verschiedenheiten wird auch die Verordnung der Allgemeinbehandlung verschieden ausfallen. Dieser Umstand erklärt es mir weswegen beispielsweise *Munter**) die Erfahrung gemacht hat, das bei Tabikern das weniger concentrierte $1^0/_0$ Soolbad bei indifferenter Temperatur sich vorwiegend als nützlich erweist. Ich kann mich, so sehr ich die Zweckmässigkeit dieser Behandlung für gewisse Fälle zugebe, für die Mehrzahl *meiner* Patienten mit derselben nicht einverstanden erklären. Es ist übrigens die Bezeichnung „indifferentes Bad" in dem Sinn, dass es keinen Einfluss auf die Körperfunctionen habe, wahrscheinlich unrichtig, vielmehr müssen wir, wenn wir die Arbeiten von *Strasser* und *Blumenkranz* **) über die Beeinflussung der Nierencirculation durch sogenannte indifferente Bäder berücksichtigen, annehmen, dass auch in anderen Organsphären weitgehende Aenderungen in der Blutzufuhr sich geltend machen.

Munter hat sich das *indifferente Soolbad* zur Methode ausgebildet in der Art, dass es, wenn Schonung mehr angezeigt ist, 10—30 Minuten von 33 - 36° C, allmählich mit dem Wärmering einschleichend, verabreicht wird. Diesem Bade folgt ein Halbbad von 34—33° C. allmählich abgekühlt auf 30—25° und zwar nur unter Bespülung nicht unter Reibung. Zum Schluss erfolgt bei lancinierenden Schmerzen noch eine flüchtige ganz kalte Abwaschung der ergriffenen Extremitäten. Wenn man dem Patienten einen intensiveren Reiz zumuten darf, schliesst *Munter* an das Soolbad und Halbbad sogar eine Dusche von 23° C. und 1—2 Minuten Dauer an, darauf kommt ebenfalls die kalte Abklatschung der Extremitäten.

Ich habe in einer Reihe von Fällen das Soolbad, so wie es Munter als gut befunden hat, mit Ausnahme der Dusche angewandt, jedoch habe ich erstens die Erfahrung gemacht, dass ein $2—3^0/_0$ Soolbad mindestens so gut wirkt wie das $1^0/_0$, zweitens war ein günstiger Erfolg überhaupt oft nicht ersichtlich. Meistens fand ich, dass die „indifferenten" Bäder mehr ermüdeten, selbst wenn sie nur die Einleitung zu kühleren Proceduren bildeten als die von vornherein unter der Indifferenzzone liegenden.

Unter diesen den etwas kühleren Bädern haben mir die *Kohlensäurebäder*, eventuell mit etwas Soolezusatz, bei weitem bessere Dienste geleistet als die einfachen Soolbäder. Durch die Möglichkeit, die Kohlensäurebäder künstlich in einer recht wirksamen und bequemen Form herzustellen, ist man in der Lage, sie auch an anderen Orten als den Thermalsoolbadeorten zu verwenden. Auch ich machte davon ausgedehnten Gebrauch zumal bei den etwas vorgeschritteneren Fällen und solchen von den übrigen, bei denen der Allgemeinzustand mir nicht gut genug erschien, um ihnen hydrotherapeutische Proceduren zuzumuten. Man kann neuerdings die kohlensauren Bäder in einer Weise abstufen, welche sie den natürlichen mit ihren Modificationen noch ähnlicher machen. Es geschieht das durch Herstellung einer Serie von verschieden zusammengesetzten Tabletten, welche eine allmähliche Steigerung des Kohlensäuregehalts der Bäder anzuwenden erlauben. Die kohlensauren Bäder wurden gewöhnlich in den *Vormittagsstunden und zwar alle 2 Tage oder auch jeden Tag gegeben in einer Temperatur von 33—30° C.*, in einer *Dauer von 10—12 bis höchstens 15 Minuten*, darauf *Einhüllen in Decken und Ausruhen*. Zu häufige Anwendung von Bädern habe ich bei beginnenden Fällen nicht rationell gefunden. Ueber Sauerstoffbäder habe ich bei Tabikern keine Erfahrung.

Nur bei Zuständen grösserer Erschöpfung, zumal solchen, welche durch schwere Reizsymptome, Schmerzen, Krisen und dergl. hervorgerufen und unterhalten wurden, verwandte ich warme *Bäder* (34—37° C.) mit leicht *hautreizenden Zuständen*, unter denen Fichtennadelextract zuerst zu nennen ist. Aber meistens gab ich sie wieder auf, sobald es der allgemeine Zustand erlaubte, weil ich immer den Eindruck bekam, dass warme Bäder auf die Dauer den Krankheitsprocess ungünstig beeinflussten. Auch begnügte ich mich fast durchweg mit etwas kürzeren 8—10 Minuten und dabei nicht zu warmen derartigen Bädern. In Fällen von schwerer Beschränkung der Bewegungsfähigkeit wegen grosser Muskelschwäche oder Ataxie kann man auch mit Vorteil passive und active Bewegungen im Bade vornehmen lassen.

Was nun die *eigentliche Wasserbehandlung* betrifft, so können wir für unsere Kranken aus der reichen Menge derselben nur eine *enge Auswahl* gebrauchen, welche einen ganz milden thermischen und

*) Deutsche medic. Wochenschrift. 1902. S. 376.
**) Wiener med. Presse. 1907. H. 32.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

mechanischen Reiz gestattet. Jede intensive Reizwirkung ist zu verwerfen. Heisse Temperaturen in Form von heissen Bädern oder Dampfbädern haben, wie man gelegentlich aus der Anamnese der Patienten erfahren kann, eine schädliche, zuweilen schwer verderbliche Wirkung. U. a. hatte einer meiner Patienten bevor seine Tabes erkannt wurde, wegen seiner angeblich rheumatischen Beschwerden eine Anzahl von Dampfbädern genommen, er wurde in kurzer Zeit schwer atactisch. Ebenso sind aber auch zu kalte Temperaturen zu verbieten. Auch Abreibungen, Einpackungen, Duchen (abgesehen etwa von ganz sanften lauen Regenduchen) sind meiner Ansicht nach lieber zu vermeiden, weil die damit verbundene mechanische Reizung der Haut ungünstig zu wirken pflegt. Wir müssen uns begnügen mit nicht sehr differenten Temperaturen und mit geringen mechanischen Effecten, und auch innerhalb dieser an und für sich engen Grenzen muss sorgfältig je nach Art des Falles variiert werden, um für jeden das ihm wohltätige Mass von Reizwirkung der Peripherie zu treffen. Es sind demgemäss die so sehr variierbaren Halbbäder als die passendste Anwendungsform des Wassers zur allgemeinen Behandlung Tabischer im Beginn zu betrachten. Meistens suchte ich durch vorbereitende Teilwaschungen, frühmorgens im Bett vorgenommen (27—23° C.), denen eventuell noch zur Abstufung Franzbranntwein, Soole, Salz, Kohlensäure zugesetzt wurde, die Reaction zu prüfen. War diese gut, so ging ich über zu Ganzabwaschungen in Temperaturen von 29—25° C., bei welchen der Patient von der Bettwärme aus neben dem Bett stehend 5—6 Mal mit grossem wassergefüllten Schwamm abgewaschen wurde. Sodann kam ich erst zu den Halbbädern, welche in Temperaturen von 32—26° C. und 2—3 Minuten Dauer, je nach Kräftezustand wärmer oder kälter, kürzer oder länger verabreicht wurden, sodass man eine einschleichende, abgestufte Reizwirkung erzielte. Dabei wurde nicht immer, wie man es gewöhnlich bei Halbbädern tut, im Bade massiert, sondern oft nur aus mittelgrossen Kübeln sanft übergossen, oder gar nur mit dem Schwamm im Bade abgewaschen. Ich wandte die Halbbäder nur einmal täglich, oft sogar nur alle zwei Tage an, und ich kann Winternitz [1]) der sie 2 Mal täglich verwendet, nur in Ausnahmefällen darin folgen. Ja, ich habe manchmal bei dem nur einmal täglich gegebenen Halbbad, dass ich nicht in höherer Temperatur wie 32° C. verabreichen wollte, den thermischen Reiz zu modificieren gesucht durch Kohlensäurezusatz; die von mir damit gemachten Versuche sind günstig ausgefallen. Mit Zuhilfenahme aller dieser Vorsichtsmassregeln und Modificationen kann man die Halbbäder fast in allen beginnenden Fällen, auch bei schwächeren Patienten und bei schweren Störungen, unbedenklich verwenden. Nicht zu vergessen ist ein kleiner Spaziergang vor und nach dem Bad, wenn es angängig ist, wenn es nicht geht, ist Einhüllen in wollene Decken erforderlich. Jedenfalls muss unter allen Umständen eine gute Reaction erzielt werden. Zur Förderung derselben kann man vor dem Bad ein trockenes Frottieren der Haut, wenn es vertragen wird vornehmen, auch ist für Leute mit schlechter Reaction ein längerer Aufenthalt in gewärmten wollenen Decken vor dem Halbbad eine gute Vorbereitung. Die Anwendung von stärkeren Kältereizen, die man bei Anderen mit so grossem Vorteil zur Hervorrufung einer guten Reaction anwenden darf, halte ich bei der Tabes dorsalis als zu starke Inanspruchnahme der sensiblen Nerven der Haut für nicht erlaubt. Daher sehe ich auch von kühlen Duchen, Abreibungen, kalten Abwaschungen sehr regelmässig ab. Die Wirkung der Halbbäder und auch der kohlensauren Bäder macht sich gewöhnlich zunächst auf den Allgemeinzustand geltend. Appetit und Ernährungszustand, Schlaf und Stimmung werden meistens sehr günstig beeinflusst. Sodann gewinnt der Muskeltonus die Muskelkraft und die körperliche Leistungsfähigkeit. Leute, die vorher wegen ihres Müdigkeitsgefühls kaum zu ganz kleinen Gängen fähig waren, machen zu ihrer Ueberraschung nach dem Halbbad oft mühelos einen längeren Weg. Ataktische Störungen werden oft auffallend schnell unter Gebrauch von Halbbädern besser. In welcher Weise andere Factoren dabei mitwirken ist allerdings schwer zu sagen. Auch die lancinierenden Schmerzen erfahren nicht selten eine schnelle Besserung, ganz im Gegensatz zu der so häufigen Voraussetzung, dass kühles Wasser sie steigere. Nur bei Neigung zu Krisen sah ich zuweilen eine Zunahme dieser Erscheinungen; sodann war für mich eine Kältehyperästhesie am Rumpf, welche den Patienten in Procedur als einen ganz unangenehmen und zu starken Reiz empfinden liess, eine Contraindication gegen die Vornahme von kühleren Halbbädern. In diesen Fällen konnte ich mir zuweilen dadurch helfen, dass ich mit 34—35° C., also einer ganz indifferenten Temperatur, anfing und ganz allmählich das Bad abkühlte.

Ausser der Allgemeinbehandlung spielt aber gerade bei der Tabes dorsalis, einer so quälenden und schmerzensreichen Erkrankung diejenige von einzelnen Symptomen eine grosse Rolle. Besonders sind es oft die lancinierenden Schmerzen, welche ein Einschreiten erfordern. Von kühlen Anwendungen habe ich, im Gegensatz zu manchen anderen Aerzten, kaum Gebrauch gemacht, da ich sah, dass die Patienten sich vor allem nach Wärme sehnen und bei deren Zufuhr wohl auch ein besserer Erfolg gesehen wird. So sehr ich für die allgemeine Behandlung heisse Proceduren für unrichtig halte und daher vor Verabreichung von Dampfbädern, Heissluftbädern, heisse Wasserbädern warnen muss, soviel Nutzen hat mir Wärme local angewandt, gebracht. Man kann ja nach Intensität der Schmerzen und Kräftezustand des Patienten die Art der Wärmeanwendung sehr verschieden gestalten. So sind sanft rieselnde Regenduschen, nur über das schmerzende Glied, also meistens nur über die Beine, anzuwenden in Temperatur von 38—32° C. oft nützlich. Wenn das nicht angängig ist, kann man oft Erleichterung bringen mit heissen Umschlägen oder heissen Abwaschungen. In einzelnen Fällen tut es gut, wenn der Patient seine von lancinierenden Schmerzen geplagten Beine in heisse „Dampfkompressen" einpacken lässt, auch haben heisse locale Bäder sich manchmal als nützlich erwiesen. Heisse Moor- und Fangoumschläge, manche mit hautreizenden Zusätzen versehene Substanzen in ein feuchtheisses Medium gebracht, heisse Kataplasmen waren ebenfalls oft ein sehr gutes Hilfsmittel. Ferner kommt in Betracht die Anwendung der trockenen Hitze vermittelst eines der zahlreichen in letzter Zeit recht vervollkommten Apparate, wiederholt wurde die heisse Luftdusche von den Patienten als Linderungsmittel sehr gelobt, oft wurden der Thermophore, die Thermophorrolle, die elektrischen Hitzezuführer vorgezogen. So wie Munter fand ich übrigens gerade bei lancinierenden Schmerzen den Nutzen von schwachen Soolbädern besonders deutlich. Von der übrigen so vielfachen und schwierigen Therapie der lancinierenden Schmerzen spreche ich hier nicht.

Weiterhin sind ja die Krisen, besonders die des Magens und anderer Teile des Verdauungsapparates eines

[1]) Blätter für klinische Hydrotherapie. 1899. S. 209.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der schwersten und quälendsten Symptome, gegen die sich leider auch die energischen Massnahmen oft als machtlos erwiesen. Ausser heissen Umschlägen um die Magengegend, Anwendung von trockener Wärme, von langdauernden Moor- und Fangoumschlägen habe ich oft Gebrauch gemacht, von der Anwendung des heissen, über eine feuchte Kompresse angebrachten Magenschlauches in einer allgemeinen kühlen Einpackung (24—22°), eine Anwendung welche Winternitz angegeben hat. Tatsächlich ist, wenn man den Patienten in seinem schweren Zustande erst eine Zeitlang in dieser Lage hat halten können, dieses Mittel eines der hervorragendsten. Aber nur in dieser Form wende ich die Einpackung an, ohne gleichzeitige Wärmezufuhr halte ich sie für einen zu starken thermischen Reiz und für eine zu grosse Wärmeentziehung. Aber auch in der Winternitz'schen Modification muss man eine prompte Gefässreaction oft durch Anlegen von Wärmeflaschen, besonders an die Füsse zu erreichen versuchen. Heisse Magenausspülungen habe ich 5 oder 6 Mal versucht, einigemal mit eclatantem Nutzen, jedoch sind die Patienten während des Würgens und Erbrechens sehr schwer an diese angreifende Procedur zu bringen. Bei Rektal-Clitoris, Vulva-Hodenkrisen haben langdauernde Sitzbäder von 40°—34° C. mit einem schleichenden Wärmereiz in einer Dauer von $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden in einzelnen Fällen guten Erfolg gehabt.

Die Behandlung der Muskelschwäche und des grossen Mattigkeitsgefühls, welche bei manchen Tabesfällen im Vordergrund stehen, fällt mit der allgemeinen Behandlung zusammen. Ebenso die der Ataxie, gegen diese Symptome sind die Halbbäder oder die Kohlensäurebäder neben anderen sicher ein hervorragendes Hilfsmittel. Bei Schwäche der Blasen-Muskelatur fand ich manchmal kühle Abwaschungen der Unterbauch- und Genitalgegend etwas nützlich, viel kann man von der Hydrotherapie bei diesem Symptom nicht erwarten.

Von grösster Wichtigkeit ist es, bei Bemessung von Intensität und Dauer aller der von mir genannten Proceduren sich in weitester Weise dem Krankheitszustand anzupassen. Gerade bei der Tabes dorsalis ist es notwendig auf die Constitution, auf den Kräftezustand, auf die Reaction, auf die Empfindungen zu achten, das Verhalten des Patienten nach der Procedur zu beobachten, eventuell ihn nach dem Erfolg zu befragen. Häufig wird es notwendig sein, die Verordnungen bezüglich Temperatur oder Anwendungsweise zu ändern. Das Krankheitsstadium ist nicht so sehr entscheidend wie der Allgemeinzustand; es gibt relativ vorgeschrittene Fälle, die Halbbäder und Proceduren besser vertragen, als beginnende Fälle.

Die Hydrotherapie des Tabes bildet jedenfalls einen wichtigen Bestandteil sowohl der allgemeinen wie der symptomatischen Behandlung der Tabes dorsalis und es ist zu wünschen, dass in reichlichem Masse von diesem Heilmittel Gebrauch gemacht wird, zumal es den Vorteil hat, mit einfachen Mitteln anwendbar zu sein. Allerdings bedarf es dabei der vollen Aufmerksamkeit des überwachenden Aerztes.

Die Arteriosclerose des Herzens und der Aorta und die Therapie der Arteriosclerose.

Vortrag, gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetag.

Von

A. Haller, Reval.

M. H. der zweite Teil des aus Ihrer Mitte vorgeschlagenen Referats, dessen Behandlung mir zugefallen ist, umfasst die sclerotischen Erkrankungen des Herzens und das Verhalten des Herzens bei Arteriosclerose im Allgemeinen. In directer Anlehnung an die Ausführungen des Collegen Weiss beginne ich mit letzterem.

„Im Körperkreislauf schafft die Arteriosclerose Stromwiderstände, die zur Erhöhung des Blutdrucks und zu Hypertrophie der linken Herzkammer führen; diese Herzhypertrophie ist ein so regelmässiger Befund, dass sie zur Sicherung der Diagnose dient".

Diese Sätze habe ich mir als Student vor 12 Jahren eingeprägt und auch heute finden Sie sie in jedem Lehrbuch. Die Möglichkeit, auf exacte Weise den Blutdruck zu bestimmen, hat aber in neuerer Zeit zu Ergebnissen geführt, die diesem Axiom widersprechen; sie zeigen, dass die Verhältnisse wohl nicht so einfach sind, wie angenommen wurde, und die Frage der arteriellen Blutdruckerhöhung bei Arteriosclerose ist eben noch ein wissenschaftlicher Streitpunct.

Der erste, der umfangreiche Blutdruckmessungen bei Arteriosclerose vornahm, war v. Basch; er stellte stets erhöhten Blutdruck fest, ja fand sogar, dass die Blutdrucksteigerung den sclerotischen Veränderungen vorhergehe. In weitgehendem Masse haben sich die Franzosen, vor allem Huchard dem angeschlossen und sprechen ebenso wie Basch von einem Stad. présclerose und manifester Sclerose. Der Gedankengang ist folgender: durch zeitweilige Contraction der kleinsten Gefässe erwachsen dem linken Ventrikel für sein abfliessendes Blut Widerstände, die er durch verstärkte Contractionen überwindet und die dem Beobachter als zeitweilig übernormaler Blutdruck imponieren (Hypertension arterielle). Wiederholt sich dieser Zustand oft, so führen die häufigen Spasmen zu dauernden Veränderungen in den kleinsten Gefässen und die latente Sclerose geht in die manifeste über.

Andere Autoren (Krehl, Savada, Groedel, Ferranini) haben dagegen in der Regel mit dem Riva-Rocci keine Blutdruckerhöhung gefunden und Romberg spricht sich dahin aus, dass in fast 90% der uncomplicierten Fälle der arterielle Blutdruck normale Werte zeigt und dass die etwaigen Blutdrucksteigerungen bei uncomplicierter Arteriosclerose gering sind.

Strassburger und Dehio glauben nun, dass die divergierenden Untersuchungsergebnisse dadurch entstehen, dass zwischen systolischem und diastolischem Blutdruck nicht unterschieden worden sei und die Feststellung des Pulsdrucks (der Differenz beider) eindeutige Resultate ergeben würde. Die bisher veröffentlichten Pulsdruckbestimmungen haben dieser Annahme aber nicht entsprochen.

Ist der sclerotische Process an einer Arterie genügend ausgesprochen, so behindert er das Ueberströmen des Blutes in die Capillaren und sind alle Arterien in dieser Weise erkrankt, so ist allerdings ein Steigen des Blutdrucks, eine Mehrarbeit und Hypertrophie des Herzens unausbleiblich. Aber eine so allgemeine Ausbreitung des Processes findet sich wohl niemals; stets sind es einzelne, oft auch grössere Stromgebiete, die ergriffen sind. Die Physiologie lehrt uns, dass die Ausschaltung verschiedener Stromgebiete auch verschieden auf die allgemeinen Circulationsverhältnisse zurückwirkt. Bei Unterbindung der Iliaca oder Carotis bleibt eine Steigerung des Blutdrucks aus, bei Unterbindung der Splanchnicusarterien oder Reizung der Nn. splanchnici tritt sie regelmässig ein. — Es geht daraus hervor, dass die Unterleibsarterien bei der Regulierung des Blutdrucks eine gewichtige Rolle spielen. Sind die Arterien des Splanchnicusgebiets, besonders ihre feineren Verzweigungen, sclerotisch erkrankt und daher in dieser Function behindert, so spiegelt sich das im Körperkreis-

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lauf ab durch Erhöhung des Blutdrucks und Hypertrophie des linken Ventrikels.

Hierin kann sehr wohl der Schlüssel für die divergierenden Blutdruckbefunde gegeben sein. In Hessen fand Romberg bei 12% der Arteriosclerotiker mässige Blutdruckerhöhung, in Schwaben dagegen fast bei allen hohe Druckwerte. Dort war nur in 9% die Sclerose von Schrumpfniere begleitet, hier aber hatten die meisten Sclerotiker kranke Nieren. So lassen sich auch die v. Basch gefundenen hohen Druckwerte erklären, besonders wenn man in Betracht zieht, dass alle seine Fälle von manifester Sclerose Albumen im Harn, also Schrumpfniere hatten. Es liegt darum die Annahme nahe, dass bei den von Basch mit latenter Angiosclerose bezeichneten Fällen (Blutdruckerhöhung ohne Albumen) sclerotische Nierenveränderungen übersehen sind, was umso leichter der Fall sein kann, als sein Material ausschliesslich Marienbader Kurgäste sind und eine allseitige klinische Beobachtung nicht möglich war.

Es erscheint somit wahrscheinlich, dass der erhöhte Blutdruck in der Regel Ausdruck einer die Arteriosclerose complicierenden Nierenerkrankung ist.

Ist das Herz nicht genötigt ständig unter Druckerhöhung zu arbeiten, so fällt auch die ihm supponierte Mehrarbeit fort: es hypertrophiert nicht und in der Tat haben die Untersuchungen Hasenfelds und C. Hirschs das bestätigt. Durch genaue Wägungen des Herzmuskels nach der Müllerschen Methode stellten sie fest, dass eine mässige Herzhypertrophie, die sich klinisch meist kaum bemerkbar macht, nur bei stärkerer Sclerose der Splanchnicusarterien oder Aorta ascendens oder thoracica sich findet.

Es ist mithin nicht angängig aus erhöhtem Blutdruck und Herzhypertrophie ohne weiteres auf Arteriosclerose zu schliessen, dieser Befund kann wohl den Verdacht darauf lenken, kann aber allein nicht auf die Diagnose bestimmend wirken.

Die Arteriosclerose bleibt aber deswegen nicht ohne Einwirkung auf Kreislauf und Herz. Die Schädigung tritt weniger in der Ruhe wie bei Bewegung auf. In der Norm wird die Blutzufuhr zu den einzelnen Körperteilen durch Erweiterung oder Verengerung der zuführenden Gefässe reguliert und vermehrte Zufuhr durch Verengerung anderer Gefässgebiete ausgeglichen; allgemeine Blutdruckerhöhung durch Herzmehrarbeit steht an zweiter Stelle. Sclerotisch erkrankte Arterien sind nicht imstande diese Function präcise auszuführen und bei Aenderungen der Blutverteilung bes. durch Muskelarbeit oder thermische Reize) versagen sie mehr oder weniger: es treten Druckschwankungen auf, die dem Herzen direct zur Last fallen. Diese stärkere Inanspruchnahme rückt die Insufficienz des Herzmuskels in grössere Nähe und Arteriosclerotiker erkranken leichter und früher an Herzstörungen als Leute mit gesunden Gefässen. Besonders deutlich tritt das bei jüngeren Personen hervor, während bei Arteriosclerose im höheren Alter, das an seine Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nur geringe Ansprüche macht, der Herzmuskel eher die Arbeit bewältigt.

Romberg fand bei seinen klinischen Kranken unter 40 Jahren Herzmuskelerkrankungen bei Arteriosclerose mehr als doppelt so häufig wie bei gesunden Arterien und zwischen 30 und 39 Jahren war ein Fünftel, zwischen 40 und 49 Jahren nahezu die Hälfte seiner Arteriosclerotiker herzkrank. Die chronische Insufficienz des Herzmuskels peripherer Art. unterscheidet sich in Symptomen und Verlauf nicht von der infolge anderer Erkrankungen; sie verläuft oft langsamer als diese und bessert sich bei geeigneter Schonung und Behandlung leichter und auf längere Zeit, ist aber oft mit sclerot. Erkrankung des Herzens selbst compliciert. Die Cardiosclerose stellt ohne Frage die häufigste Localisation der Arteriosclerose vor und man gewinnt den Eindruck, dass ihre Häufigkeit sich in den letzten Jahrzehnten vermehrt hat. Bei der ätiologischen Wichtigkeit nervöser Einflüsse erscheint das ohne weiteres erklärlich, stellt doch das moderne Leben an das Nervensystem und den Gefässtonus besonders hohe Ansprüche, hat doch der Missbrauch von Nervengiften (Tabak, Kaffee, Tee) im Zusammenhang damit erheblich zugenommen. „Moderne Abhetzungskrankheit“ so nennt Klemperer, die Arteriosclerose mit Recht.

Der Beginn der Cardiosclerose bleibt dem Träger wie dem Beobachter ebenso verborgen, wie die ersten Anfänge peripherer Sclerose, ja oft rufen auch fortgeschrittene Veränderungen keine besonderen Störungen hervor.

Trifft somit schon die einfache Diagnose oft auf Schwierigkeiten, so ist die Orts Bestimmung der Erkrankung im engern Sinn, die toxische Diagnose der erkrankten Herzpartie meist noch um vieles schwieriger, ja oft unmöglich.

Wir tun aber dennoch gut nach dem klinischen und pathologisch anatomischen Bilde 3 Formen festzulegen: die Sclerose der aufsteigenden Aorta und ihres Bogens, die sclerot. Herzklappenfehler und die Sclerose der Coronarien.

Die Sclerose der aufsteigenden Aorta und ihres Bogens ist im allgemeinen recht häufig anzutreffen, bei uns vielleicht noch häufiger als in Westeuropa; ist doch das Aneurysma bei uns nach den Angaben Thomas und Hampelns häufiger als dort und geht doch die Aortensclerose in ihren höheren Graden ohne scharfe Grenze ins Aneurysma über. Ja oft ist es Geschmackssache ob man Sclerose oder Aneurysma diagnosticieren will.

Aus der statistischen Zusammenstellung Bredmaus (Dorpat unter Thoma) ergibt sich, dass gradlinige, keine stärkeren Gefässe abgebende Arterien vorzugsweise an diffuser Sclerose erkranken, dass Arterien mit gebogenem Verlauf oder zahlreichen Zweigen mehr die nodöse Sclerose zeigen. So finden wir denn auch an der Aorta thoracica meist die nodöse Form, von einigen wenigen Flecken bis zu confluierenden Strecken. Die Aorta verliert an Elasticität, sie erweitert sich, und wird oft verlängert. Bei höheren Graden findet dadurch eine Verlagerung des Herzens nach unten, sowie Zerrung und Verengerung der Ursprünge der grossen Halsarterien statt: der truncus anonymus entspringt abnorm weit rückwärts und die Carotis verläuft in starker Krümmung.

Die klinischen Merkmale richten sich nach dem Grade der Erkrankung. Oft findet sich bloss ein verstärkter oder klingender 2. Ton an der Auskultationsstelle der Aorta, der der Erweiterung oder veränderten Resonanz der Gefässwand entspricht, oft ist auch der erste Ton verändert oder durch ein Geräusch ersetzt. Dieses Geräusch könnte den Gedanken an eine Stenose des Ostiums nahelegen, wenn es nicht der Systole genau synchron wäre, wenn es sich nicht durch auffallende Weichheit auszeichnen würde und der 2. Ton nicht anstatt zu fehlen sogar accentuiert wäre. Die acustischen Erscheinungen werden besonders deutlich, wenn man sich der von Boy-Teissier angegebenen retrosternalen Auscultation bedient. Man setzt dazu das Stethoskop, bei seitwärts gewendetem Kopf des Untersuchten, im Jugulum in der Richtung der aufsteigenden Aorta auf.

Die Erweiterung und Verlängerung der sclerotischen Aorta ist, wie Traube und Curschmann gezeigt, oft durch Inspection und Palpation im Jugulum erkennbar. Die charakteristische Pulsation der Aorta ist beim

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlucken oft deutlich fühlbar, ja zuweilen gelingt es die höckrige Beschaffenheit der Aorta zu tasten. Geringere Pulsationen werden beim flachen Hinsehen über die von der Seite her beleuchtete Brust bemerkbar. Nähert sich die Aorta stärker der Brustwand, dann wird am Sternalende des 2. oder auch 1. oder 3. Intercostalraumes eine Pulsation fühlbar und noch deutlicher mit dem Ohr bei aufgesetztem Stethoskop wahrnehmbar. Ebenso macht sich hier dann eine tympanitische Schallverkürzung oder Dämpfung geltend, die bei mittelstarker, die symmetrischen Stellen vergleichender Percussion sich etwa 3 Ctm. breit feststellen lässt.

Eine Pulsation der erweiterten Aorta auf der linken Seite des Rückens kann man bisweilen mit unmittelbar aufgelegtem Ohr etwas median und unterhalb des oberen inneren Scapulawinkels wahrnehmen. Oefter als die Verlagerung des Herzens nach unten und aussen macht sich seine abnorme Beweglichkeit bei Lagewechsel geltend: bei linker Seitenlage rückt der Spitzenstoss bis zu 8 Ctm. nach aussen, während er in der Norm nur eine 3,5 Ctm. zur Axillarlinie zu rückt.

Das Vorkommen von Zerrung und Verlagerung der Ursprungsstellen der grossen Arterien erwähnte ich schon; ihre Folge ist das Kleinwerden, ja selbst Schwinden und die Verspätung des Radialpulses der betreffenden Seite; doch muss man sich davor hüten, nicht durch eine Sclerose der peripheren Arterie selbst irregeführt zu werden.

Zur Sicherstellung der Diagnose kann auch das Röntgenbild beitragen, doch ist zur richtigen Deutung geringer Veränderungen grosse Uebung nötig. Man sieht auf dem Schirm ein halbkreisförmiges Hervortreten des oberen Schattens während der Mittelschatten zunächst keine Veränderung zeigt.

Die s u b j e c t i v e n E r s c h e i n u n g e n d e r A o r t e n s c l e r o s e sind meist wenig ausgesprochen und nicht charakteristisch; oft klagen die Kranken über dumpfe Schmerzempfindung in der Gegend des Manubrium sterni, zu Zeiten über stärkeres Pulsieren und bisweilen auch über Ausstrahlen des Schmerzes in den einen oder andern Arm. So kann die Natur des Leidens nur durch eine genaue objective Untersuchung festgestellt werden, die um so wichtiger ist, als sich Sclerose der aufsteigenden Aorta so oft mit Coronarsclerose combiniert. Geringe Aorta-Veränderungen in der Nähe des Ursprungs der Kranzgefässe können die schwersten Erscheinungen von Angina pectoris hervorrufen, wie andererseits wieder hochgradige Veränderungen höherer Teile oft fast symptomlos verlaufen. Aus den klinischen Symptomen einen sicheren Schluss auf die Schwere und Ausdehnung des Processes zu machen, ist nicht angängig und auch die Prognose ist daher schwierig und nicht sicher zu stellen; nur die Möglichkeit den ätiologischen Factor sicher auszuschalten, gibt dieser einen Ausschlag zum Guten.

Die Sclerose der Aorta greift oft auf die S e m i l u n a r - K l a p p e n über und man sieht nicht selten im höheren Alter aber auch bei jüngeren Individuen einen Klappenfehler der Aorta allmählich entstehen, ohne dass eine andere Ursache als Sclerose nachzuweisen wäre. Ueber die Häufigkeit s c l e r o t i s c h e r K l a p p e n f e h l e r gibt eine Zusammenstellung M e n z e l s aus der Leipziger Klinik Aufschluss. Unter 670 Fällen erworbener Vitien war in 12,3% Arteriosclerose die Ursache und in der Regel waren die Aortenklappen allein erkrankt. (Unter den 79 durch Sclerose bedingten Fällen waren erkrankt):

Die Aortaklappen allein in	81%
Die Aorta und Mitralklappen in	14%
Die Mitralklappen allein in	5%

Die Erkrankung der Aortenklappen stellt sich fast stets als I n s u f f i c i e n z dar, die in den Erscheinungen bisweilen wichtige Abweichungen vom Gewöhnlichen darbietet. Meist finden wir als charakteristische Zeichen die Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels, das diastolische Geräusch an der Aorta und das typische Verhalten des Pulses und der peripheren Arterien.

Die Herzdämpfung nimmt eine langgestreckte Form an und überschreitet die Stelle des Spitzenstosses. Dieser ist hoch, nach unten und aussen verlagert und bei Palpation deutlich hebend. Das diastolische Geräusch ist oft im 3. linken Intercostalraum oder über der 3. linken Rippe am lautesten, so dass man meinen könnte es entstehe in der Pulmonalis. Es ist oft auffallend kurz, im Gegensatz zum langen, rauschenden Geräusch bei jugendlichen Herzkranken. Neben dem Geräusch ist der 2. Ton, der bei gewöhnlichen Vitien meist unhörbar ist, oft deutlich zu hören ja bisweilen accentuiert, wenn nämlich die Klappen zwar gestellt werden und noch schwingungsfähig sind, aber doch nicht völlig schliessen.

Der Puls ist celer und der Pulsdruck steigt von 30—40 auf 60—120 mm Hg. Die Carotiden pulsieren stark und geben auscultatorisch systolische Geräusche. An Stirn und Fingernägeln lässt sich Capillarpuls nachweisen, die peripheren Arterien werden erweitert, verlängert und schlängeln sich.

Zuweilen wird aber nach H u c h a r d ein diastolisches Geräusch völlig vermisst und nur der erste Ton zeigt Veränderungen: er ist durch ein systolisches Geräusch ersetzt oder fehlt ganz. Nur der Capillarpuls und die erhöhte Pulsfrequenz weisen in diesen Fällen auf die Insufficienz hin und nach G e i g e l kann man die diagnostische Regel aufstellen: wenn bei einem älteren Individium mit noch guter Herztätigkeit sich 3 Dinge finden: systolisches Geräusch, Capillarpuls und Pulsfrequenz zwischen 90 und 96, so ist die Diagnose auf Insufficienz der Aortenklappen auf artheromatöser Basis zu stellen.

Eine reine Aorten s t e n o s e ist schon im allgemeinen ein seltener Befund, auf sclerotischer Basis — erst recht. Findet sie sich, so ist sie geringfügig und meist mit Insufficienz verbunden, so dass die Erscheinungen: der hebende Spitzenstoss, das sehr laute systolische Geräusch im 2. rechten Intercostalraum (das hier fühlbare Schwirren) sowie der Pulsus tardus nicht voll zu Geltung kommen.

Die Diagnose der Combination von Aorteninsufficienz und Stenose ist sehr schwierig und nicht sicher zu stellen, denn die Gegenwart eines systolischen Geräuschs neben dem diastolischen ist noch nicht beweisend (H u c h a r d). Nur wenn das systolische Geräusch die der Stenose eigentümliche Lautheit und Rauheit hat, ist die Ostienverengerung wahrscheinlich, denn weichere, auch von deutlichem Schwirren begleitete Geräusche kommen, wie gesagt, auch bei reiner Insufficienz vor.

Auch die geringere Höhe der Pulswelle spricht nicht absolut für Stenose; sie kann auch nur einen geringeren Grad von Insufficienz anzeigen. Das langsame Ansteigen der Pulswelle und das Missverhältnis zwischen hebendem Spitzenstoss und der Grösse des Pulses sprechen dagegen eher für Stenose, wenn Compensation da ist und die peripheren Arterien nicht sclerotisch sind. Wie sich der Verlauf eines sclerotischen Klappenfehlers gestaltet, hängt nächst der Schwere der Veränderungen davon ab, ob der pathologische Process zu zeitweisem Stillstehen neigt oder unaufhaltsam vorwärts schreitet. Oft kann eine dauernde Compensation durch die stetige Zunahme der Klappenveränderungen garnicht zustande kommen. In der Regel ist aber ausschlaggebend der Zustand des Herzmuskels, dessen Leistungsfähigkeit durch die auch hier so oft hinzutretende Coronarsclerose aufs Ernsteste gefährdet wird. Ist einmal Decompensation eingetreten oder treten stärkere stenocardische Anfälle auf, so geht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es meistens trotz sorgfältigster Therapie unaufhaltsam ad finem.

Ich komme nun, m. H., zu der so interessanten und bedeutsamen sclerot. Erkrankung der Arterien des Herzmuskels. Die Bedeutung ihrer Erkrankung liegt darin, dass die Coronarien Endarterien im Cohnheimschen Sinne sind (mit der geringen Einschränkung Nellsens, der den hinteren oberen Teil des Capillargebiets der linken Coronaria von rechts her injiciert hat) und dass der Muskel, den sie versorgen, gleichmässig tätig sein muss. Sind daher durch die Sclerose Momente geschaffen, die eine gleichmässige Durchblutung des Muskels hindern, so treten schwere Störungen in der Tätigkeit dieses lebenswichtigen Organs auf.

Die Coronarsclerose tritt, nach der erst citierten Arbeit Bredmans, gern umschrieben an den Abgangsstellen grösserer Zweige auf, sie findet sich aber auch oft in diffuser Form als gleichmässige Verengerung eines Arterienabschnittes. Nimmt die Verengerung langsam zu bis zu völliger Verlegung des Gefässabschnitts, so tritt zunehmende Verfettung und Necrose der versorgten Muskelpartie mit begleitender Bindegewebswucherung ein und an Stelle der Muskelfasern wird die bindegewebige Schwiele gesetzt.

Handelt es sich dagegen um plötzliche und totale Verlegung eines Astes, so tritt acute thrombotische Erweichung respective Infarctbildung ein, die zu Ruptura cordis führt, wenn sie einen grösseren Wandteil einnimt.

Jede grössere Herzschwiele bedingt eine Wandverdünnung und Contractilitätsverlust; die weniger widerstandsfähige Wandpartie kann allmählich dem Druck nachgeben und zur Bildung eines Aneurysmas Anlass geben. Auch diese Aneurysmen, die die Vorderfläche der Herzspitze bevorzugen, können zu Herzruptur führen.

Diesem pathologisch-anatomischen Bilde entsprechen nicht immer deutliche klinische Symptome. Die Erschwerung der Blutzufuhr spiegelt sich zunächst nur in einer geringeren Leistungsfähigkeit des Herzmuskels ab und in einer ganzen Reihe der Fälle verläuft die Coronarsclerose latent oder unter höchst uncharakteristischen Erscheinungen. Ueber unangenehme Empfindungen und Schmerzen in der Herzgegend wird von Herzsclerotikern oft geklagt, ohne dass sie irgendwie pathognomonisch wären. Etwas mehr Bedeutung ist den objectiv wahrnehmbaren Veränderungen der Herzaction zu geben: der Bradycardie, besonders bei Fettleibigen und tachycardischen Anfällen; Romberg beobachtete in 2 Fällen paroxysmale Tachycardie als erstes Zeichen beginnender, später durch die Autopsie nachgewiesener Coronarsclerose. Auch dauernde Irregularität der Herzaction durch Extrasystolen bei älteren Leuten deutet auf Coronarsclerose hin.

Bei der häufigen Combination von Aorten- und Coronarsclerose gewinnt auch ein accentuierter oder klingender 2. Aortenton diagnostische Bedeutung und ist bisweilen der einzige objective Befund. Muss sich daher oft die Diagnose mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit begnügen, so verhelfen uns doch in anderen Fällen 3 typische Symptomencomplexe die Art der Erkrankung, — allerdings erst auf der Höhe ihrer Entwicklung — zu erkennen: das cardiale Asthma, die Angina pectoris vera und die chronische Herzmuskelinsufficienz.

Auch ihr Auftreten ist allerdings nicht auf die Coronarsclerose allein beschränkt; indess ist es bei dieser so häufig und durch gewisse Begleiterscheinungen so eindeutig, dass sie wirklich pathognomonisch sind.

Unter Asthma cardiale verstehen wir anfallsweise auftretende Atemnot, die mit Beklemmung verbunden ist und deren Grund im Erlahmen des linken Ventrikels zu suchen ist. Die dadurch verlangsamte Blutcirculation in der Lunge lässt die Capillaren stärker anschwellen, mit ihnen vergrössern sich die Alveolen und es kommt zu Lungenblähung und Lungenstarre und erheblicher Beeinträchtigung des Lungengaswechsels (Basch).

Das klinische Bild wird von Jürgensen klassisch geschildert. Der Anfall erfolgt meisst nachts, kurze Zeit nach dem Einschlafen oder auch in tieferem Schlaf. Jähes Aufschrecken, heftige Atemnot; der Leidende setzt sich aufrecht hin, hält sich mit beiden Armen fest, um zur Atmung auch die Muskeln des Schultergürtels zur Verfügung zu haben, er verlässt sogar das Bett und eilt zum Fenster. Die bald mit Schweiss bedeckte Haut wird leicht cyanotisch, die Atmung ist frequent, von kleinblasigem, schon auf Entfernung hörbarem Geräusch begleitet: die ganze Brust kocht. Nicht gleich anfangs, erst nach einiger Zeit stellt sich äusserst quälender Husten ein, der vielleicht geringe Mengen zähen, geballten bräunlichen Schleims herausbefördert. Der Puls ist von Beginn an gesteigert, klein, oft, nicht immer, unregelmässig. So hält der Zustand oft mehrere Stunden an und lässt erst allmählich nach. Oder aber das Kochen wird stärker, der Auswurf massig, dünnflüssig, mit reichlichem Schaum durchsetzt und von etwas rötlicher Farbe. Die Atmungsfrage ändert sich bis zu ausgesprochenem Cheyne-Stockesschem Typus, die Herzkraft lässt nach, der Puls wird noch unregelmässiger und leer, es tritt Cyanose oder tiefe Blässe der Haut auf und unter Unbesinnlichkeit erfolgt der Tod.

Zwischen den leichten und ganz schweren Anfällen gibt es Uebergänge jeder Art; nur selten bleibt es bei einem heftigen Anfall, der bei geeignetem Verhalten nicht wiederkehrt und subjectiv keine dauernden Folgen hinterlässt. Meist wiederholen sich die Anfälle und führen allmählich in den Zustand der chronischen Herzmuskelinsufficienz über.

Das Asthma cardiale tritt auch bei Myocarditis chron. und Nephritis auf, am häufigsten aber weist die Autopsie Sclerose der kleinsten Herzmuskelgefässe nach, die in diffuser Form die Blutversorgung der Capillaren behinderte. Nach Sternberg und Leyden ist die Gegend der Herzspitze besonders geeignet Asthmaanfälle auszulösen. Sinkt die Herzarbeit unter ein gewisses Mass, z. B. bei Ermüdung des Herzens nach Mehransprüchen an seine Kraft, oder bei verhinderter Arbeit im Schlafe, so kann infolge der pathologischen Gefässverengerung die Blutzufuhr zum Herzmuskel und zwar besonders zum linken Ventrikel mit seinen meist stärker erkrankten Coronarien, so bedeutend abnehmen, dass die Kammer insufficient wird und der Anfall auftritt. Hebt sich die Herztätigkeit wieder — in vielen Fällen durch die Muskelarbeit der angestrengten Atmung, — so werden die Herzcapillaren wieder von der früheren Blutmenge durchströmt, das Herz erholt sich und der Anfall geht vorüber.

Von dem Asthma cardiale ist scharf zu trennen der stenocardische Anfall, der sich allerdings häufig mit jenem combiniert, in seinen reinen Formen aber stets ohne Atemnot verläuft. Die Angina pectoris vera Hetadenii wird charakterisiert durch den bekannten plötzlich auftretenden substernalen meisst irradiierenden Schmerz und das sich mit ihm verbindende Vernichtungsgefühl. Das klinische Bild ist Ihnen allen ja so bekannt, dass ich es nicht zu erörtern brauche; nur einzelne Puncte verdienen hervorgehoben zu werden.

Der Sitz der Schmerzen wird oft garnicht in die Herzgegend verlegt, sondern an alle möglichen anderen Stellen und es kann so eine Cardialgie, eine Nierencolik, eine Neuralgie der Armnerven, des Trigeminus etc. vorgetäuscht werden. Am häufigsten wird der Magen als Sitz der Schmerzen angegeben (Angine de poitrine pseudo-

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gastralgique der Franzosen) und Romberg berichtet über einen Fall, wo Perforation eines Magenulcus angenommen wurde.

Herztätigkeit und Puls zeigen im Anfall verschiedenes Verhalten: bald ist der Puls ziemlich unverändert, nur weich und klein, bald ist er beschleunigt, in anderen Fällen wieder unregelmässig und ungleich. Huchard hat öfters Embryocardie (Verlust des Rhythmus der Herztöne) beobachtet, und zwar immer in schnell letal verlaufenden Fällen. Von ebenso schlimmer Vorbedeutung ist das Herzflattern (Fluttring der Engländer), wobei die Herzschläge nur als eine Art von Vibrieren empfunden und gehört werden. Schwere, Dauer und Häufigkeit der Anfälle sind sehr verschieden; man hat Anfälle von wenigen Sekunden bis zu mehreren Stunden beobachtet; oft klagen die Patienten über einen schrecklichen Druck im Herzen, erscheinen aber ruhig und nicht allzu gequält; in anderen Fällen lässt der furchtbar schmerzhaft einsetzende Anfall einen markerschütternden Schrei aus und die Todesangst steht dem Leidenden auf dem Gesicht. Es können Wochen und Jahre zwischen den einzelnen Anfällen liegen, sie können sich aber auch allnächtlich, oder mehrmals täglich wiederholen. Das häufigste waren wohl die von Fränkel beobachteten 26 Anfälle im Laufe eines Vormittags. Da kann man schon von einem status anginosus sprechen.

Nach den Beobachtungen Curschmanns steht die Schwere des Anfalls in directem Verhältnis zur Grösse und zum Grade der Unwegsamkeit des betroffenen Gefässgebiets: ist ein Hauptast betroffen, so ist der Anfall schwer und der letale Ausgang tritt sofort oder im 2. oder 3. Mal ein. Je kleiner der Zweig ist und je weniger die Blutzufuhr hinter der Norm zurückbleibt, um so leichter ist der Anfall und um so besser wird er überwunden.

Wir sehen in der Angina pectoris sclerotica eine hochgradige Erregung sensibler Herznerven, hervorgerufen durch Störungen in der Blutversorgung des Herzmuskels und übertragen die Vorstellungen, die Charcot und Erb für das intermittierende Hinken geltend gemacht auch auf den Herzmuskel. Die Bedingungen, die die Circulationsstörung veranlassen, sind ähnlich wie beim Asthma cardiale, nur, dass hier die Insufficienz des linken Ventrikels nicht an erster Stelle steht' und scheinbar in manchen Fällen vermisst wird. Eine umschriebene Verengerung in einem Ast der Kranzarterie beeinflusst, so lange sie nicht zu hochgradig ist, die Tätigkeit und Ernährung der dahinter liegenden Partie des Herzmuskels nicht, erst bei erhöhten Ansprüchen oder sinkender Herzkraft, tritt die verminderte Blutzufuhr klinisch als Herzkrampf hervor. Das trifft besonders für die Aeste zweiter und dritter Ordnung zu, über deren Erkrankung Curschmann besonders interessante Beobachtungen gemacht hat. Er sah Jahre lang häufige anfangs heftige, dann allmählich mildere Anfälle auftreten, die schliesslich ganz schwanden; er folgerte daraus, dass das Muskelgewebe des erkrankten Gefässabschnittes allmählich zugrunde gegangen und durch eine Schwiele ersetzt sei und fand bei der Section diese Annahme bestätigt. Eine ähnliche Erklärung finden die Fälle, wo die stenocardischen Anfälle mit zunehmender Herzinsufficienz schwinden.

Die chronische Insufficienz des Herzmuskels ist der Ausdruck weitgehender irreparabler Veränderungen der normalen Muskelcontractilität. Sie stellt in der Regel das Schlussbild vorangegangener Störungen bei Cardiosclerose sowie peripherer Arteriosclerose dar, tritt aber oft auch ohne directe Vorboten langsam und schleichend ein.

Sie unterscheidet sich im Verlauf und in den Symptomen nicht wesentlich von der Insufficienz aus anderen Ursachen. Wir unterscheiden auch hier das Initialstadium, die beginnende Decompensation und das Stadium der schweren Circulationsstörung.

Die beginnende Decompensation setzt oft mit dyspnoischen Beschwerden ein und zeigt sich in Leberschwellung und leichten Knöchelödemen, es treten Magen und Darmstörungen auf in Form von Appetitmangel, Meteorismus und Verstopfung und die Herzuntersuchung stellt Dilatation nach links und häufig muskuläre Geräusche, besonders an der Mitralis, fest. Der Puls ist labil oder verlangsamt, auch bisweilen arythmisch. Unter wechselndem Befinden ziehen sich diese Erscheinungen verschieden lange hin; unter besonders günstigen Umständen ist eine Dauer von 20 Jahren beobachtet worden; der Durchschnitt beträgt nach einer Aufstellung der Leipziger Klinik $14^1/_2$ Monate. Ausschlaggebend für viele Fälle ist die Schonungsmöglichkeit, die Vermögenslage und der Bildungsstand des Kranken: für schlecht situierte muss man $1^1/_2$ höchstens 2 Jahre rechnen, gut situierte können sich bedeutend länger halten.

Tritt schliesslich schwere Decompensation ein, so schaffen die Stauung in den Unterleibsorganen, Hydrops und Anasarca einen überaus quälenden Zustand, der unter wechselnder Besserung und Verschlimmerung sich im Durchschnitt $5^1/_2$ Monate hinzieht.

Es wäre endlich noch ein 4. Symptomencomplex zu erwähnen, auf dessen häufigen Zusammenhang mit der Coronarsclerose His jun. als erster hingewiesen hat: die Adams-Stockesche Krankheit. Sie besteht klinisch in hochgradiger Pulsverlangsamung (bis zu 18 ja 10 Schlägen), Schwindel, Bewusstseinsverlust und epileptiformen Krämpfen und tritt in Anfällen bei vorher scheinbar gesundem oder bereits mehr oder minder insufficientem Herzen auf. Die anatomische Grundlage dieser Krankheit besteht nach den Untersuchungen von His, Aschoff, Kurcher und Schaffner in sclerotischen oder myocarditischen Veränderungen des His-schen Muskelbündels, dessen Function je nach Ausbreitung des Processes zeitweise oder dauernd beeinträchtigt oder ganz aufgehoben wird. Wir finden dem entsprechend klinisch eine Dissociation der Vorhofs- und Ventrikelcontractionen: 2 Vorhofscontractionen, die sich am Jugularpuls beobachten lassen, entspricht nur eine Kammercontraction (partieller Herzblock) oder Vorhöfe und Kammern schlagen ganz regellos und unabhängig von einander, die Vorhöfe schnell, die Kammern langsam (totaler Herzblock). Die Anfälle treten gehäuft oder vereinzelt auf und zwischen ihnen liegen oft längere Intervalle völligen oder relativen Wohlbefindens. Ist die Krankheit eine Folge einfacher myocarditischer Entzündung, so ist eine dauernde Besserung ja Heilung sehr wohl denkbar und tatsächlich von Hoffmann beobachtet worden. Anders bei der Conorarsclerose: früher oder später treten dauernde Insufficienzerscheinungen am Herzen auf und führen unaufhaltsam zum Ende.

Im Bilde der Herzsclerose steht die Erkrankung der Kranzgefässe im Vordergrunde, nicht bloss durch das plötzliche und stürmische Auftreten gefahrdrohender Symptome sondern auch durch ihre Häufigkeit. Ihre frühzeitige Diagnose erscheint daher überaus wünschenswert, ist aber meist leider unmöglich. Noch schwieriger gestaltet sich die individualisierende Prognose, die Leyden als Kriterium unseres ärztlichen Könnens bezeichnet.

Ich will Sie daher nicht mit unfruchtbaren Möglichkeiten aufhalten und gehe direct zur Therapie über.

Klemperer hat die Arteriosclerose eine Cultur- und Volkskrankheit genannt und verlangt, dass sie ebenso bekämpft werde wie die Tuberculose. Dazu hätten besonders die Hausärzte das Recht und die Pflicht. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nun, ich glaube, ein noch so geschätzter Hausarzt wird prophylactisch nur wenig ausrichten; sein Mahnwort wird gegenüber den Forderungen des Berufs und den Ansprüchen auf Lebensgenuss meist machtlos verhallen und erst die Erscheinungen schon manifester Sclerose werden die Clienten veranlassen sich nach seinen Vorschriften zu richten.

Die Therapie hat die Aufgabe, weniger die schon gesetzten Veränderungen zum Ausheilen zu bringen, als das Fortschreiten des Processes zu hindern und die Kraft des Herzens, auf die es vor allem ankommt, zu erhalten.

Dazu ist eine genaue Kenntnis der Momente nötig, die für den gegebenen Kranken ätiologisch wirken; dazu ist eine strenge Individualisierung der Vorschriften nötig. In jedem einzelnen Falle wird es darauf ankommen, die Factoren auszuschalten, die zu grösseren Schwankungen des Blutdrucks Anlass geben; ebenso sollen die therapeutischen Massnahmen und diätetischen Anordnungen nie stärkere und andauernde Steigerungen des Drucks bewirken.

Plötzlichen Wechsel der Lebensweise vertragen Arteriosclerotiker schlecht; darum sollte auch ohne besonders triftige Gründe der Beruf zunächst noch nicht aufgegeben werden. Durch kürzere oder längere Unterbrechung der Berufsarbeit, durch Verkürzung der Arbeitszeit und Einschaltung passender Pausen kann man in vielen Fällen dem Gebot der Ruhe genügend nachkommen und vermeidet das den Kranken so bedrückende Gefühl völliger Invalidität.

Muskelarbeit ist nur in beschränktem und abgemessenem Mass zuträglich und gymnastische Uebungen nur in den Anfangsstadien in vorsichtiger Weise erlaubt.

Passive Gymnastik dagegen, etwa nach der Schott-schen Methode, schadet nach Grondel niemals und kann sich — besonders bei Fettleibigen — mit leichter Massage und spirituösen oder Wasserabreibungen combiniert bewähren.

Ueber die Kostvorschriften sind die Ansichten der Autoren vielfach widersprechend.

Rumpf-Bonn sucht die Verkalkung der Arterienwand durch kalkarme Nahrung zu verhindern: er verbietet Milch, Käse, Eier, Spinat und gibt Fleisch und Fisch, Butter, Kartoffeln und Schmant, Weissbrot und Aepfel. Um die Diurese und Kalkausscheidung anzuregen, empfiehlt er dazu eine Milchsäure-Alkalisaturation (Lt. 10,0 : 200) und hat mit dieser Diät sehr zufriedenstellende Erfolge erzielt.

Huchard dagegen schreibt reichliche Milchnahrung, Gemüse und Früchte, wenig Fleisch vor und Edgren und besonders Schrötter sind warme Anhänger der systematischen Karellschen Milchcur. Schroetter lässt mit einigen Litern täglich beginnen und steigt allmählich auf 3—4 Liter. Die Cur wird mindestens 8—10 Tage lang fortgesetzt und man lässt dann eine Pause eintreten, während der keine Milch sondern gemischte Kost verabreicht wird. Unter Umständen muss man dann mehrere solcher Perioden der Milchdiät wiederholen. Am besten ist wohl eine gemischte, der Gewohnheit des Einzelnen angepasste Kost mit Betonung der Milch und recht mässigem Fleischgenuss. Die Nahrung ist auf 5 Mahlzeiten am Tage zu verteilen und allzu reichliche Mahlzeiten sowie ein Uebermass im Genuss von Kaffee und Tee, Tabak und Alcohol streng zu vermeiden.

Was die Flüssigkeitszufuhr anlangt, so hält Romberg eine Beschränkung auf 1—1½ lt. nur bei Kranken für nötig, die an Oedemen leiden oder dazu neigen; in vielen Fällen besonders bei cerebralen Erscheinungen ist es zweckmässig die gewöhnte geringe Menge auf 2—2½ lt. zu steigern.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Regelung des Stuhlgangs: nach Basch verordnet man mit Vorteil Trinkcuren von Marienbader, Karlsbader, Tarasper, Franzensbader, Kissinger Wasser in kleinen Mengen 4—500 cm^3; da ihre abführende Wirkung oft zu gering ist, fügt man das Brunnensalz hinzu oder verordnet pflanzliche Laxantien.

Zur Anregung besserer Hautdurchblutung und vermehrter Hauttätigkeit sind gewisse hydrotherapeutische Proceduren angebracht: indifferente Bäder, spirituöse Abreibungen, eventuell Moor- Schlammbäder, die nach Basch und anderen den Blutdruck herabzusetzen imstande sind. Bei peripherer Arteriosclerose, etwa der Dysbasia angiosclerotica sind nach Loebel gerade die Moorbäder von günstigem Erfolg. Auch elektrische Proceduren: das galvanische Bad, das Vierzellenbad, die Arsonvalisation, werden hier zu erfolgreicher Wirkung gelangen.

Die mächtigste Wirkung auf Gefässe und Herz üben die Nauheimer Bäder aus und es ist vielfach der Gedanke ausgesprochen worden, dass die blutdruckerhöhende Wirkung sie vom Gebrauch bei Arteriosclerose ausschliesst. Besonders diejenigen Autoren, die in der Bekämpfung des erhöhten Blutdrucks die Hauptaufgabe der Therapie sehen, perhorrescieren die kohlensauren Bäder. Es ist nun sehr die Frage ob eine Blutdruckerhöhung an sich Gegenstand der Therapie sein soll; man kann diese ebenso gut und vielleicht noch mit mehr Recht, als einen Compensationsvorgang ansehen, der bei der Besserung der allgemeinen Circulationsverhältnisse und Hebung der Herzkraft von selbst schwindet. Dem scheint auch die Praxis Recht zu geben, denn Schott und Groedel haben bewiesen, dass die Nauheimer Bäder unter Umständen den Blutdruck herabsetzen und durch Besserung des Blutumlaufs auch dauernd vermindern. Wo überhaupt kein erhöhter Blutdruck vorhanden, kann natürlich erst recht von einer absoluten Contraindication nicht die Rede sein. Darum verdienen die Nauheimer Bäder den guten Ruf, den sie bei vielen Aerzten und Laien geniessen vollkommen, und richtig angewandt geben sie oft vorzügliche Resultate. — Patienten mit Hirnerscheinungen und deutlichen Aneurysmen, mit dilatativer Herzschwäche und alternde Leute mit physiologischer Arteriosclerose sind nach Noorden und Groedel, allerdings unbedingt von ihnen auszuschliessen und bei ihrer Verordnung ist stets streng individualisierend zu verfahren. Stärkere Blutdrucksteigerungen sollen natürlich möglichst vermieden werden und man gibt die Bäder daher mit geringem Kohlensäure- und Salzgehalt, von indifferenter Temperatur (28—27°) und kurzer Dauer, eventuell nur als Halbbad.

Von Medicamenten, die gegen Arteriosclerose im Gebrauch, erfreut sich das von Huchard empfohlene Jodkali der grössten Beliebtheit. Gegen die oft wahl- und kritiklose Anwendung der Jodsalze erhebt Huchard aber warnend seine Stimme. Er unterscheidet im Verlauf der Arteriosclerose des Herzens 4 Perioden: die Hypertension, bei der Jodkali überflüssig ist und die er mit Nitroglycerin und Natr. nitrosum behandelt, die cardio-arterielle Periode mit der Tachycardie, Tachyarythmie und Dyspnoe, für die allein das Jodkali indiciert ist, die myovolvuläre Periode mit Veränderungen an den Klappen und dem Herzmuskel, wo Digitalis und Theobromin zu verordnen ist, und die Cardiectasie, bei der er die Flüssigkeitszufuhr beschränkt. In den beiden letzten Perioden soll Jodkali sogar schädlich wirken.

Ueber die Wirkungsweise des Jods sind wir noch nicht im Klaren. Die behauptete gefässerweiternde, blutdruckerniedrigende und resorbierende Wirkung lässt sich experimentell jedenfalls nicht beweisen. Dagegen

geht aus den Untersuchungen Otfried Müllers und Inados hervor, dass das Blut nach dem Gebrauch von 8 gr. Jodkali eine Verminderung seiner Viscosität in dem Sinne zeigt, dass es leichter flüssig wird und so die Erschwerung des Blutstroms in gewissem Sinn compensiert. Auf grosse Dosen kommt es dabei nicht an, sondern auf den continuierlichen Gebrauch Monate und Jahre hindurch. Romberg empfiehlt 0,1—0,2 5 Mal täglich bis zu 1½ gr. pro die zu geben und in jedem Monat eine Woche zu pausieren. Wo Jodsalze auch so nicht vertragen werden, sind Jodipin, Jodvasogen, Extr. Malticum Jodligon, Sajodin beliebte Ersatzmittel.

Trunecek sieht den Grund der Arteriosclerose in Verminderung der Blutalkalescenz und Abschwächung der Oxydationskraft des Blutes durch Anhäufung ungesättigter Säuren und empfiehlt die subcutane Injection eines Alkaliserums, das er entsprechend dem normalen Salzgehalt des Blutes zusammengestellt. Das Serum Trunecek soll in 4—5-tägigen Zwischenräumen zu 2—5 cm³ injiciert werden.

In der französischen Literatur ist eine Reihe günstiger Erfahrungen mit dem Serum niedergelegt, in Deutschland fehlen bisher Nachprüfungen wohl deswegen, weil man sich da der zu Grunde liegenden Theorie gegenüber ablehnend verhält.

Das Antisclerosin ist nach denselben Principien zusammengesetzt und für den innerlichen Gebrauch bestimmt. Man lässt 3 Mal täglich 2 Tabletten nehmen. (Na. chlor., Na. sulf., carb., phosphor., Magn. phosph. Calc. glycer.-phosphor. — empfohlen von Goldschmidt-Reichenhall). Endlich ist noch die Lander-Brunton sche Salpetermedication zu erwähnen, die besonders bei Nervensymptomen mehrfach günstig gewirkt hat: man lässt früh nüchtern ¼—½ lt. kühles Wasser mit 1,8 gr. Kali bicarbon., 1,2 gr. Kal. nitric., 0,03 Natr. nitrosum im Laufe einer Stunde trinken.

Bekämpfen wir so die allgemeine arteriosclerotische Diathese, so werden doch die einzelnen Symptome der Cardiosclerose noch besonderer Massnahmen bedürfen. Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, diese im einzelnen zu schildern und ich begnüge mich damit einige Puncte hervorzuheben.

Bei schwereren Anfällen von Asthma cardiale können wir unbedenklich Morphium injicieren (½—1—1½ ctgr.) wenn wir zugleich durch Campher oder Coffein dem Herzen über die Krise hinweghelfen.

Wie aber sollen wir beim stenocardischen Anfall verfahren? Der heftige Schmerz heischt schnelle Linderung und doch sah Curschmann vom Morphium den Exitus beschleunigende Wirkung. Auch andere warnen davor und Romberg gibt es nur ausnahmsweise in kleinen Dosen (0,003—0,01) und empfiehlt Dionin 0,02. Vierordt hat von mässigen Morphiumdosen, wo nötig, combiniert mit Campher, nie schädliche Wirkungen gesehen und er, sowie Noorden, wollen es nicht entbehren. So bleibt es wohl der Erfahrung und Vorsicht des Einzelnen überlassen, ob er es anwendet oder nicht.

Im ersten Beginn einer Angina pectoris und vor einem zu erwartenden Anfall hat das Nitroglycerin hervorragend palliativen Wert; auf der Höhe des Anfalls genommen, bleibt es meist wirkungslos. Es soll nach Noorden nicht in Tablettenform gegeben werden, da seine Wirkung dann unsicher ist, sondern in alcoholischer Lösung. Nothnagel gibt anfangs 1 mgr. pro die und steigt auf 3—5 mgr. Das sind grössere Dosen als sonst üblich (Mxd. 0,5 mgr. p. dos. 1,5 mgr. pro die); sie werden aber gut vertragen. Ueber das Erythrolum tetranitricum liegen wenige Erfahrungen vor; es soll schwächer und langsamer, aber länger als Nitroglycerin wirken und wird in Tabletten 1—2 Stück zur Verhütung eines Anfalls gegeben. Ist der stenocardische Anfall glücklich überwunden, so wird man auch durch den gefässerweiternden Einfluss des Theobromins eine Wiederholung oft verhindern; besonders Noorden empfiehlt das Diuretin zu 0,5—0,6 3 Mal täglich 2—3 Wochen lang zu geben und hat neuerdings von einer Verbindung des Theobromins mit Jodnatrium, dem Eustenin sehr gute Erfolge gesehen. Das Eustenin wird als Pulver oder in Lösung zu 2,5 pro die gegeben.

Zum Schluss noch einige Worte über Strophantus und Digitalis. Sie sind bei vielen arteriosclerotischen Zuständen unentbehrlich, sollen aber mit Vorsicht und in kleineren Dosen als sonst verwandt werden. Besonders die Digitalis wird oft den Erfolg der übrigen Massnahmen erst sichern und die übergrosse Furcht vor ihrer blutdruckerhöhenden Wirkung haben Sahli und Groedel schon entkräftet. Bei nicht erhöhtem Druck kann die Drogue ja ruhig gegeben werden, aber sie erniedrigt unter Umständen auch einen erhöhten Blutdruck wohl in ähnlicher Weise wie die Nauheimer Bäder durch Regulierung der Vasomotoren. So wird Digitalis bei Asthma cardiale und bisweilen auch bei Angina pectoris günstig wirken, besonders aber bei der chron. Herzinsufficienz. Hier ist die auf Wochen und Monate sich erstreckende continuierliche Digitalistherapie oft von frappanter Wirkung. Man gibt Digitalis entweder Monate und Jahre hindurch 5 ctgr. 1—2 Mal täglich und lässt eventuell ab und an Pausen von 10 Tagen eintreten oder nach Naunyn in Perioden: einige Tage 2 Mal dann 1 Mal täglich 1 decigr. bis 1—2 gr. verbraucht sind, und lässt nun eine Pause von mehreren Wochen folgen.

M. H., ich habe mich bemüht Ihnen eine Uebersicht über die sclerotischen Erkrankungen des Herzens zu geben; ich bin mir wohl bewusst, dass der Abriss nicht lückenlos ist und Sie werden vielleicht Manches vermisst haben. Ich hoffe aber das kommt in der Discussion zur Ergänzung, besonders da wir die Freude haben gewichtige Kenner dieses Gebiets unter uns zu sehen.

Benutzte Literatur.

1) v. Basch, die Herzkrankheiten bei Arteriosclerose. 2) v. Bauer, Behandlung der Herzkrankheiten, (Handbuch von Penzoldt und Stintzing). 3) Bäumler, Behandlung der Arteriosclerose (ebenda). 4) Eichhorst, Lehrbuch der inneren Krankheiten. 5) Fellner, Blutdruckmessung. (Eulenburgs Jahrbücher 1906). 6) Fränkel, Anginascletoris. (Congress für innere Medicin 1891). 7) Groedel, Ueber den Wert der Blutdruckmessung bei Arteriosclerose. (Congress für innere Medicin 1904). 8) Geisböck, die practische Bedeutung der Blutdruckmessung (ebenda). 9) Hoffmann, Asthma cardiale (Deutsche Klinik). 10) Hoffmann, Tachycardie und Bradicardie (ebenda). 11) Hirschteld, Arteriosclerose (Eulenburgs Jahrbücher 1906). 12) Huchard, die klinischen Formen der Arteriosclerose. (Congress für innere Medicin, Genf 1908 — Referat der deutsch. medic. Wochenschrift, 1908. 47). 13) Karcher und Schaffner, Ein Fall von Adams-Stockescher Krankheit. (Berl. klin. Wochenschrift, 1908, 27). 14) Mohr, Einiges zur Pathologie und Therapie der Arteriosclerose. (Deutsche medic. Wochenschrift 1906, 22 u. 23). 15) v. Noorden, Ueber Arteriosclerose. (Medicin. Klinik 1908, 1). 16) Romberg, Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Gefässe, 1906. 17) Romberg, Arteriosclerose (Wiesbadener Congress für innere Medicin, 1904). 18) de Reni, Ueber die Adams-Stockesche Krankheit. (Berl. klin. Wochensrift 1908). 19) Schroetter, Arteriosclerose (Deutsche Klinik). 20) Vierordt, Angina pectoris (Congress für innere Medicin, Wiesbaden, 1891) und nachfolgende Discussion. 21) Zülzer, Hypertension arterielle (Eulenburgs Jahrbücher, 1907).

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Referate.

Dr. Lasserre. Le passif des injections mercurielles. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1908. Tome IX. Nr. 4, 5, 11 et 12).

Angeregt durch die Debatten, welche in den Jahren 1906 und 1907 in der Société française de Dermatologie und in der Société médicale des Hôpitaux zu Paris über die Behandlung der Syphilis mit Hg-Injectionen stattfanden, hat Prof. Ch. Audry in Toulouse bei einer grossen Reihe von Syphilidologen der alten und der neuen Welt eine Umfrage nach ihren diesbezüglichen Erfahrungen angestellt. Die eingelaufenen Antworten sind von Andrys Schüler, Dr. Lasserre in einer Arbeit über «die Kehrseite der mercurialen Einspritzungen» veröffentlicht worden, die bei ihrem hohen allgemeinen Interesse eine längere und ausführlichere Besprechung rechtfertigt. In einer kurzen, historischen Einleitung über diese Behandlungsart spricht sich Lassere dahin aus, dass die ersten subcutanen Hg-injectionen in den Jahren 1863—1864 von Hebra, Hunter und Scarenzio angeregt worden sein sollen, aber erst die im Jahre 1883 erschienene Arbeit von Smirnoff und bald darauf die warme Fürsprache von Jullien und Balzer haben ihr die Anerkennung in Frankreich verschafft, welche sie heute geniesst. Diese Angabe bedarf wenigstens, was den Beginn der Quecksilberinjectionen ausserhalb Frankreichs anbetrifft, einer kleinen Correctur, denn Prof. Neumann sagt in seinem bekannten Lehrbuch über Syphilis. Wien 1899. S. 817 hierüber Folgendes: «Wenn wir auch diesbezüglich sporadische Versuche schon bei Christ, Hunter, Blouton, Berkeley Hill finden, auch Hebra sich mit denselben beschäftigte und im Jahre 1864 Scarenzio mit der subcutanen Anwendung des Calomel begann, gebührt doch G. Lewin das Verdienst, diese Methode zuerst (im Jahre 1867) systematisch angewendet und sie zu einer Cur erhoben zu haben».

Wie die Umfrage von Prof. Andry ergab, werden die allerverschiedensten Quecksilberpräparate zu subcutanen, resp. intramusculären Injectionen verwandt, wie z. B. von löslichen: Sublimat, Hydr. bijodatum, Hg. succinimedicum, Hg. cyanatum, Enesol, Hermophenyl etc., von unlöslichen: Calomel graues Oel, Hg. salicylicum, Hg. oxyd. flavum, Mercuriolöl, Hg. benzoicum oxyd., Hg. thymolo-aceticum etc. Während man aber in Frankreich mehr die unlöslichen Präparate bevorzugt, erfreuen sich in Deutschland die löslichen, speciell das Sublimat, grosser Vorliebe. Aus Russland stammt merkwürdigerweise nur eine einzige Antwort und zwar von Prof. O. von Petersen, welcher angibt, in den Jahren 1876—1882 vorwiegend lösliche Präparate (Sublimat, Hg. peptonicum und Hg. pepsinicum) angewandt zu haben, seit dem Jahre 1882 dagegen unlösliche Präparate, nämlich Calomel, Hg. oxydatum flavum und Hg. salicylicum verwendet. In Moskau wird bis heute, wie Ref. hinzufügen kann, von den Meisten das Sublimat vorgezogen, ausserdem kommen aber noch Hg. bibromatum, Enesol, Hg. oxydatum flavum „und Hg. salicylicum zur Verwendung. Im Ganzen haben Dr. Lasserre 100 Antwortschreiben zur Verfügung gestanden, wozu dann noch 99 von ihm literarisch gesammelte Mitteilungen kommen, von denen aber mehrere von ein und denselben Autoren stammen, so dass seine Arbeit auf dem Urteil, resp. den Fällen von ca. 181 Syphilidologen basiert. Von diesen haben 77, trotz unzähliger, in die Tausende gehender Injectionen ausser unwesentlichen Störungen, wie Schmerzentzündung, Ohnmacht, leichte Stomatitis und schnell vorübergehende Diarrhoe keine schwereren Störungen gesehen und sind daher mit dieser Art Behandlung ausserordentlich zufrieden. Demgegenüber stehen aber 23 briefliche Mitteilungen von Collegen und 81 Literaturangaben über 180 schwere Zufälle, darunter 70 Todesfälle durch die subcutanen, resp. intramusculären Injectionen von Quecksilber. Gehen wir nun diesen schweren Zufällen an der Hand der Lasserreschen Arbeit, näher nach. Am häufigsten berichten die Autoren über Stomatitis, die bald für Tage, bald für Wochen die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt und gelegentlich, wie in den Fällen von Garcon, Jourdran und Gaucher zu Necrose einmal des Unterkiefers, das andere Mal des Oberkiefers, das dritte Mal des harten Gaumens führte. Es folgen Lungenembolien, über welche einzelne Collegen, wie Möller, Glück und Grouven sehr häufig berichten. Rey und Jullien schildern sehr instructiv einen derartigen Fall mit folgenden Worten: «einige Minuten nach der Hg-injection setzte sich die Kranke auf die Erde und schrie vor Schmerzen, die Atmung wurde angstvoll, es trat Husten mit blutigem Auswurf ein und unstillbares Erbrechen. In 14 Tagen bis drei Wochen war Alles vorüber».

Unter den weiteren üblen Zufällen werden blutige Diarrhöen, Erscheinungen einer allgemeinen, acuten Hg.-vergiftung mit Stomatitis, Entero-Colitis, Nephritis, ferner schwere Abscesse mit Gangrän am Ort der Injection genannt, die im Fall von Raconicenen zu einer Gangrän des Beines führte, welche eine Amputation desselben notwendig machte. Flocco und Zieler berichten über acute Nephritis, einige Autoren über nervöse Störungen, auf welche es sich lohnt genauer einzugehen. Lewin sah bei einem jungen Mann von 21 Jahren unmittelbar nach einer Sublimatinjection unter heftigen Schmerzen eine Lähmung aller vom N. peroneus innervierten Muskeln des linken Beines auftreten, Patoir — eine fast complete Lähmung der Hände und Arme mit späterer Muskelatrophie, Antony eine ausserordentlich schmerzhafte Neuritis mit Atrophie der einen unteren Extremität, Braner-Polyneuritis. De Amicis beobachtete folgenden traurigen Fall. Einem 58-jährigen kräftigen Mann wurde zwischen der Wirbelsäule und dem linken untern Scapularrand die 44. Sublimatinjection gemacht. Gleich darauf traten heftige, zum Abdomen ausstrahlende Schmerzen auf. Nach ¼ Stunde hatte sich der Kranke soweit erholt, dass er nach Hause gehen konnte. Am selben Abend stellte sich Urinretention ein; am andern Morgen wurde eine Lähmung der Blase und der linken unteren Extremität constatiert. Wenige Stunden darauf wurde auch die rechte untere Extremität paretisch, und am dritten Tag kam es zu einer completen Lähmung der unteren Extremitäten, der Blase und des Rectums. An der Stelle der Injection bildete sich zuerst eine bläulich rote Schwellung, die später gangränescierte, und unter den Erscheinungen einer Septicämie starb der Kranke.

Diese Beobachtung leitet uns zu den 70 Todesfällen hinüber, die beschrieben worden sind. In der Mehrzahl derselben trugen Stomatitis, Entero-Colitis und Nephritis die Schuld, wobei bald die Stomatitis, bald die Entero-Colitis, bald die Nephritis die Hauptrolle spielte und in bald kürzerer, bald längerer Zeit den Tod herbeiführte. Die Frage nach der Ursache dieser schweren Zufälle beantwortet Lasserre in folgender Weise: in vielen Fällen lag ein entschieden therapeutischer Fehler vor, indem teils die gewöhnliche Dosis notorisch überschritten worden war, teils eine intensive Quecksilberbehandlung in dem betreffenden Fall entschieden contraindiciert war, sei es wegen schon bestehender Stomatitis oder Enteritis, sei es des schlechten Zustandes der Zähne wegen oder einer Intoleranz des Kranken gegenüber früheren Quecksilbercuren, sei es wegen allgemeiner Schwäche oder Tuberculose des Individuums, teils endlich, indem versehentlich eine enorme Quecksilbermenge injiciert wurde.

Abgesehen aber von diesen Fällen kommt dennoch ein Teil, und zwar ca. der vierte der schweren Zufälle, resp. der fünfte der Todesfälle, nach vollkommen indicierten und in jeder Hinsicht richtig ausgeführten Injectionen vor. Eine gewisse Rolle scheint die Wahl des Einspritzungsmittels zu spielen, denn von den 70 Todesfällen erfolgten 23 nach Injectionen von grauem Oel, 15 nach solchen von Calomel, 7 nach solchen von Hg. salicylicum, 5 nach solchen von Merkuriolöl, also 50, oder mehr als ⅔, nach Injectionen natürlicher Präparate, während auf das lösliche Sublimat nur 4 Todesfälle entfielen und der Rest von 16 Todesfällen sich zu je 2 und 1 Fall auf die verschiedensten anderen Quecksilberpräparate verteilte.

Mag aber auch die Anzahl der wirklichen Unglücksfälle um das Doppelte, ja Dreifache höher sein, so dürfen wir nicht, sagt Lasserre, den hohen Wert derselben vergessen, aber wir müssen bedenken, dass bei den merkuriellen Injectionen schwere Zufälle und Todesfälle vorkommen können, von denen das weibliche Geschlecht anscheinend etwas häufiger betroffen wird als das männliche. Es dürfen demnach diese Injectionen nur dort ausgeführt werden, wo keine Contraindicationen vorliegen und von Personen, welche dieselben beherrschen und sich der Maximaldosis bewusst sind.

Anm. des Ref.: Im Anschluss an dieses Referat seien meine Erfahrungen über das Sublimat und das salicylsaure Hg. kurz erwähnt. Ich gehöre nicht zu den Glücklichen, welche von allen üblen Zufällen verschont geblieben sind. In der Privatpraxis brach in einem Fall die Nadel und dem hinzugezogenen Chirurgen gelang es erst nach einigen Tagen die Nadel zu finden. In der Hospitalpraxis, wo auf meinen Teil täglich ungefähr 20—25 Injectionen entfallen und wo ich es mit einem recht wenig auf die Hautpflege achtenden, ambulatorischen Krankenmaterial zu tun habe, möchte ich es fast als ein Wunder ansehen, dass sich im Laufe der Jahre nur dreimal bei älteren, abgemagerten Personen an der Stelle der Injectionen Phlegmonen entwickelten, welche alle glücklich abliefen. Ferner beobachtete ich natürlich gelegentlich Stomatitiden, die sich aber ebenso wie auch die Diarrhöen immer in mässigen Grenzen hielten. Vor Lungenembolien bin ich glücklicherweise bisher verschont geblieben, aber dafür erlebte ich leider einen schweren Fall von Lähmung der einen unteren Extremität, welchen der Neurologe S. Molodenkow mit einem ähnlichen, gleichfalls im Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau zur Beobachtung gekommenen Fall in der «Med. obosrenije 1908. Bd. LXX. Nr. 20, ausführlich behandelt hat.

Ganz ebenso, wie in dem de Amicisschen Fall, geschah von mir die unglückliche Injection von 0,02 Sublimat in der Region zwischen der Wirbelsäule und dem rechten, inneren Scapularrand. Es kam alsbald zu einer Lähmung der rechten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unteren Extremität, aber ohne Beteiligung der Blase und des Rectums. Nach monatelanger Behandlung der Kranken durch die Collegen des Hospitals, Ustinow und Molodenkow, erlangte dieselbe trotz allmählich eingetretener Atrophie der Muskulatur die Bewegungsfähigkeit wieder.

So peinlich alle derartigen Fälle sind, können sie dennoch, wie ja auch Lassere hervorhebt, den grossen Nutzen der Injectionsbehandlung nicht schmälern. Sie müssen uns aber nur zu möglichster Vorsicht bei der Ausführung machen.

Arthur Jordan (Moskau).

C. Spengler-Davos, Tuberculose-Immunblut, Tuberculose Immunität und Tuberculose-Immunblut- (I.-K.) Behandlung. Deutsche medic. Wochenschr. 1908. Nr. 38.

Zur Aufklärung über das Wesen der Tuberculose-Immunität hat Spengler zusammen mit seinen Assistenten eine grosse Anzahl Blutuntersuchungen gemacht. Indem er die Veröffentlichung der Untersuchungsreihen in einer Monographie in Aussicht stellt, übergibt er vorläufig die Resultate und Schlüsse der Oeffentlichkeit zur Nachprüfung.

Die Tuberculoseimmunkörper finden sich hauptsächlich in den roten Blutzellen, die ihre Producenten vorstellen und werden meist unter lebhafter Hämolyse bei Bedarf (Reiz durch Antigene) an das Serum abgegeben. Die Hauptimmunkörper sind Lysine und Antitoxine. Die Tuberculose-Immunität ist nach seinen Untersuchungen eine cellulär-humorale Blutimmunität.

Der normale gesunde Mensch ist tuberculose-immun durch Ueberstehen einer Tuberculose-Infection oder durch Vererbung. Durch Schädigungen des Blutes werden auch die vorhandenen Immunkörper geschädigt und der Mensch wird nun zur Tuberculose disponiert.

Die Tuberculoseimmunkörper werden von Spengler aus dem Blute immunisierter Tiere chemisch rein (frei von Eiweiss und Blutfarbstoff) dargestellt und zur therapeutischen Anwendung empfohlen. Er nennt das Präparat I.-K.; es wird von Kolle und Co. A. G. Biebrich a. Rh. in den Handel gebracht.

Die therapeutische Anwendung des I.-K. (in 5—300000-facher Verdünnung) ähnelt der des Tuberculins und muss im Original nachgelesen werden. Das I.-K. soll nicht nur bei initialer sondern auch bei vorgeschrittener Tuberculose überaus günstig wirken und kann auch, ausser subcutan, percutan angewandt werden. Wirkungen: Entfieberung, subj. Wohlbefinden, Gewichtszunahme, Schwinden der Bacillen etc.

Haller.

S. Herzberg, Vorläufige Mitteilung über die Behandlung mit Immunkörpern I.-K. (Spengler). Münchener medic. Wochenschr. 1909. Nr. 5.

H. hat die Spenglerschen Angaben nachgeprüft und die Behandlung mit I.-K. an 25 Pat. versucht. Er ist mit dem Resultat sehr zufrieden und hat die Spenglerschen Angaben voll bestätigt gefunden. Nach 14—16 Inj. sah er selbst vorgeschrittene Phthise klinisch geheilt (darunter eine Miliartuberculose). Er kommt zu den Schlüssen: I.-K. wirkt specifisch, heilt fortgeschrittene Phthise in auffallend kurzer Zeit, leichte und mittelschwere Fälle ausnahmslos.

Haller.

Grósz und Bán: Ueber Pyocyanasebehandlung der Diphtherie. (Münchener med. W. Nr. 4).

Die Pyocyanase haben die Autoren nur in den schwersten Fällen verwendet, die im Bródy Kinderhospital zu Budapest zur Aufnahme gelangten. Dort wurde daneben sofort beim Eintritt der Kranken Diphtherieserum injiciert. Bei Rachendiphtherie wurde die Pyocyanase als Spray, bei Kehlkopfdiphtherie als Inhalation und als directes Spray in den Kehlkopf mittelst speciell dazu construierten Apparates appliciert. Täglich 2—6 Sitzungen. Die rasche Ablösung der Membranen war viel häufiger, als bei der ausschliesslichen Serumbehandlung. Die Temperatur kehrte rasch zur Norm zurück und das Allgemeinbefinden besserte sich auffallend. Oft wird reichliche Expectoration von Pseudomembranen beobachtet, so dass eine Intubation unnötig wurde. Jedenfalls haben die Autoren es zwar niemals beobachtet, dass so schwere Diphtherieen bei Kindern unter 1—2 Jahren einen so raschen und günstigen Verlauf zeigten, als in den 5 Monaten, in welchen neben Serum die Pyocyanase zur Anwendung kam.

Weyert.

Prof. E. Feer: Zur Klinik und Therapie des constitutionellen Säuglingsekzems. (Münch. med. W. Nr. 3).

Das echte chronische Ekzem des jungen Kindes beruht unzweifelhaft auf einer Constitutionsstörung, die bereits vor 100 Jahren nach Frank durch einen Ueberfluss der Nahrungsstoffe, durch Uebermass und zu nahrhafte Beschaffenheit der Milch hervorgerufen wird. So viel steht fest, dass das Kinderekzem hauptsächlich durch 2 Momente beeinflusst wird: eine angeborene Anlage und durch die Ernährung. Feer unterscheidet 2 Formen von Ekzem, ebenso wie Morfan: das nässende, krustenbildende Kopfekzem, meist bei fetten, pastösen Kindern und das disseminierte trockene Ekzem, fast ausschliesslich bei künstlich genährten, mageren, blassen Kindern. Den wirksamsten Einfluss auf das Ekzem gewinnt man durch die Ernährungstherapie, welche allein schon zur Heilung genügen kann und jedenfalls die äussere Behandlung unterstützt. Vor allem gilt es, eine knappe Ernährung und eine Reduction der Milch einzuleiten. Es würde also eine knappe milcherne Diät mit Zugabe von Mehl, mit Ausschluss von Ei und Fleischbrühe, speciell bei Kopfekzem zu empfehlen sein. Bei älteren Säuglingen gibt man ausserdem Obst und Gemüse, später eventuell rein vegetabile Kost. Beim disseminierten Ekzem sind die Erfolge nicht so sicher. Von der Ernährung mit Finkelsteinsuppe (ausgelabte salzarme Milch mit Haferschleim) sah Feer ebensolchen Erfolg wie von der Ernährung mit Molke, so dass wohl hauptsächlich die Milch als Ganzes (d. h. Vereinigung von reichlichen Molkensalzen und reichlich Fett) schädigend wirkt.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Magnus-Levy-Berlin: Das Koma diabeticum und seine Behandlung. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Mit Rücksicht auf allgemeinärztliche Interessen; herausgegeben von Professor Dr. A. Albu in Berlin. I. Band, H. 7. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a./S. 1909. Abonnements-Preis für einen Band = 8 Heften: 8 Mark. Einzelpreis dieses Heftes M. 1.40. 54 Seiten.

Vorliegendes Werk enthält alles für den practischen Arzt Notwendige an Tatsachenmaterial über das Koma diabeticum. Die Behandlung des Stoffes ist eine ebenso klare, der Stil ebenso flüssig, wie wir es aus den vielen anderen Arbeiten dieses bekannten Diabetes-Forschers gewohnt sind. Auf die, ja leider an Zahl noch so grossen, Streitfragen wissenschaftlicher Natur aus diesem Gebiet ist nicht eingegangen worden; nur werden die Wege gewiesen, wo die weitere Forschung einzusetzen hat, und es wird uns gezeigt, wo sie bereits am Werk ist, unsere Kenntnisse zu fördern. Den breitesten Raum nimmt die Therapie in Anspruch, die mit grosser Vollständigkeit behandelt wird. Den Schluss bildet ein Anhang mit genauen Unterweisungen über die Technik einiger einschlägiger Urinuntersuchungen.

Koch.

Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen Medico-Chirurgischen Instituts zu Stockholm. Dr. J. Widmark. Neuntes Heft. Gustav Fischer, Jena 1908.

Inhalt: 1. Ein Apparat zur Schätzung der Refraction im umgekehrten Augenspiegelbilde (d. Parallaxoptokrit) Dr. N. Gertz.

Das Instrument ist im Wesentlichen eine leicht bewegliche, zwei Linsen tragende Recosssche Scheibe, deren stabiles Halten ein geeigneter Handgriff ermöglicht und welcher passende Drehungen durch alleiniges Agieren des Zeigefingers mitzuteilen sind. Mit Hilfe dieses Apparates «Parallaxoptokrit» genannt, lässt sich schätzen, ob Normalrefraction — homocentrische und emmetropische Refraction, oder Astigmatismus, oder ametrope homocentrische Refraction vorhanden ist. Im Uebrigen muss auf das Original hingewiesen werden.

2. Zur Kenntnis der bacterientötenden Wirkung der Tränen. Dr. C. Lindehl.

Eine sehr interessante Arbeit mit vielen Versuchsweisen, aus denen mit grösster Wahrscheinlichkeit hervorzugehen scheint, dass die Tränenflüssigkeit durch enzymartige Stoffe bacterientötend wirkt. Jedenfalls geschieht dieses nicht durch die unorganischen Stoffe und ebensowenig durch die lebenden Leucocyten des Secrets. Die bactericide Wirkung macht sich besser geltend bei Körpertemperatur, als bei einem niedrigeren, oder höheren Wärmegrade.

3. Ueber die Einwirkung der Tränenflüssigkeit bei Menschen auf Bacterien. C. Lindehl, Gefle.

Behandelt dasselbe Thema. Die bactericide Wirkung beruht auf enzymartigen Stoffen und zwar sind es die Agglutinine, die das wirksame Princip bilden.

4. Ein Fall doppelseitiger vollständig geheilter Netzhautablösung. Von J. Widmark.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Retronasaler Katarrh und Entzündung der Nebenhöhlen. Beiderseitige Exophthalmus und Netzhautablösung in beiden Augen. Nach Behandlung der Nase — prompte Heilung der Netzhautablösung.

5. Drei Fälle toxischer Amblyopie mit ungewöhnlicher Aetiologie. Von J. Widmark.

Zwei Fälle von Amblyopie infolge übermässigen Kaffeegenusses, und ein Fall, wahrscheinlich auf Intoxication mit Arsenik zurückzuführen: Patientin arbeitete in einem Zimmer, dessen Tapeten Arsenik enthielten.

6. Ein Fall von doppelseitigem, symmetrisch auftretenden epibulbären Leukosarcom. Von E. Forsmark.

7. Ueber die Behandlung der sympathischen Augenentzündung mit Natr. salicyl. von J. Widmark. — Verfasser fügt weitere fünf Fälle sympathischer Ophthalmie, günstig beeinflusst durch Natr. salicyl. zu den schon früher von Lindahl veröffentlichten 13 Fällen hinzu. Daraus geht hervor, dass Natr. salicyl. ein vortreffliches Mittel gegen die sympathische Ophthalmie ist und oft die alte Schmiercur übertrifft. Anfangs 3,0 pro die, später 2,0.

8. Casuistische Beiträge. Von Dr. Gustav Lamm.

Lezenius.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1370. Sitzung am 19. Januar 1909.

Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut. (Wird im Druck erscheinen).

P. demonstriert dazu die bereits im Mai 1908 vorgeführte Patientin mit Blastomykose der linken Hand, welche mittlerweile mit heissem Wasser (42—45° C.) behandelt worden ist, was einen sehr günstigen Erfolg gezeitigt hat. Es ist eine gute Vernarbung eingetreten, doch sind noch einzelne Recidivknötchen zu bemerken.

Discussion:

Westphalen: Chylösen Ascites als Hefepilzerkrankung hinzustellen, erscheint ihm nicht zulässig. Dass die bei jenem gefundenen und als Fetttröpfchen anzusehenden Gebilde Hefepilze gewesen seien, müsse er strict zurückweisen. Fett und Hefepilze seien mikroskopisch und färberisch sehr leicht sicher zu unterscheiden. Die Hefepilze könnten zufällig in die Ascitesflüssigkeit geraten sein. Chylöser Ascites enthält Zucker, bei Gegenwart von Hefepilzen müsste sich also in ihm durch Gährung Kohlensäure entwickeln. Der chylöse Ascites habe stets eine klare Aetiologie, entweder liege eine Traumatisierung, eine Ruptur des ductus thoracicus vor, oder maligne Tumoren wuchern in denselben hinein.

Petersen: Ich habe nicht behauptet, dass Hefepilze einen chylösen Ascites direct hervorrufen, sondern nur constatiert, dass Hefepilze in der chylösen Ascitesflüssigkeit gefunden worden sind. Da Hefepilze im Blute circulieren, können sie überall hingelangen.

Ucke: Auf den zwei herumgereichten Zeichnungen ist das Ausstrichpräparat des Eiters eines der Petersenschen Patienten wiedergegeben. Die Färbung mit der wässerigen Thionin- oder auch mit der Cresylviolettlösung hat vor der Fuchsinfärbung den Vorzug, dass sie die Hefepilze von den Körperzellen differenciert. Einen dem Busseschen Falle ähnlichen hat er vor Jahren im Ujasdowhospital in Warschau beobachtet. Klinisch wurde ein Sarcom des Unterschenkels diagnosticiert. Bei der Section erwies sich die ganze Tibia als eine schwammige Masse mit Ulcerationen und Eitersäcken. Mikroskopisch präsentierte sich das Gewebe auch wie ein Sarcom aber mit besonderer Structur, sodass die Diagnose offen blieb. Die Culturen aus dem Eiter kamen ihm als Hefepilze vor. Er suchte auch mikroskopisch direct nach Hefepilzen, fand aber keine, wenigstens keine überzeugenden. Er glaubte also damals, ein Sarcom durch Hefepilze bedingt vor sich zu haben. Heute müsse er diesen Fall wohl als Blastomykose auffassen. Gegenüber Westphalen muss er bemerken, dass Blastomykose sehr wohl auch in der Bauchhöhle vorkommen kann, und dass die Unterscheidung des Fettes von Hefepilzen in der chylösen Ascitesflüssigkeit nicht so leicht ist.

Blessig: Die Hefepilzkeratitis ist wie die Schimmelpilzkeratitis eine grosse Seltenheit. In der Petersburger Augenheilanstalt ist noch kein Fall nachgewiesen worden. Bezüglich der Therapie möchte er auf das Deutschmannsche Hefeserum aufmerksam machen, welches vor 2 Jahren bekannt gegeben wurde. Es wird von Tieren, welche mit Hefe gefüttert werden, gewonnen, ist nicht specifisch, wird bei den verschiedensten infectiösen Affectionen des Auges angewandt, hauptsächlich bei eitrigen, speciell bei der Hypopyonkeratitis. Deutschmanns Resultate sind bisher nicht bestätigt worden; Hippel sen. lobt das Serum bei der Hypopyonkeratitis. Hier in Petersburg ist das Serum bisher nicht versucht worden, seine Einfuhr nach Russland ist noch nicht gestattet, ausserdem ist es teuer. Bei Hefepilzerkrankungen müsste es specifisch wirken.

Petersen: Hierbei erhebt sich die Frage, welche Hefepilze speciell zur Fütterung der Tiere genommen worden sind. Die meisten Hefepilze passieren den Magen unverändert. Das wirksame Princip bei der Hefetherapie ist das Zymin, es fragt sich, ob dieses in das Serum übergeht. Auch zur Leprabehandlung ist das Deutschmannsche Serum versucht worden.

Germann: Aus der Fachliteratur ist ihm ein Fall bekannt, wo eine oberflächliche Hornhautaffection durch Hefepilze bedingt nur mit dem Glüheisen zur Heilung gebracht werden konnte. Offenbar hatte sich an eine primäre Verletzung eine Hefepilzaffection geschlossen.

Seyffert (als Gast): Ueber den Einfluss der Hefe auf das Serum vermag ich nicht zu urteilen. Die Hefe selbst enthält eine Reihe von Enzymen, welche gewonnen werden durch Zerreiben der Hefe mit Quarzsplittern unter starkem Druck und Ausquetschen in der hydraulischen Presse. Der so gewonnene Saft bewirkt direct Gährung. Was Erkrankungen im Brauereigewerbe betrifft, so ist auf der hiesigen Kalinkinbrauerei bei den Arbeitern, welche direct mit der Hefe und dem Bier zu tun haben, keine einzige Hauterkrankung beobachtet worden innerhalb 22 Jahren. In der Moskauer Filiale dieser Brauerei trat vor 16 Jahren eine epidemische Hauterkrankung in Form von Geschwülsten und Schwellungen auf, jedoch nur bei den Flaschenspülern, sodass das Wasser als nicht einwandsfrei angesehen wurde. Nachdem aus einem neuangelegten Brunnen gutes Wasser geliefert wurde, hörten diese Erkrankungen vollkommen auf.

Petersen: Die reincultivierten Hefepilze, die Oberhefe in der Brauerei, sind nicht pathogen, doch gibt es nur wenige solcher edler Formen. Die sogenannten wilden Hefepilze, die Unterhefe in der Brauerei, ist dagegen pathogen. Diabetiker scheinen einen besonders günstigen Nährboden für Hefepilze abzugeben.

Schiele: Nach Petersen's Ausführungen scheint die Blastomykose gutartig zu sein. Aus der Literatur gehe das Gegenteil hervor, wo die meisten Fälle letal verlaufend geschildert werden, und zwar infolge von Metastasen und Kachexie. Vielleicht handelt es sich nur um schwere Fälle. Aber auch die von Petersen demonstrierte Patientin scheint kachectisch zu sein und ihre Krankheit einen schweren Verlauf nehmen zu wollen.

Petersen: Bei der Patientin besteht die Krankheit schon lange Jahre, die Diagnose ist erst jetzt gestellt worden. Ein ungünstiger Verlauf ist hier sehr wahrscheinlich. Wichtig für die stets unbestimmte Prognose ist die Frühdiagnose. Metastasen kommen offenbar nur im späteren Stadium vor. Heilbar ist die Krankheit jedenfalls, von Heilungen ist eine ganze Reihe bekannt. Gutartig verläuft die Blastomykose besonders bei Tieren.

Tiling: In einer Arbeit über Schimmelpilzerkrankungen wird hervorgehoben, dass die Schimmelpilze umgezüchtet werden müssen, damit sie für Tiere pathogen werden und Metastasen machen. Dies würde erklären, wie durch Umzüchten der Hefepilze diese sonst irrelevanten Pilze für den Menschen gefährlich werden können. — In Bezug auf die Paget'sche Krankheit ist anzuführen, dass sie vielfach überhaupt nicht anerkannt wird, während Autoritäten wie Bergmann wohl ihre Existenz zugaben, und von Bockenheim aus seiner Klinik ausgezeichnete Abbildungen dieser Krankheit gegeben worden sind. Tiling selbst hat 2—3 Fälle gesehen. Die klassische Stelle für die Paget'sche Krankheit ist die areola mammae. Hier entsteht eine nässende, ekzematöse Fläche ohne alle Erhebungen und Neubildungen. Erst nach langer Zeit tritt ein Knoten auf, aber getrennt von der excoriierten Fläche, worauf noch weitere Knoten folgen. Das Carcinom nach der Paget'schen Krankheit unterscheidet sich in nichts von anderen Carcinomen. Es erheben sich Zweifel, ob das, was Trautmann in seiner Arbeit abbildet, wirklich Paget'sche Krankheit ist.

Petersen: Das Ekzem an der mamilla wie auch am Lippenrot und an der glans penis praesentiert sich anders als an den gewöhnlichen Localisationsstellen, es findet keine Bläschenbildung statt, es entsteht immer eine indurierte Erosion, ähnlich wie eine Ulceration nach Röntgenbestrahlung.

Schiele: Bei Mykosis fungoides geht das ekzematöse Stadium auch Jahre lang dem Carcinom voraus.

Kernig: In dieses Gebiet schlagen auch die von Heubner beschriebenen Allgemeinerkrankungen beim Menschen, als deren Ursache Pilzinfection gefunden wurde, die über den

ganzen Körper verbreitet war, auch im Blute gefunden wurde. Es waren mehr acute Erkrankungen mit tödlichem Ausgange, aber keine Septicämie.

Henking erkundigt sich, was an der Moulage der Hand von der demonstrierten Patientin das Specifische ist, die Erhebung oder der bräunliche Wall?

Petersen: Die Erkrankung beginnt in kleinen Plaques, als Folliculitis, welche confluierend den bräunlichen Wall bilden, bei weiterem Wachstum dann den schwammigen Tumor bilden. Doch gestaltet sich im Allgemeinen das Propagieren der Erkrankung sehr verschieden. An Herrn Seyffert richtet er die Frage nach dem Verhältnis zwischen Hefepilzen und Bacterien.

Seyffert: Die Isolierung und Reinigung der Hefepilze von Bacterien ist gelungen durch ganz schwache Salicylsäurelösungen und durch Impfen auf sterile Bierwürzen; allmählich hat man so Reinculturen von gewünschten Hefepilzen gewonnen, z. B. für den englischen Porter. Gegen die gewöhnlichen Desinfectionsmittel sind die Hefepilze sehr empfindlich. Der Ausdruck Hefepilze wird mit der Zeit ganz gewiss in Wegfall kommen. Die Gährung hervorrufenden Pilze werden ganz gesondert werden von anderen Pilzen, welche im tierischen Körper eine zerstörende Wirkung bedingen und mit jenen nur eine äussere Aehnlichkeit besitzen. Weitere Untersuchungen werden die grossen Unterschiede zwischen diesen Arten zeigen, so z. B. scheinen letztere viel compacter als die echten Hefepilze zu sein. Als Unterscheidungszeichen wird weiter vielleicht zu verwerten sein der Umstand, dass diese unechten Hefepilze den Zucker nicht so stark angreifen als die echten.

Petersen: Jod als starkes Desinficiens hat ihm bei der localen Behandlung der Blastomykose nicht geholfen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Therapeutische Notizen.

Dr. Fr. Netto-Potsdam. Ueber einige Beobachtungen mit Styptol. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1909, Nr. 15).

Der Verfasser beschreibt aus seinen Beobachtungen mit Styptol zwei Fälle in extenso. Im ersten Falle war eine starke Blutung nach Abortus eingetreten, nach Ausschabung der Gebärmutter traten die folgenden Menses mit grosser Heftigkeit auf, so dass die Patientin oft 14 Tage blutete und sehr herunterkam. Heisse, bezw. kalte Duschen, Packungen, Ergotin u. s. w. waren erfolglos, dann wurde Styptol 4 Tabletten täglich gegeben und schon nach der zweiten Tablette ein Nachlassen der Blutung constatiert. Am 2. Tage stand die Blutung. In den folgenden Monaten wurde mit Styptol ein gleicher Erfolg erzielt, sodass die regelmässig eintretende Menstruation auf 4 Tage beschränkt werden konnte. Das Allgemeinbefinden der schwachen Patientin besserte sich zusehends.

Der zweite Fall betraf Blutungen während der Schwangerschaft. Fünf Mal gelang es, die zum Teil sehr heftigen Blutungen zum Stehen zu bringen. Dann öffnete sich der Muttermund und die Patientin wurde von einem toten Fötus entbunden. Obwohl nach dem Eingriffe eine grössere Blutung erwartet wurde, trat diese nicht ein, was N. auf Rechnung des noch am Vorabend angewandten Styptols setzen zu müssen glaubt. Der Verf. ist der Ansicht, dass das Styptol im Gegensatz zu anderen Hämostaticis nicht durch Reizung der grossen Gebärmutter-Ganglien und infolge dessen durch krampfartige Zusammenziehung der Uterusmuskulatur wirkt, sondern dass es eine directe verengende Wirkung auf die Gefässwandungen ausübt. Die Billigkeit und die bequeme Dosierung machen das Styptol für den Practiker besonders angenehm.

Dr. Nemerad-Olmütz. Bromural als Nervinum. (Allgem. Medicin. Central-Zeitung, 1908, Nr. 47).

Nach einer eingehenden Besprechung der pharmakologischen Grundlagen des Bromurals berichtet N. zuerst über die einschläfernde Wirkung des Bromurals. Auf Grund einer grösseren Versuchsreihe ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass das Bromural sich in allen Fällen als gutes prompt wirkendes Schlafmittel bewährt, wenn keine grösseren Schmerzen vorhanden sind. Nachwirkungen am anderen Morgen wurden niemals beobachtet, sondern alle Patienten gaben an, dass sie sich durch den Schlaf sehr erfrischt fühlten. Besonderen Wert legt der Autor auf die Wirkung des Bromurals bei Nervenerkrankungen. Den günstigen Einfluss des Mittels bei derartigen Krankheiten fand er in erster Linie an sich selbst bestätigt; seit 30 Jahren leidet Verf. an Neuralgien der unteren Extremitäten mit oft rasenden Schmerzen, ähnlich denen der Tabiker; schon 20 Jahre injicierte er Morphium, ohne jedoch Morphinist zu sein. Jetzt kommt er mit Bromural (2 Tabletten und später vielleicht noch 1 oder 2 Tabletten) völlig aus. Für seine Person kann er das Bromural überhaupt nicht mehr entbehren. Ferner verwandte er das Mittel mit gutem Erfolg bei Prosopalgia rheumatica, kolikartigen Unterleibsschmerzen, die auf Gallenstein oder ein Neugebilde zurückzuführen waren, bei Ischias und anderen Fällen.

Das Bromural ist daher als vorzügliches Nervinum zu empfehlen.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der Medicinalrat ist bei der Durchsicht des ihm zur Begutachtung vorgelegten Abschnittes des neuen Universitätsstatuts über «medicinische Specialbildung» zu folgendem Beschluss gelangt:

1) Die Absolventen des vollen Cursus der medicinischen Wissenschaften erhalten nach bestandener Prüfung bei der Militär-Medicinischen Akademie oder bei den medicinischen Facultäten den gelehrten Grad eines Candidaten der medicinischen Wissenschaften (resp. denselben Grad cum laude).

2) Den gelehrten Grad eines practischen Arztes, der die Venia practicandi verleiht, erhalten diejenigen Candidaten der medicinischen Wissenschaften, die einen Ausweis über practische Beschäftigungen an Kliniken oder Hospitälern beigebracht haben.

3) Die Festsetzung von Terminen, sowie die Bestimmung über die Art der Prüfung der practischen Kenntnisse des Candidaten wird den med. Fakultäten resp. der Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie anheimgestellt. Der Medicinalrat hält es für wünschenswert, dass die Candidaten-Prüfungen zum 1. Mai des X. Semesters abgeschlossen würden und daran anschliessend die practischen Arbeiten an Kliniken resp. Hospitälern vom 1. Mai bis zum 1. December stattfänden, so dass zu diesem Termin bereits der Grad eines practischen Arztes erreicht werden könnte.

Was nun den Grad eines Magisters der Medicin anbetrifft, so hat sich der Medicinalrat für die Einführung des Magister- und Doctorgrades für bestimmte Gruppen (12 an der Zahl) von medicinischen Disciplinen ausgesprochen, wobei zur Erlangung des ersteren ein Examen abgelegt und eine Dissertation verteidigt werden muss, zur Erlangung des letzteren hingegen nur eine Dissertation verteidigt werden muss. Beide letzteren Grade verleihen das Recht, gelehrte und pädagogische Stellungen einzunehmen.

Uns ist es unerfindlich, was mit der Einführung dieser 4 sogen. gelehrten Grade bezweckt wird und wozu der Magistergrad, der an den anderen Facultäten als ein Ueberbleibsel aus alter Zeit leider noch besteht, auch an der medicinischen eingeführt werden soll. Practischer und richtiger wäre es unseres Erachtens, wenn in diesem Falle die anderen Facultäten die medicinische zum Vorbild nähmen und auch bei sich den Magistergrad abschafften, anstatt dass die medicinische den alten Zopf bei sich einführte. Schon die bisherige Einteilung der Aerzte in gewöhnliche Aerzte (Lekar) und Doctore der Medicin hat wenig Sinn und ebenso wenig — die zweimalige Ablegung desselben Examens, dass aber die Sache statt vereinfacht zu werden noch mehr compliciert werden sollte, war logischerweise kaum vorauszusehen. Weder in Deutschland noch in Oesterreich noch in Frankreich besteht eine ähnliche Classificierung der Aerzte. Ein jeder Arzt der sein Examen einmal gemacht hat, kann dort auch seine Schrift verteidigen und den Doctorgrad erlangen und weder die Wissenschaft noch der ärztliche Stand haben dadurch Schaden gelitten.

— St. Petersburg. Der ausserordentliche Professor der Militär-Medicinischen Akademie N. Mari ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Um den vacanten Lehrstuhl der physiologischen Chemie an der Militär-Medicinischen Akademie bewerben sich der ehem. Professor der Tomsker Universität S. Salesski, der Professor des weiblichen medicinischen Instituts S. S. Ssalaskin und die Privat-Docenten der Mil.-Med. Akademie M. D. Iljin und B. J. Slowzow. Die Wahlen sollen noch im laufenden Lehrjahre stattfinden.

— Die DDr. med. E. Grandstroem und K. Powarnin sind zu Privat-Docenten der Militär-Medi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cinischen Akademie gewählt worden — ersterer für Diagnostik und allgemeine Therapie und letztere für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

— Der Arzt am Asyl des Prinzen Oldenburg Dr. H. Stuckey feierte den 22. Febr. sein 35-jähriges Dienstjubiläum am genannten Asyl.

— Der Privat-Docent der Militär-Medicinischen Akademie W. Boldyrew soll vom Conseil der Universität Charkow zum Professor für Physiologie gewählt worden sein.

— Der chirurgischen Klinik der Universität Jurjew (Dorpat) ist vom J. 1909 an ein jährlicher Zuschuss von 12000 Rbl. von der Reichsduma und dem Reichsrat bewilligt worden.

— Die von uns übrigens nur gerüchtweise gebrachte Nachricht, darüber, dass zum Director des Elisabeth-Kinderhospitals Dr. Klimow ausersehen sein soll, ist, wie uns von verschiedenen Seiten mitgeteilt wird, als verfrüht anzusehen.

— Auf den vacanten Lehrstuhl der Hygiene an der Universität zu Königsberg ist Prof. Dr. W. Kruse aus Bonn berufen, der den Ruf angenommen hat.

— Der 26. Congress für innere Medicin findet vom 19. bis 22. April 1909 in Wiesbaden unter dem Präsidium von Prof. Schultze (Bonn) statt. Das Referatthema, welches am ersten Sitzungstage, Montag, den 19. April 1909, zur Verhandlung kommt, ist: «Der Mineralstoffwechsel in der klinischen Pathologie». Referent: Magnus-Levy (Berlin). Hierzu findet ein Vortrag von Widal (Paris): «Die therapeutische Dechlorurution» statt. Am dritten Sitzungstage: Mittwoch, den 21. April 1909 wird Head (London) einen Vortrag über Sensibilität und Sensibilitätsprüfung halten. — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: A. Rickel (Berlin): «Die Wirkung der Mineralstoffe auf die Drüsen des Verdauungsapparates». Külbs (Kiel): «Die Herzgrösse bei Tieren». Lenhartz (Hamburg): «Behandlung des Magengeschwüres». E. Müller (Breslau): «Das Antiferment des tryptischen Pancreas- und Leukocytenfermentes, sein Vorkommen und seine Bedeutung für Diagnose und Therapie». Plönies (Dresden): «Die Beziehung der Magenkrankheiten zu den Störungen und Erkrankungen des Circulationsapparates mit besonderer Berücksichtigung der nervösen Herzstörungen». Schönborn (Heidelberg): «Einige Methoden der Sensibilitätsprüfung und ihre Ergebnisse bei Nervenkranken». Smith (Berlin): «Zur Behandlung der Fettleibigkeit». — Weitere Vortragsanmeldungen nimmt der ständige Schriftführer des Congresses, Geheimrat Dr. Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, entgegen, jedoch nur bis zum 4. April 1909. Nach dem 4. April 1909 angemeldete Vorträge können nicht mehr berücksichtigt werden. — Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zu derselben sind ebenfalls an den ständigen Schriftführer zu richten.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 8. bis zum 14. Febr. 1909 570 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 43, Typh. exanth. 5, Febris recurr. 105, Pocken 13, Windpocken 14, Masern 78, Scharlach 72, Diphtherie 73, acut. Magen-Darmkatarrh 33, Cholera 59, an anderen Infectionskrankheiten 75.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12788. Darunter Typhus abdominalis 546, Typhus exanth. 22, Febris recurrens 568, Scharlach 274, Masern 102, Diphtherie 169, Pocken 39, Windpocken 4, Cholera 203, crupöse Pneumonie 142, Tuberculose 652, Influenza 253, Erysipel 84, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 91, Lepra 0, Syphilis 532, venerische Krankheiten 336, acute Erkrankungen 1972, chronische Krankheiten 1715, chirurgische Krankheiten 1451, Geisteskrankheiten 3241, gynäkologische Krankheiten 224, Krankheiten des Wochenbetts 55, verschiedene andere Krankheiten 108.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 918 + 45 Totgeborene, + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 13, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 3, Pocken 1, Malleus 0, Masern 26, Scharlach 17, Diphtherie 12, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 51, katarrhalische Pneumonie 109, Erysipelas 9, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 2, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 31, Dysenterie 0, Cholera 28, Magen-Darmkatarrh 36, andere Magen- und Darmerkrankungen 36, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 50, Marasmus senilis 47, andere Todesursachen 308.

— Vom 4. bis zum 5. März erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 4 Personen, starben 1 und genasen 10. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 120 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10239 Personen erkrankt, 3994 gestorben und 6125 genesen.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankt u. gestorben.		Erkrankt u. gestorben in der vergang. Woche.		Erkrankt u. gestorben seit Beginn der Epidemie.		Beginn der Epidemie.
	vom 22. bis zum 28. Februar.						
St. Petersburg mit den Vorstädten	46	(11)	68	(27)	10115	(3989)	24. Aug. 1908
Gouv. St. Petersburg (ohne die Vorstädte)	3	(7)	16	(12)	442	(228)	31. » ›
Gouv. Jarosslaw	1	—	15	(7)	393	(191)	6. › ›
Gebiet der Don-Kosaken	—	—	1	—	3050	(1459)	22. Juli 1908
Gouv. Charkow	1	(1)	—	—	1	(1)	24 Febr. 1909
	51	(19)	100	(46)	14001	(5868)	

Im Ganzen sind aber seit Beginn der Choleraepidemie in Russland 31643 Personen erkrankt und 14790 gestorben.

— Verbreitung der Cholera (ausser Russland): in Kalkutta starben vom 17. bis zum 23. Januar n. St. 9 Personen an der Cholera, in Singapore erkrankten vom 15. bis zum 21. Januar 8 Personen und starben 9.

— Verbreitung der Pest: in ganz Indien erkrankten an der Pest vom 10. bis zum 16. Januar n. St. 2530 Personen und starben 1991. In Japan erkrankten vom 17. December bis zum 20. Januar 30 Personen, starben 26. In Djedda (Türkei) erkrankten vom 8. bis zum 14. Februar 17 Personen, starben 11.

— Nekrolog: Gestorben sind: 1) Am 12. Febr. im Gouv. Kursk Dr. Spizmacher am Flecktyphus. 2) Am 14. Febr. Dr. A. M. Bogoljubow in Jelissawetgrad. Geb. 1878, Arzt seit 1904. 3) Am 14. Febr. im Gouv. Kiew Dr. W. Dsjewizki am Flecktyphus. Geb. 1875, Arzt seit 1901. 4) Am 19. Febr. in Moskau der Assistent an der Universitätsklinik für Haut- und venerische Krankheiten Privat-Docent Dr. N. S. Speranski. Geb. 1857, Arzt seit 1884. 5) Im Gouv. Kjelzy Dr. J. F. Wigura. Geb. 1852, Arzt seit 1875. 6) In Charkow Dr. Balk. 7) Am 18. Febr. wurde die Landschafts-Aerztin des Kreises Dmitrowsk (Gouv. Moskau) Dr. M. Popowa auf einer Fahrt zu Kranken ermordet und beraubt. Den Arztgrad hatte sie im Jahre 1906 erworben. 8) Am 24. Februar starb in Günthershof bei Mitau Dr. med. Ed. v. Haudring im Alter von 51 Jahren. Er hatte in den Jahren 1878—1886 in Dorpat studiert und dort den Doctorgrad erlangt. Dann zog er nach Moskau, wo er im Laufe von 16 Jahren die Praxis ausübte, bis ihn die herannahende Krankheit zwang, die Anstalt in Günthershof aufzusuchen. 9) In Paris starb der berühmte Specialist für Massage Dr. G. Metzger im Alter von 70 Jahren. Nachdem er in Leiden den Grad eines Dr. med. erworben, beschäftigte er sich 1870—1888 in Amsterdam mit der Massage als Specialfach und siedelte 1889 nach Wiesbaden über, wo er sich eines ganz colossalen Zuspruchs erfreute und durch die erzielten Erfolge viel zur Popularisierung dieser Heilmethode beitrug.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. März 1909.

Tagesordnung: 1) Osten-Sacken: Zur Klumpfussbehandlung. (Krankenvorstellung).
2) Fuhrmann: Casuistische Mitteilungen über Periostitis als frühe Complication des Typhus abdom. —
3) Fuhrmann und Ücke: Zur Frage der foetalen Rachitis.

Alle activen und correspondierenden Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte, die an dem anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins stattfindenden Souper teilnehmen wollen, werden gebeten, Anmeldungen per Postkarte an Dr. W. Beckmann (Ковенскій пер., № 4) oder an Dr. Lehmann (Вас. остр. 1 линія, 38), einzusenden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. März 1909.

Tagesordnung: Dr. X. Dombrowski: Zur Casuistik der Nierengeschwülste.

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 11 St. Petersburg, den 14. (27.) März 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber seröse Expectoration bei Punction der Pleura.

Von

Dr. P. Hampeln (Riga).

(Vortrag, gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetage in Reval am 6. Nov. 1908).

Ein eigentümliches, im Verlaufe einer Pleurapunction dazwischen auftretendes Ereignis bildet die plötzlich unter Husten erfolgende Entleerung reichlicher seröser, mitunter zum Teil blutiger Auswurfmassen. Das dauert in der Regel mehrere Stunden bis zu einem Tage; tritt gleich oder im Laufe einer Stunde nach der Punction auf, wobei meist zugleich hochgradige Atemnot und Herzschwäche vorliegt. Dennoch pflegt der Ausgang in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger zu sein.

Diese eigenartige Erscheinung hat zuerst in Frankreich, wo in den 40-er Jahren des verflossenen Jahrhunderts die systematische Punctionsbehandlung seröser Pleuraexsudate eingeführt wurde, die Aufmerksamkeit erregt, und erhielt den Namen der „expectoration albumineuse", womit der charakteristische Unterschied dieses Auswurfes vom gewöhnlichen katarrhalischen, mucinösen, scharf hervorgehoben wurde.

In Deutschland entschloss man sich zum Teil aus theoretischen Bedenken, zum Teil auch wegen der bekannt gewordenen ungünstigen Zufälle infolge einer Punction erst viel später zur Punctionsbehandlung der Pleuraexsudate. Als erster trat dafür Fräntzel in seiner bekannten klassischen Pleuritis-Monographie in den 70-ger Jahren s. p. ein. Dieser von Fraentzel ausgegebenen Parole folgte sofort Girgensohn im Rigaschen Stadtkrankenhause. Als ich nach seinem früh eingetretenen Tode im J. 1878 die Leitung der therap. Abteilung übernahm, stellte ich mich auf denselben von Fraentzel inaugurierten Standpunct. Wie in Deutschland wurde auch von mir auf Vermeidung zu raschen Abflusses der Punctionsflüssigkeit und der Entleerung zu grosser Mengen in einer Sitzung geachtet. Aus einer Zusammenstellung in einer aus meiner Abteilung hervorgegangenen Dissertation Neuenkirchens, auf die ich später noch zurückkomme, geht hervor, dass in ca. 100 Punctionsfällen während des Lustrums von 1882—1887 meist 1000, 1200—1500 Cc. in einer Sitzung entleert wurden, nur selten gegen 2000 Cc. Dem dürfte es zuzuschreiben sein, dass in dieser sozusagen abgeklärten Periode der Exsudatbehandlung schlimme Ereignisse bei und infolge der Punction so gut wie unbekannt blieben. So habe ich in der deutschen Literatur nur 12 Fälle seröser Expectoration nach einer Thoracocentese in den verflossenen 38 Jahren finden können, ausser meinen eigenen 4, das macht im ganzen 16 Fälle gegen 21 Fälle Terillons allein in den 70-ger Jahren in Frankreich. Nach Heissmeyer sind in der Göttinger Klinik schlimme Punctionsereignisse nicht beobachtet worden. Erst neuerdings ereignete sich ein Fall seröser Expectoration auch auf dieser Klinik eingehend bearbeitet von Waldvogel (1906). Andere Mitteilungen liegen vor von Appel (1895), Ortner (1899), Magenau (1904), und endlich von Gerhardt in Basel in diesem Jahre 1908.

Meine vier eigenen Beobachtungsfälle wurden in den Jahre 1888, 1892 und 1894 beobachtet und verliefen kurz mitgeteilt, folgendermaassen.

1. Im ersten, meiner Privatpraxis angehörenden Fall, im J. 1888, wurde in einer Privatklinik von mir an einem 24-jährigen Manne, der an einer Mitralinsufficienz litt, wegen eines mässigen rechtsseitigen Serothorax mittags die Punction RVS im 5. IR. mit kleiner Hohlnadel und dem als Heber wirkenden Gummischlauch (unsere gewöhnliche Methode) ausgeführt. (NB. das interessante Factum, dass eine verheilte Schussverletzung im 4 IR. in der Herzgegend vorlag. Kugel an der Wirbelsäule stecken geblieben.

Nach der Entleerung von 1500 Cc. Flüssigkeit in 20 Minuten, also etwas rasch, stellte sich „quälendes Würgen und heftiger Hustenreiz" ein. Infolgedessen

Generated on 2019-01-09 23:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Beendung der Punction, wonach die Beschwerden sogleich aufhörten. Eine Stunde später wieder starker Husten. Es werden nun erst 100 Cc. reinen Blutes und darauf im Laufe von 7 Stunden im ganzen 700 Cc. einer „gelben, zum Teil etwas rötlich gefärbten Flüssigkeit" ausgehustet. P. 120 i. d. m. R. 40. Mässige Cyanose. Abends noch starker Husten, aber nur noch mässiger Auswurf, der in der Nacht völlig aufhört. Ruhige Nacht, fortschreitende Besserung in den folgenden Tagen. Nach 4 Tagen Entlassung des Patienten auf seinen Wunsch.

Das Punctat bestand aus einer „dunkelgelben, klaren, zum Teil geronnenen Flüssigkeit" mit einem spec. Gew. = 1010, das Expectorat grösstenteils aus einer „genau ebenso aussehenden" dunkelgelben, klaren, zum Teil auch schaumigen und rötlich gefärbten Flüssigkeit". Es lag ein die auffallend gelbe Farbe beider Flüssigkeiten anscheinend erklärender Scleralicterus vor.

2. Der zweite Fall betrifft eine 59-jährige Frau mit starker myogener Herzinsufficienz. Sie trat am 17. II. 1892 mit hochgradigen Stauungserscheinungen in die Abt. ein. Rechtsseitiger Serothorax ohne auffallende Verdrängungserscheinungen. Während der ersten Tage leicht hämorrhagischer Auswurf und mässige Temperaturerhöhung (38,0°).

Nach 14 Tagen wegen zunehmender Atemnot, mittags, Punction der rechten Pleura RH. im X. IR. (mit Tr. Fräntzel). Es wurden im ganzen 900 Cc. gelber, klarer Flüssigkeit, spec. Gew. = 1007, entleert. „Gleich nach der Punction" Husten und Auswerfen einer „schaumigen, trüben, grünlich-rötlichen Flüssigkeit". Grosse Atemnot und Herzschwäche. Es werden bis zum Abend desselben Tages im ca. 8 Stunden im ganzen 600 Cc. davon ausgehustet. Abends Collaps, Tod um 8¼ Uhr.

Die Section ergab wesentlich: Arteriosclerose, starke Dilatation und mässige Hypertrophie beider degenerierter Herzventrikel. Linke Pleurahöhle leer, in rechter 200 Cc. trüber, seröser Flüssigkeit ohne endzündliche Merkmale. Hochgradiges Oedem des rechten Oberlappens, „seröse Pneumonie" des rechten Unterlappens, links Lungenödem ohne entzündliche Veränderungen. Mässige Granularniere.

3. 40-jährige Frau, aufg. am 5. V. 1892 † 29. V. e. a. Klinische Diagnose: Aortenklappeninsufficienz (luetischer Herkunft?), Serothorax, Bronchitis fibrinosa. Seit 4—5 Mon. starke Atemnot und Herzklopfen, seit 5 Wochen Schwellung der Beine. Oedem der Kreuzbeingegend und unteren Extremitäten, Leberschwellung, Oligurie, Albuminurie ohne Cylinder. Linkerseits ein Pleuraexsudat, vorne an der III. Rippe beginnend, hinten in der Mitte der Scapula. Keine auffallenden Veränderungserscheinungen, kein Auswurf. Puls frequent, celer, 108, regel- und gleichmässig. Wegen zunehmender Atemnot und spärlichen Harns 100 Cc. am 8. V. vormittags Punction LH im X. IR. (mit Troikart Fiedler). Entleerung von 1050 Cc. „hellgelber Flüssigkeit mit einem sp. Gew. = 1005.

Gleich nach der Punction starker Hustenreiz und etwa nach ¼ Stunde Expectoration schaumig-seröser Flüssigkeit, „ganz so aussehend" wie das Punctat, im ganzen 250 Cc. bis zum Abend mit einem spec. Gewicht = 1012. In der Seditmentschicht des Exp.: Erythrocyten, Leucocyten und „Fibrin". „Starker Eiweissgehalt". In der folgenden Nacht hört die Expectoration auf. 9. V. LS. von der IV Rippe nach abwärts Dämpfung und abgeschwächtes Atmen, kein Rasseln. Gutes Befinden. 10 V. Zweite Punction LH. Es werden 200 Cc. etwas trüber, gelber Flüssigkeit entleert, spec. Gew. = 1007, abends Temperaturerhöhung bis 38°. Bis zum 14. V. wieder Vergrösserung der Dämpfung. Es wurden in dieser Zeit, nach dem 14. Mai., mehrere rötlich gefärbte, verzweigte Bronchialgerinnsel ausgehustet (Demonstration der Gerinnsel am 20. V. im ärztl. Verein [1]). Schlechtes Befinden, zunehmendes Oedem, wachsende Atemnot. Am 23. V. III. Punction LHU im X. IR. Entleerung von 800 Cc. gelber, klarer Flüssigkeit, Spec. G. = 1009. Bald darauf starker Hustenreiz aber — „absolut kein Auswurf". 24. V. Beim Versuch aufzustehen Ohnmachtsanfall, Erbrechen, etwas Husten, „kein Auswurf". Oedem nimmt beständig zu, Urin wie früher. Allgem. Kräfteverfall. Tod am 29. V. mittags bei freiem Sensorium. SB. Im Pericard 60, in l. Pleura 1400, in r. Pleura 500, im Abdomen 1200 Cc. Serum. Mässige Sclerose. Aortenklappeninsufficienz, Herzmuskeldegeneration. Keine entzündlichen Veränderungen der Pleura. Im rechten Mittel- und Unterlappen je ein grosser, die Lappen fast ganz einnehmender Infarct. Am Vorderrande des linken Oberlappens und im Unterlappen je ein gut gänseeigrosser Infarct. Bronchialschleimhaut „schmutzig-gerötet, doch „keinerlei fibrinöse Ausgüsse". Sonst nichts Bemerkenswertes.

4. Im letzten Fall handelt es sich auch um hochgradige Herzinsufficienz einer 72-jährigen Greisin. Links Serothorax. Gleich nach der Aufnahme, abends, wegen grosser Atemnot I. Punction LHU im IX. IR. Nach Entleerung von 1400 Cc. „strohgelber, klarer Flüssigkeit" macht sich im Glasschaltstück „Blut und Luft" bemerkbar, „Zeichen eines linkseitigen Pneumothorax". Nachts 12 Uhr, nach ca. 4 St., beginnt seröse Expectoration und dauert bis 9 Uhr morgens. Im ganzen 300 Cc. Darauf besseres Befinden, Schwinden des Pneumothorax, reichliche Diurese in den nächsten Tagen. Nach 14 Tagen Serothorax rechts, Zunahme der Beschwerden, II. Punction RHU im X. IR., wobei ohne Zwischenfall hellgelbe, klare Flüssigkeit entleert wird. Wiederum Besserung des Befindens und Vermehrung der Diurese. Nach 3 Monaten gebessert entlassen

---

Allen meinen vier Fällen gemeinsam ist der nicht entzündliche sondern Stauungscharakter des Pleuraexsudates. Das beweist der anatomische Befund in den zwei Sectionsfällen, dafür spricht der klinische Befund in allen Fällen, vor allem das in 3 Fällen bestimmte Sp. Gew. des Punctats von 1010 (Fall 1), 1007 (Fall 2), 1005—1007 u. 1009 (Fall 3). So niedrige Sg. kommen nach Neuenkirchen [2]) beim entzündlichen Exsudat nicht vor und beweisen den transsudativen, auf Stauung beruhenden Charakter. Die Stauung beruhte in allen Fällen auf declarierter Herzinsufficienz. Es leuchtet ein, dass hierin, worauf Appel [3]) u. Ortner [4]) besonders hingewiesen haben, eine wesentliche Unterstützung des Zustandekommens der serösen Exp. zu erblicken ist. Um den gleichen Vorgang handelt es sich m. E. auch im letzten Fall, in dem es trotz der Schlauchaspiration wie in einem Falle Naunyn scher [5]) Beobachtung, zu einer alveolären Lungenruptur kam, die jedoch als solche dieser. Expectoration nicht erklärt, ihr vielmehr durch Entspannung der gedehnten Lunge entgegen wirkt. Beide Fälle verliefen, trotz schwerer Herzerkrankung in meinem Falle, günstig.

---

[1]) Petersb. med. Woch. 1892. Bd. 17. p. 336.
[2]) Ueber die Verwertbarkeit des spec. Gew. u. des Eiweisgehaltes pathol. Trans- u. Exsudate. Von E. Neuenkirchen. 1888. Dorp. Dissert. p. 58.
[3]) Ueber albuminöse Expect. Münch. Annalen. 1897.
[4]) «Zur Entstehung des acuten Lungenödems...» Wiener klin. W. 1899. p. 1190.
[5]) «Kurzer Leitfaden für die Punction...» Strassburg. 1889.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus dem typischen Verlauf der. ser. Exp. in diesen wie auch in den anderen bekannt gewordenen Fällen folgt, dass sie und der dabei beobachtete tödliche Ausgang der Punction zur Last zu legen ist, wenngleich es gelegentlich, wie in Fällen von Scriba [1]) u. Appel [2]) (Fall 9), auch schon vor einer Punction zum Aushusten geringer Mengen schaumigen Serums gekommen ist. Nur das „Wie" des offenbaren causalen Zusammenhanges leuchtet nicht ohne weiteres ein und bedarf der Erklärung. In Bezug auf das „Wie" gehen aber gerade jetzt die Meinungen stark auseinander.

Für die Discussion dieser Frage kommen auch m. E. allein zwei Theorien in Betracht, die eine vom acuten Lungenödem als Ursache der ser. Expectoration und die andere, dass es sich hierbei um directen Uebergang des Pleuraexsudates durch die Lunge in die Alveolen und Bronchien, also im wesentlichen um „Expectoration des Exsudates" handelt.

Schon im Beginne der Punctionsaëra finden wir Vertreter beider Auffassungen. Sehr bald aber errang die erste sowohl in Frankreich als in Deutschland die verbreiteste und entschiedenste Anerkennung, ja es konnte scheinen, als sei die Frage definitiv und zwar im Sinne den ersten Theorie entschieden. Es muss, glaube ich, anerkannt werden, dass sich diese Theorie in sehr überzeugender Uebereinstimmung mit den klinischen, physiologischen und anatomischen Tatsachen befindet und die auffallende Erscheinung aufs beste erklärt. Infolge einer Pleuraentleerung nach dem gewöhnlichen Punctionsverfahren werden die elastischen Lungenkräfte wieder in Tätigkeit gesetzt und üben nun nach allen Richtungen eine ansaugende Wirkung, besonders stark während der Inspiration, aus. Dieser verhältnismässig rasche Uebergang aus einer lange eingehaltenen passiven Gleichgewichtslage in die ihr entgegengesetzte normale active, aus dem Zustande der Entspannung in den der rhytmischen Spannung hat notwendiger Weise eine plötzliche Ueberflutung der Lunge der erkrankten Seite mit Blut zur Folge, wie das sonst schwerlich vorkommen dürfte. Dieses sowie die von Cohnheim festgestellten, eine Transsudation begünstigenden Gefässveränderungen in den comprimierten Partien und endlich die wichtige Tatsache, auf die Ortner [3]) vornehmlich hingewiesen hat, einer die Dehnung und Ueberfüllung der Blutgefässe fördernden Unnachgiebigkeit des Mediastinums und der Pleurawände überhaupt — in seinen 2 Fällen lagen pericardiale Synechien und schwillige Mediastinitis vor: — dieses alles scheint das acute aspirative Lungenödem als wesentliche Bedingung der Entstehung einer ser. Expect. nach einer Thoracocentese ausser allen Zweifel zu stellen. Es erklärt das auch die äusserste Seltenheit dieses Vorganges aus anderen Gründen, so bei den alltäglichen Stauungen im kleinen Kreislaufe, die wohl zu Lungenblutungen, aber nicht zur ser. Expectoration führen. Es fehlt in letzteren Fällen eben das wichtige Moment der plötzlichen aspiratorischen, oft auch etwas gewaltsamen Lungendehnung. Häufiger hingegen findet sich die ser. Exp. in Fällen von Lungenödem eines wahrscheinlich angioneurotischen, oft zugleich toxischen Ursprunges. Hierher scheinen die Bouveretschen [4]) Fälle bei interstitieller Nephritis, die Beobachtung Pal's [5]) bei Angina pectoris u. m. a. ähnlichen Charakters zu gehören. Besonders einleuchtend erscheint der toxische Ursprung des Lungenödems in folgenden mir freundlichst vom Marinearzt, Staatsrat Dr. Sohrt zur Verfügung gestellten Fällen seiner Beobachtung.

Während der Stationierung des Kreuzers «Dmitri-Donskoi» bei Wladiwostock im J. 1896 zur Herbstzeit, in der eine Art grosser Medusen (Acalephen) sich dort einzufinden pflegen, erkrankten 8 Matrosen, die abends zum Einholen der im Schilfe hängen gebliebenen Fischfangnetze nackt ins Wasser gegangen waren, gleich nach ihrer Landung an «unstillbarem Husten und starker Absonderung» reinserösen Auswurfs. Das warme Bad besonders sowie Morphiuminjectionen beseitigten den quälenden Zustand, der 8 Stunden dauerte, worauf Husten und Auswurf noch in derselben Nacht aufhörten. Alle also Erkrankten wiesen oberflächliche «Brandstellen» in Form von Hautrötung und Blasenbildung an den Unterschenkeln auf, die von der Berührung mit den Greifapparaten der Medusen herrührten».

Um ein solches acutes Lungenödem, sehr ähnlich verlaufend, nur anderen, wesentlich mechanischen Ursprungs, handelt es sich höchst wahrscheinlich auch bei der ser. Exp. infolge einer Thoracocentese. Unterstützung findet diese vorläufig aus den klinischen Erscheinungen gefolgerte Annahme in den bisher spärlichen genaueren vergleichenden Untersuchungen der durch Punction entleerten Pleuraflüssigkeit und der ausgehusteten Lungenflüssigkeit, die ich kurz als Punctat und Expectorat bezeichnen will. Am unzweideutigsten war der Befund im wichtigen Leichtensternschen [1]) Fall, in dem das charakteristische Phänomen — es wurden „250 Ccm. serös-sanguinolenter Flüssigkeit" im Verlauf mehrerer Stunden entleert — nach der Punction eines mächtigen nicht-serösen sondern eitrigen Pleuraexsudates auftrat, so dass in diesem Falle von einer „Expectoration des Exsudates" als Grund des Phänomens jedenfalls nicht die Rede sein kann. Aber auch bei serösen Pleuraexsudaten mit gleichem Aussehen beider Flüssigkeiten, sowohl des Punct. als des Expect. fand sich in mehreren genauer untersuchten Fällen doch eine so auffallende Verschiedenheit beider Flüssigkeiten im SG., Eiweiss-, N— und Aschegehalt, dass ihre Idendität, wie bereits Naunyn [2]) hervorgehoben hat, genügend widerlegt erscheint. Sie war eine bloss scheinbare. Auch hielt das Sg. des Exp. in der Regel die ein Stauungstranssudat nach Neuenkirchen (l. c.) charakterisierenden Grenzen (1005—1012—1014—1016) ein und waren gerade die niedrigeren Werte vertreten, so in meinem 3-ten Fall 1012, im ersten Fall Kovacs [3]): 1011 etc. Liegt nun in solchen Fällen zugleich ein Stauungstransudat der Pleura vor, so hat die gelegentliche Uebereinstimmung beider Flüssigkeiten im SG. und ebenso im Eiweissgehalt eigentlich nichts auffälliges, erscheint vielmehr selbstverständlich, da es sich um die Transsudation der gleichen Blutflüssigkeit nur nach verschiedenen Richtungen handelt. Grössere Unterschiede treten natürlich beim entzündlichen Charakter eines oder des anderen Exsudats auf, in einzelnen Fällen kam es sogar zur Bildung von Bronchialgerinnseln, die zuweilen in grossen Mengen ausgehustet wurden.

Ueber diese gerade bei der ser. Exp. nach einer Thoracocentese verhältnismässig häufige Erscheinung liegen mehrere Mitteilungen vor. Im ersten Kredel- [4]) Scribaschen Fall [5]) fand sich bei der Section im Hauptbronchus auf der Punctionsseite ein sich mehrfach verzweigendes Bronchialgerinnsel, das bei normaler Beschaffenheit der Bronchialschleimhaut nach Scriba's Auffassung aus der Oedemflüssigkeit hervorgegangen sein musste.

¹) Ueber seröse Expectoration... D. Arch. f. kl. M. Bd. 36. p. 329.
²) Ueber albuminöse Expect... Annalen des städtischen allg. Kr. in München. 1897 (95).
³) Zur Entstehung acuten Lungenödems.... Wiener kl. W. 1899. p. 1190. u. f.
⁴) Referat im «Centralblatt für kl. Med.» 1890. p. 801.
⁵) Pal. «Gefässkrisen». Leipzig. 1905. p. 91.

¹) «Die plötzlichen Todesfälle bei pleuritischen Exsudaten». D. Arch. f. kl. Med. Bd. 25. 1880. p. 365.
²) Kovacs. «Ueber einen Fall von acutem Lungenödem...» Wiener kl. W. 1893. Nr. 3.
³) Berl. kl. W. Bd. 19. p. 673. Protocoll-Referat.
⁴) Scriba. «Ueber ser. Exp. nach Thoracocentese». D. Arch. f. kl. Med. 1885. Bd. 36.
⁵) l. c. p. 336.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im 2-ten Falle meiner Praxis, im J. 1892 (Conf. Fall 3) waren schon im Exp. Fibrin (fäden) sichtbar, aber erst mehrere Tage nachher wurde ein verzweigtes sanguinolentes Bronchialgerinnsel ausgehustet. Im Sectionsbefunde wird ausdrücklich die normale Beschaffenheit der Bronchialschleimhaut bemerkt. Bronchialgerinnsel fehlten. Zahlreiche Infarcte beider Lungen. Durch besonders reiche Bildung von solchen Gerinnseln zeichneten sich 2 weitere Fälle Ortners [1]) aus. Auch hier war der Bronchienbefund anscheinend normal. Nur im ersten Fall sind eine Masse von die Bronchien II. u. III. Ordnung fast verstopfenden Gerinnseln auf der punctierten Seite im Sectionsprotocoll angegeben. In beiden Fällen Lungeninfarct, in einem Falle Curschmannsche Spiralen im Auswurf. Der gleiche Befund Curschmannscher Spiralen findet sich in meinem Fall von Kovacs [2]) angegeben, doch ohne Bronchialgerinnsel. Endlich berichtete Magenau [3]) aus der Krehlschen Klinik in Tübingen über Expectoration massenhafter, solider Bronchialgerinnsel nach einer Thoracocentese mit günstigem Ausgange. Im ganzen also 5 Fälle solcher Gerinnselbildungen unter 20. Kein kleiner Procentsatz, woraus auf eine Eigenart der nach einer Thoracocentese auftretenden ser. Exp. allerdings geschlossen werden konnte. Waldvogel [4]) erblickten denn auch in der Anwesenheit eines Bronchialgerinnsels im Kredel-Scribaschen Falle einen „unzweideutigen Beweis" für den pleuralen Ursprung der expectorierten Flüssigkeit, „denn soviel Fibrin enthält kein durch Stauung allein hervorgerufenes Transsudat." Das, glaube ich, ist zu weit gegangen. Wir wissen doch noch zu wenig von der Beschaffenheit der unter anderen Bedingungen auftretenden Lungenödemflüssigkeit, um so bestimmte Schlüsse aus der Anwesenheit von Bronchialgerinnseln in ihr zu ziehen. M. E. erklärt die besondere Entstehungsart des Lungenödems infolge einer aspirativen Lungendehnung, die in keinem Punctionsfalle fehlt, welchen Verfahrens man sich auch bedienen mag, ganz ungezwungen sowohl die seröse als auch die fibrinöse Exp. und die Entstehung dieser auf der Exsudatseite. Zu fibrinöser Exp. scheint es besonders bei Anwesenheit von Lungeninfarcten zu kommen, denn diese fehlten nur einmal in den 5 Sectionsfällen dieser Art, wobei es sich um die nicht hämoptoische Infarctform handelt. Für die Beteiligung des Infarctes an der fibrinösen Exsudation spricht auch das gelegentliche Vorkommen dieser gerade bei Mitralstenose [5]) auch ohne Anwesenheit eines Pleuraexsudates. Fälle solcher Art war man gewöhnlich geneigt ohne weiteres der Bronchitis fibrinosa oder crouposa zuzuzählen. Scriba dagegen deutete diesen Befund, wie schon angegeben, anders (l. c.) und Eppinger [6]) erklärt, wenigstens in einzelnen Fällen, die Gerinnsel aus dem alveolären oder bronchialen fibrinogenhaltigen Transsudat, ohne Dazwischentreten einer fibrinösen Bronchitis, die auch in keinem der hier mitgeteilten Sectionsfälle festgestellt wurde und in 2 Fällen, im Scribaschen [7]) und in meinem Falle 3 vom Anatomen verneint wird. Den gleichen Vorgang einer blossen, zuweilen massenhaften Gerinnung des fibrinhaltigen nach der Thoracocentese auftretenden alveolären Transsudates zum Unterschiede von der andersartigen fibrinösen hier kaum vorliegenden Bronchitis, nehme ich in diesen Fällen an.

Auf die Frage nach der eigentlichen Natur der „Fibringerinnsel", ob und in welchen Fällen es sich wirklich um Fibrin oder Mucin gehandelt hat, kann hier nicht eingegangen werden, da in keinem der mitgeteilten Fälle eine diesbezügliche Untersuchung stattgefunden zu haben scheint.

Allen diesen für die genuine Entstehung des Lungenödems als Ursache der ser. Exp. sprechenden Tatsachen stehen nun 2 Fälle gegenüber, der Fall Appel [1]) aus der Bauerschen Klinik in München und der Fall Waldvogel [2]) aus Ebsteins Klinik in Göttingen, mit „identischer" Beschaffenheit des Sg. sowohl als des Eiweiss- und N gehaltes beider Flüssigkeiten. Hieraus folgerten die genannten Autoren, eine totale Identität des Exp. und Punctats, wonach es sich, und damit vollzieht sich die entscheidende Wendung zu einer grundsätzlich anderen Auffassung, bei der ser. Expect. nach einer Thoracocentese nicht um Lungenödem, sondern um Expectoration des auf „unbekannten Wegen, jedoch durch die Lunge hindurch in die Alveolen und Bronchen gleichsam „transsudierten" oder durchgepressten Pleuraexsudates handeln soll. Dieser Auffassung hat sich auch D. Gerhardt [3]) angeschlossen.

Man wird, glaube ich, zugeben müssen, dass auch diese Deutung der ser. Exp., wenigstens für einen Teil der Fälle, ihre guten Gründe hat. Eigenschaftsidentität des Exp. und des Punctats, Auftreten der Erscheinung unter heftigen Hustenstössen, die auffallende Häufigkeit der ser. Exp. bei einer Pleurapunction und endlich die in einzelnen Fällen, so auch in meinem 1. und 2. Fall, überraschende Gleichfarbigkeit beider Flüssigkeiten, das alles sind nicht wenig wiegende Verdachtsgründe für den von Appel und Waldvogel angenommenen Entstehungsgrund der ser. Exp. Dass aber das Pleuraexsudat dabei die Lungen, nach Waldvogels [4]) Auffassung auf irgend einem auch von ihm nicht festgestellten Wege durchdringt und auf diese Art in die Alveolen und Bronchen direct übertritt, kommt mir doch als in hohem Grade unwahrscheinlich vor. Physiologisch unbedenklich wäre dagegen die Annahme einer nach der Thoracocentese eintretenden raschen Resorption und dadurch begünstigten pulmonalen Entleerung des Exsudatrestes. Welchen Weg dabei das Exsudat einschlagen kann, das haben die wichtigen Untersuchungen Grobers [5]) ergeben, wonach die Resorption vorzüglich durch die Blutbahnen der parietalen Pleura mit Bevorzugung der costalen Pleura erfolgt, während die Pulmonalpleura überhaupt nicht resorbiert (p. 289. l. c.) und nur, wenn sie verletzt ist, natürlich Flüssigkeit eindringen lässt. Bei der gleichfalls von Grober (l. c.) bewiesenen ausserordentlichen Resorptionsgeschwindigkeit wenigstens der normalen Pleura wäre eine plötzliche Ueberflutung des Pulmonalkreislaufes auf dem normalen Resorptionswege mit Exsudatflüssigkeit und darauf beruhende seröse Expectoration ein ganz verständlicher Vorgang.

Ob es sich aber in Wirklichkeit so verhält, das kann bei der Vieldeutigkeit der klinischen Erscheinungen nur

---

[1]) Wiener klin. W. 1899. p. 1190.
[2]) Wiener klin. W. 1891. Nr. 31.
[3]) «Lungenödem u. fibrinöse Bronchitis nach Thoracocentese». München. med. W. 1902. Nr. 41.
[4]) «Zwischenfälle bei der Thoracocentese». D. Arch. f. klin. M. 1905. Bd. 89, p. 328.
[5]) A. Fränkel. «Lungenkrankheit». 1904, p. 115 und Starck «Zur Casuistik der Bronchitis fibrinosa». Berl. kl. W. 1886, p. 221.
[6]) Lubarsch und Ostertag. «Ergebnisse der allg. Pathol.». 1896. Bd. I. Abt. 3, p. 203.
[7]) l. c. p. 331.

---

[1]) «Ueber albuminöse Expectoration im Anschluss an Thoracocentese. . .» Annalen des städtischen allg. Krankenhauses in München, 1897 (pro 1895).
[2]) l. c.
[3]) «Ueber das Auftreten von albuminöser Expectoration nach Pleurapunctionen. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 10.
[4]) l. c. p. 329 u. 331.
[5]) Zieglers Beiträge, 1901, Bd. 30, p. 285.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

auf experimentellem Wege entschieden werden. Ein Versuch solcher Art ist denn auch von Waldvogel[1]) gemacht worden. Aus ihm ergibt sich seiner Meinung nach, dass die expectorierte Flüssigkeit in der Tat aus der Pleurahöhle stammt. Die Mitwirkung eines Lungenödems sei freilich nicht von der Hand zu weisen, es steht aber im Hintergrunde, hauptsächlich handelt es sich um einen die Expectoration bewirkenden Durchtritt der Pleuraflüssigkeit in die Lunge (p. 330). M. E. aber kann dieser erste Versuch experimenteller Prüfung unserer Frage noch nicht als gelungen bezeichnet werden, da gerade in den entscheidenden Experimentfällen sicher Stichverletzungen der Lunge vorlagen, die den Sectionsbefund erklären. In ihnen kann darum mit nichten eine Bestätigung der Transsudation von Pleuraflüssigkeit in die Lunge erblickt werden. Es wird das Ergebnis weiterer Versuche, NB. mit einwandfreier Methode, wie sie sich auch bei Grober angegeben findet, abzuwarten sein und bis dahin das Urteil über irgend welche Beteiligung der Pleuraflüssigkeit an der serösen Expectoration aufgeschoben werden müssen.

Ein vorläufiges Urteil über den gegenwärtigen Stand der ganzen Frage möchte ich darum so formulieren: Die Theorie eines evacuo entstandenen Lungenödems vermag alle Erscheinungen der serösen Expectoration gut zu erklären und dürfte für die Mehrzahl der Fälle die wirklich zutreffende sein, neben ihr ist aber auch noch die zweite Theorie einer „Expectoration des Pleuraexsudates" in Erwägung zu behalten, sei es, dass es sich in einzelnen Fällen allein darum handelt, sei es, dass beide Vorgänge, Lungenödem und „Expectoration" sich mit einander combinieren.

Welcher Vorgang aber auch im wesentlichen vorliegen mag, therapeutisch ist immer die Regel langsamer Pleuraentleerung und der Entleerung geringer Flüssigkeitsmengen beizubehalten. Als Maass der Ausflussgeschwindigkeit scheinen sich mir 40—50 Cc. in der Min. bewährt zu haben. In Bezug auf die Gesamtmenge des Punctats hingegen lassen sich, wie Fürbringer[2]) mit Recht zu betonen scheint, keine festen Regeln aufstellen. Fürbringer selber hat recht flott und ohne üble Folgen punctiert. Grosse Punctatmengen können bei grosser Thoraxcapacität und starken Verdrängungserscheinungen zu wenig, kleine cet. contr. schon zu viel sein, wie z. B. in meinem ersten Fall. Bei der Bestimmung des Masses und der Dauer der Entleerung richtet man sich darum am besten nach dem Sinken der Exsudatgrenzen während der Punction, was vom Assistenten percutorisch fortlaufend controlliert wird, und macht vom Ergebnis dieser Untersuchung Fortsetzung oder Schluss der Punction abhängig. Es kommt aber auch auf die Natur des Exsudates an. Bei acuter seröser simpler Pleuritis kommt man oft mit kleinen Punctionen aus, wenngleich ergiebigere Punctionen nicht contraindiciert sind. Direct contraindiciert hingegen sind diese bei tuberculöser und neoplastischer namentlich hämorrhagischer Pleuritis. In Fällen solcher Art entleert man, dem Rate Stintzings[3]) folgend, 300 bis höchstens 500 Cc. in einer Sitzung. Desgleichen mahnen Stauungstrans- und exsudate zu grösserer Vorsicht. Gerade hier wurde die seröse und fibrinöse Expectoration am häufigsten beobachtet, während die hydrämischen Transsudate ergiebigere Punctionen gestatten und auch gut vertragen.

Der Beobachtung dieser Regeln dürfte es zu verdanken sein, dass die seröse Expectoration allmählich aus der Praxis verschwindet. Ich selber habe trotz häufiger Punctionen auch nach dem Jahre 1894 keinen einzigen solchen Fall weiter erlebt und auch sonst scheint dieses Ereignis, wie ich bei meiner Nachfrage erfahren habe, hier nicht mehr beobachtet worden zu sein.

Dennoch bedarf es auch jetzt noch, wie die Mitteilungen aus den letzten Jahren lehren, der Vorsicht, der Erinnerung an Fälle dieser Art und der Kenntnis ihrer Entstehungsbedingungen, über die hoffentlich die Zukunft noch völlig befriedigende Aufschlüsse bringen wird.

[1]) l. c. pag. 328.
[2]) Berl. klin. W. 1888, Bd. 25.
[3]) Spec. Therapie von Penzoldt u. Stintzing. 1895, Bd. III, p. 489.

Ueber Morbus Basedowii und seine operative Behandlung.

(Vortrag, gehalten auf dem XX. Livl. Aerztetage am 29. Aug. 1908).

Von

Ernst Sokolowski.

In der Absicht, meine Anschauung über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii vom Standpuncte des Nervenarztes zu äussern, bitte ich mir zunächst die Erlaubnis aus, mich in Kürze über die Basedowsche Krankheit im Allgemeinen aussprechen zu dürfen.

Bei kritischer Durchsicht der Literatur über Diagnose, Prognose, Aetiologie, Wesen und Therapie des Morbus Basedowii, will ich mich lediglich bei den wenigen Anschauungen aufhalten, die entweder von Allen anerkannt oder mindestens von denen publiciert wurden, denen das grösste Material zur Verfügung stand; Ueberlegungen und Gesichtspuncte, deren Zuverlässigkeit ich nach meinen eigenen Beobachtungen als bestätigt auffassen muss.

Die grösste Einigkeit ist bisher noch erreicht worden auf dem Gebiete der Diagnose nach Ausdehnung derselben durch den Einfluss der sog. forme fruste. Man hat vielfach den Versuch gemacht, alle möglichen Krankheitserscheinungen als Symptome des Morbus Basedowii anzusprechen, die sich entweder mit dem Morbus Basedowii häufig complicieren oder nur als zufällige Coincidenzen aufzufassen sind, wie einerseits: Chorea, Hysterie, Anämie, Paralysis agitans; andererseits: Phthise, Carcinose, Lues, Herzfehler, gynäkolog. Leiden, Gelenkrheumatismus, Osteomalacie, Sclerodermie etc. Als unantastbares Eigentum der Basedowschen Krankheit sollten lediglich aufgefasst werden: Struma, Tachycardie, Exophthalmus, die Zeichen von Graefe, Stellrap und Möbius, Tremor, Hyperidrosis, Pruritus, die typischen Diarrhöen, Cachexie und allenfalls das Vigourouxsche Symptom.

Die Durchsicht des mir zur Verfügung stehenden Materiales lässt mich bei der Behauptung verharren, dass sowohl in den ausgesprochenen, wie in den rudimentären Fällen die Diagnose des Morbus Basedowii auf dem Vorhandensein von wenigstens drei der oben erwähnten Symptome basiert sein muss. Diese gelegentlich von Möbius ausgesprochene Erwägung möchte ich für die Diagnose des Morbus Basedowii als unbedingte Regel postulieren. Aus dieser Regel ist eine ganze Reihe der Fälle nicht auszuschliessen, welche als sog. „Herzneurose" d. h. mit dem angeblich einzigen Symptom der Tachycardie antreten.

Die Prognose der Basedowschen Krankheit ist in der Hauptsache abhängig zu machen von der Herztätigkeit und von dem Verhalten des Körpergewichtes.

Nach einer befriedigenden Aetiologie ist viel gesucht worden und man hat sich alle Mühe gegeben, die verschiedensten Momente zu Ursachen der Erkrankung zu stempeln. Den grössten Beifall scheint bisher noch die psychische Emotion als Entstehungsursache für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Morbus Basedowii zu haben. Möbius spricht sogar von „krysallisiertem Schreck". Es ist auffallend, dass die Mehrzahl der Autoren heute dieser Aetiologie eine grosse Bedeutung einräumt. Und es ist nicht von der Hand zu weisen, dass in der Vorgeschichte jeder Basedowkranken der psychische Shok angegeben wird; sei er vereinzelt oder mehrfach aufgetreten. Da aber dieser Shok in der Vorgeschichte eines jeden, auch des gesunden Menschen figuriert, wird unsere Kritik unwillkürlich herausgefordert und die Frage taucht auf, ob wir den erwähnten Causalnexus nicht in Analogie zu bringen haben mit demjenigen, der in dem Urteil der Menge zwischen Schreck und Erysipel besteht. Ich würde es jedenfalls für verdienstvoll und ratsam halten, dass die Collegen anderen Momenten ihre Aufmerksamkeit zuwenden und sich die Mühe geben, festzustellen, wie häufig in den Familien der Basedowpatienten erblicher Kropf zu finden sei. Leider habe ich selbst mit dem Suchen hiernach zu spät begonnen, als dass ich in der Lage wäre, aus meiner Erfahrung etwas Entscheidendes in dieser Hinsicht schon mitteilen zu können. Ich möchte in dieser Frage auf Dr. P. Klemm verweisen, der sich der Mühe unterzogen hat, diesbezügliche Untersuchungen anzustellen.

Ueber das Wesen des Morbus Basedowii bestehen bekanntlich 3 hauptsächliche Theorien.

1) Die hämatogene Theorie 1—7.
2) Die neurogene „ 8—20.
3) Die thyreogene „ 21—31.

Der sehnliche Wunsch, alles im Rahmen des Morb. Basedowii Erscheinende unter einen Generalnenner zu bringen, hat selbst ernste und erfahrene Forscher zeitweilig in Versuchung gebracht, den Tatsachen Gewalt anzutun. Daher halte ich es für kein unfruchtbares Unternehmen, wenn A. Eulenburg [32]) mit einem gewissen Skepticismus alle bisherigen einseitigen und stark positiven Behauptungen über den Haufen wirft oder anzweifelt.

Die neurogene Theorie ist allmählich in den Hintergrund gerückt und die Erkrankung des Nervensystems hat ihren Platz im Rahmen der Folgeerscheinungen gefunden. Dagegen sind primäre circulatorische und vasomotorische Veränderungen entschieden von primärer und pathogenetischer Bedeutung; zumal die Hyperämie und Gefässveränderung in der Schilddrüse. Wichtig erscheint hierbei, dass wir unser Augenmerk auf folgende Tatsachen richten: 1) entsteht aus dem „Stauungskropf" wie Dr. P. Klemm ihn bezeichnet, — sehr häufig der Basedowkropf. 2) Der physiologischer Massen zu cirkulatorischen Schwankungen verdammte weibliche Organismus erkrankt an Morbus Basedowii viel häufiger als der männliche; nämlich 1 Mann auf 10 Frauen. 3) Von letzteren erkranken 3 Mal mehr Verheiratete als Unverheiratete; d. h. wie es scheint: je gewaltiger die Eingriffe in das Treiben der Blutcirkulation, umso grösser die Disposition für Erkrankung am Morbus Basedowii.

Die mit der dauernd veränderten Blutzufuhr quantitativ oder qualitativ beeinflusste Secretion der Glandula thyreoidea wird also das Wesentliche der Krankheit; diese steht sozusagen im Zeichen der Schilddrüse. Wie unter anderen Thomson [33]) behauptet, kommt der Schwellungsintensität der Schilddrüse gar keine Bedeutung zu; eine sehr wenig vergrösserte Glandula thyreoidea kann eine höchst pathologische Secretion aufweisen. Nicht unwesentlich für die thyreogene Auffassung des Morbus Basedowii ist der Umstand, dass das einwandfreie und complete Bild des morbus Based. sich allmählich zum anscheinenden Gegenteil umformieren kann und das Krankheitsbild des Myxoedem auftritt. Die Zahl der publicierten Fälle mehrt sich, in denen es gelang, diese Metamorphose zu verfolgen [34]—[40]). Ich habe zwei derartige Fälle beobachten können. Den einen erhielt ich als deutlich ausgesprochenes Myxoedem mit der unantastbaren Vorgeschichte des abgelaufenen Morbus Basedowii. Der andere Fall wurde mir von einem Collegen als „bedeutend gebesserter" Morbus Basedowii angekündigt und die Untersuchung ergab ein interessantes mixtum compositum fofgender Art: Exophthalmus, allgemeine Schwäche, Pruritus cutaneus, — dabei aber: Schwund der Schilddrüse, Verkleinerung der Lidspalte, teigige Schwellung der Augenlider und an den Schultern, bedenkliche Zunahme des Körpergewichtes und Bradycardie.

Künftigen Forschungen muss es überlassen bleiben, ob die Secretion der Glandula thyreoidea beim Morbus Basedowii quantitativ oder qualitativ gestört ist, ob eine Ueberschwemmung des Organismus durch das Secret positiv oder negativ schädigende Wirkungen ausübt? Mit anderen Worten: wird das Gleichgewicht in der Oeconomie des Organismus durch ein Gift in positivem Sinne geschädigt oder — schwankt dieses Gleichgewicht, weil der erforderliche Regulator verdorben ist? Bisher müssen wir annehmen, dass es sich um eine quantitative Secretionsveränderung handle, da der reichlichere Genuss von Thyreoidinpräparaten einen Zustand zu Tage fördert, welcher sich vom Morbus Basedowii durch nichts unterscheidet [41]—[45]).

Die bisher anerkannten Therapien des morbus Basedowii sind entweder allgemeiner Natur und auf die Hebung des Stoffwechsels gerichtet oder aber sie wenden sich direct gegen die Schilddrüse und deren pathologische Function.

Bei Benutzung des Höhenklimas ist wegen der Beeinflussung des Blutdruckes kaum anzuraten, die Höhe von 800 Metern zu übersteigen.

Die Diät — wenn überhaupt angewandt — beschränke sich auf fleischarme Kost, wobei ein häufiges Essen anzuraten ist.

Die Hydrotherapie dürfte am zweckmässigsten in Form von Halbbädern anzuwenden sein. Um bei empfindlichen Individuen einen gewissen Uebergang zu beobachten, kann man mit ca. 25° R. beginnend die Temperatur des nur 2 Minuten dauernden Halbbades allmählich vermindern, wobei es wünschenswert ist, die Temperatur von ca. 18—15° R. zu erreichen, denn erst die niedrigen Temperaturen sind die wirksamen. Ich rate zur Verkürzung der Dauer des einzelnen Bades, wenn Klagen über Kälte anheben, anstatt von der Verminderung der Temperatur abzusehen.

Der galvanische Strom, wie er jüngst von Oppenheim u. a. wieder empfohlen wird, ist wahrscheinlich beizubehalten. Freilich ist man sich immer noch nicht definitiv darüber einig, ob eher der N. sympathicus oder die Medulla oblongata durch den elektrischen Strom beeinflusst werden soll. Auf beide werden die Elektroden gesetzt; nur empfehlen manche (so Oppenheim) [55]) die Kathode für den N. sympathicus und die Anode auf den Nacken. Andere machen es umgekehrt.

Die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten, welche uns teils im Stiche liessen, teils Verschlimmerungen im Gefolge hatten, ist im Laufe der letzten Jahre der Serotherapie gewichen und zwar trat speciell das Antithyreoidin in den Vordergrund, — von Möbius erdacht und von Merck fabriciert. Es wird aus dem Blute von Hammeln gewonnen, denen die Schilddrüse entfernt wurde. Leider ist das Präparat viel zu teuer, um in der entsprechenden Menge von Jedermann gebraucht werden zu können. Möbius selbst schreibt diesem Mittel eine bereits nach 14 tägigem Gebrauch auftretende und vielseitige Besserung zu. Ich habe das Antithyreoidin in den meisten Fällen noch viel länger als 2 Wochen angewandt und habe nur eine vorübergehende d. h. zuweilen mehrere Monate dauernde Verbesserung der Herztätig-

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

keit beobachtet. Ein grosser Vorzug des Antithyreoidin ist seine sichere Unschädlichkeit.

Längere Zeit hindurch hielt ich nach dem Vorgange von Lanz [56]) Ziegen, denen ich die Glandula thyreoidea hatte exstirpieren lassen. Ein Liter Milch von diesen Ziegen pro die erhielten die betreffenden Patienten. Ich habe beobachtet 1) dass diese Milch sehr ungern getrunken wurde; 2) dass sie keine bemerkbaren Veränderungen hervorrief; 3) gab es immer wieder der Ziegen wegen Verlegenheiten; denn es erwies sich, dass die verstümmelten Tiere nicht länger als ca. 2 Monate Milch gaben. Dieses allmähliche Versiegen war mit enormer Zunahme an Körperfülle verbunden.

Ich kann nicht umhin, der neuerdings aufgebrachten Röntgenbehandlung des Basedow-Kropfes Erwägung zu tun. Von meinen Patienten sind erst 2 dem Röntgenverfahren unterzogen worden; beide teilen mir mit, sich wesentlich gebessert zu haben, doch war ich nicht in der Lage, diese Patienten selbst zu controllieren, da sie nicht in Riga behandelt wurden. Berichte über die Röntgenbehandlung des Basedow-Kropfes aus der letzten Zeit, publiciert von Freund [57]) und Sklodowski [58]) wirken ermutigend.

Wenn ich schliesslich die operative Behandlung des Basedow-Kropfes einer Besprechung unterziehe, so möchte ich in Kürze auf das Krankenmaterial eingehen, welches mir überhaupt und speciell zur Verfügung stand. An Patienten, deren Krankheitsverlauf von mir beobachtet werden konnte, sind 132 von mir behandelt worden; 47 in der Anstalt und 85 ambulant. Davon waren 12 männlichen und 120 weiblichen Geschlechtes; unter den letzteren 94 verheiratete und 26 unverheiratete Frauen. Sämtliche Erkrankungen fallen zwischen das 16. und 40. Lebensjahr. Alle 132 Fälle sind nicht weniger als ein Jahr in Behandlung gewesen und zwar sind kühle Halbbäder bei sämtlichen angewandt worden. Von den 13 Genesenen und den 15 Gebesserten ist keiner unter 18 Monaten in Cur gewesen. Das Gleiche gilt von der Mehrzahl meiner operierten Kranken bevor sie operiert wurden.

Unter meinen 132 Patienten gibt es heute 22 Operierte. Zur Verwendung lasse ich aber nur 13 Fälle kommen, weil die übrigen 9 sich teils durch locale Trennung nach der Operation meiner Controlle entzogen haben, teils aber vor zu kurzer Zeit operiert worden sind, als dass es mir möglich wäre, über ihren postoperativen Zustand ein einwandfreies Urteil zu fällen.

Unter den 13 angezogenen operierten Fällen ist der letzte vor 21 Monaten operiert worden. Ich würde mir kaum erlauben, die an sich geringe Zahl von 13 Patienten zu berücksichtigen, wenn nicht die unbeweisliche Tatsache bestände, dass 12 von diesen 13 ihrer Basedowischen Symptome und Beschwerden losgeworden sind und zwar nachweislicher Massen durch die Operation; denn sie alle waren, wie gesagt, vor der Operation lange Zeit hindurch auf unblutigen Wege vergeblich behandelt worden. Bleiben wir gleich bei dem einen durch die Operation allerdings völlig unbeinflussten Falle stehen. Es muss ich gleich anführen, dass er eine Erkrankung der gesamten, durch Expansivpulsation markierten Drüse aufbot. Die Patientin liess sich im Auslande die stärker geschwollene rechte Hälfte der Drüsen entfernen; soviel ich nachträglich feststellen konnte, war die Ligatur der Drüsengefässe auf der anderen Seite unterlassen worden. Mein Rat, diese Procedur nachholen zu lassen, ist bisher nicht befolgt worden.

Alle erwähnten 22 Fälle sind einzeitig operiert worden. Interessanter Weise machte sich bei 4 von ihnen nach der Operation ein buntes Bild von subjectiven Beschwerden bemerkbar; Beschwerden, die sich zum grössten Teil in beeinträgtigtem Allgemeinbefinden äusserten; in deprimierter Stimmung und schliesslich klagten alle 4 über quälende locale Erscheinungen und zwar in der Halsgegend hauptsächlich: Aphonie, Heiserkeit, Druckgefühl, Brennen, Kitzeln, Salivation oder das Gegenteil. Die mehrfache Wiederholung dieses an sich wechselvollen Symptomencomplexes liess mich zuerst nach etwaigen Folgen der Operation suchen. Ich vermutete zeitweilig, dass wenigstens ein Teil dieser Erscheinungen der Narbenbildung zuzuschreiben sei. Nachträglich ist mir jedoch die Ueberlegung gekommen: alle 4 Patienten waren schon lange vor ihrer Operation ausgesprochen hysterische Individuen. Ich muss es für möglich halten, dass der eingreifende Act der Operation, das qualvolle, im höchsten Grade imponierende Ereignis bei den sehr suggestiblen und autosuggestiblen Individuen dazu geeignet war, den Schwerpunct aller Leiden sozusagen auf den Kriegsschauplatz der Operation zu verlegen. Die Basedowsymptome sind, wie schon erwähnt, bis auf den heutigen Tag fortgeblieben; der letzte von diesen 4 Patienten wurde vor drei Jahren operiert.

Zwei meiner operierten Patienten hatten ausgesprochenen Exophthalmms gehabt, der mitsamt dem Graefeschen und Moebiusschen Symptom verschwand; dagegen verblieb bis heute das Stellwagsche Zeichen in gewissem Grade; um mich laienmässig auszudrücken — ein starrer Blick.

Ausgegangen von der Richtigkeit des thyreogenen Wesens des Morbus Basedowii muss natürlich mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass auch nach der Operation kranke Drüsenteile zurückbleiben können. Diese Ueberlegung gibt auch den Gesichtswinkel, in welchem die von Th. Kocher vorgeschlagene mehrzeitige Operation ins Auge zu fassen ist. Auch die erwähnte Ligatur der Drüsengefässe auf der nicht exstirpierten Drüsenhälfte — rechnet hiermit.

Gewisse Bedingungen, — Bedingtheiten oder Einschränkungen für die Operation sind gewiss zu berücksichtigen, werden aber, — so meine ich — für diese Operation nicht mehr Bedeutung haben, wie für jeden anderen chirurgischen Eingriff.

Vor allem soll meiner Erfahrung nach erst dann operiert werden, wenn die übrigen anerkannten Therapien nicht ausreichen. Andererseits ist leicht gesagt: der Patient müsse wenigstens ein Jahr hindurch mit Klimatotherapie, Hydrotherapie, Diät, Serum etc. behandelt werden bevor er dem Messer zu überantworten sei. Zeit, Geld und Geduld sind Artikel, die bekanntlich nicht Jedermann zur Verfügung stehen. Aus diesem sehr einfachen Grunde ist es vielfach so ergangen, dass der betreffende Patient trotz allen ärztlichen Rates die unverzügliche Operation bevorzugte.

Noch wesentlicher als die voroperative unblutige Behandlung scheint mir die Behandlung nach der Operation zu sein. Eine nicht geringe Anzahl von Patienten ist bei mir Revue passiert, Patienten, welche nach der Operation trotz Verlustes der Basedowischen Symptome an allerlei nervösen Erscheinungen krankten, weil sie nach erledigter Operation direct an die Arbeit gegangen waren.

Eine der wesentlichsten Bedingungen für ein gedeihliches Operieren ist die kritische Auslese der Fälle. Vor Jahren ist es mir mehrfach passiert, dass Dr. P. Klemm Fälle zurückwies, die ich ihm zur Operation vorstellte. Die allzu grosse Erregbarkeit der psychisch degenerierten Patienten war, wie ich mich erinnere, das Motiv für ein Refusieren der Operation. Bis heute habe ich selbst die Maschen des prüfenden Siebes soweit verengert, dass ich den Heilungsprocentsatz meiner operierten Patienten den ersehnten 100 bedeutend näher zu bringen hoffe.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Vor allem möchte ich warnen oder wenigstens zu grosser Vorsicht raten gegenüber den Fällen, die neben der Basedowschen Krankheit noch eine Erkrankung aufzuweisen haben. Hierbei vernachlässige ich absichtlich die Frage, in welchem Causalnexus diese Erkrankungen zum Morbus Basedowii stehen. Unter meinen 132 Patienten gab es 17 Psychopathen, 14 vitia cordis, 12 Hysterische, 5 gynäkologische Erkrankungen, 5 Fälle von Chorea, 4 in ernstem Grade Anaemische, 3 Phthisiker, 2 Arthritiker, 1 Lues. Im ganzen sozusagen 66 Doppelfälle, also: 50%. Ich will nicht in Abrede stellen, dass von diesen Doppelfällen viele mit gutem Erfolge operiert werden könnten; doch soll der betreffende Nervenarzt oder Internist nicht versäumen, den Chirurgen darüber zu informieren, dass eine derartige Doppelerkrankung vorliege. Die Operation entfernt natürlicherweise weder die Psychopathie noch die Hysterie, weder die Ovarienerkrankung noch das vitium cordis. Sehr wichtig ist bei den erwähnten Doppelfällen — vor allem den Patienten selbst oder seine Umgebung vor unberechtigten Erwartungen und vor Enttäuschungen zu bewahren; denn letztere tragen ein Wesentliches dazu bei, die Operation des Basedowkropfes in Misskredit zu bringen. Ich erinnere an analoge Fälle aus der Gynäkologie, die ja den Collegen, besonders den Nerven- und Frauenärzten zum Ueberdrusse bekannt sind; ich meine das ganze Heer der hysterischen Frauen, denen nach längerem oder kürzerem Drängen schliesslich womöglich alle Beckenorgane entfernt wurden.

Der Menschheit ganzer Jammer fasst den Beobachter an beim Anblick dieser Invaliden; sie hatten alle Karten auf den einen Trumpf — die Operation — gesetzt und mussten nun post- statt pränumerando sich mit dem schmerzlichen Bewusstsein abfinden, genau dieselben Hystericae zu sein wie ehedem; nur noch schlimmer, denn mit der alten Hysterie verbindet sich das neue Bewusstsein der unwiederruflichen Verstümmelung und damit die Klage und Anklage über verpfuschte Existenz. Solche und ähnliche Patientinen sollten in Ruhe gelassen werden.

Der den Medicinern gemachte Vorwurf allgemeiner Unbildung erstreckt sich, so sagen andere Fachleute, nicht zum Mindesten auf die Neigung der Aerzte, sich aus viel zu kleinen Zahlenreihen statistische Schlussfolgerungen zu gestatten. In der Absicht, auch die Statistik reden zu lassen, ohne dem erwähnten Fehler zu verfallen, habe ich mich bemüht — von meinen Beobachtungen abgesehen — mir die bisherigen chirurgischen Publicationen zugänglich zu machen.

Für meine statistischen Aufstellungen habe ich folgende Chirurgen berücksichtigt: Th. Kocher[59]), Rehn[60—61]), Tillaux[62]), Starr[63]), Heydenreich[64]), Sorgo[65]), Mikulicz[66]), A. Kocher[67]), Kümmell[68]), Riedel[69]), P. Klemm[70]), Lemke[71]), Garvé[72]), Krönlein[73]).

Bei dieser Zusammenstellung kommt freilich ein Heilungsprocentsatz zustande, der eventuell nicht genügen mag, um definitives Vertrauen zu erwecken, doch muss von vornherein betont werden, dass einige der erwähnten Autoren zu recht ungünstigen Resultaten gelangt zu sein angeben. Allerdings handelt es sich hierbei um Chirurgen, die nur kleine Zahlenreihen zur Verfügung stellen konnten und deren Technik aus diesem Grunde in Frage gezogen werden darf. Th. Kocher mit seinen ca. 300 Fällen erweitert die Grenzen für die Operations-Indication um so mehr, je mehr er operiert. Hiernach und nach allem, was wir den Publicationen Kochers entnehmen können, ist bei ihm die Sichtung des zu operierenden Materiales durchaus keine besonders strenge und trotzdem kommt er auf einen Heilungsprocentsatz von 75.

Dabei hat Kocher den Begriff der Heilung streng gefasst: er verlangt vor allem normale Herzverhältnisse und volle Arbeitsfähigkeit. Derartige Heilresultate werden auf dem unblutigen Wege nicht erzielt, weder die 75% Kochers, noch die 20% aller Chirurgen insgesamt — sondern nur 10%.

Bei weiterer Berücksichtigung aller für die Operation des Basedowkropfes in Betracht kommenden Bedingungen und Voraussetzungen möchte ich noch auf Folgendes eingehen; hier, wie bei allen Operationen sei die Fragestellung nicht die: kann der Patient durch den Chirurgen gesund gemacht werden? — sondern: Wieviel und Wievielen kann durch die Operation geholfen werden? Jede Art von Operation hat aufzuweisen: 1) genesene, 2) gebesserte, 3) ungebesserte, 4) verschlimmerte, 5) letale Fälle. Genau so und nicht anders verhält es sich mit der Kropfoperation beim Morbus Basedowii.

Sobald ein neues Heilverfahren aufkommt, regt sich parallel mit dem kritiklosen Enthusiasmus der Skepticismus der Laienwelt, wie die Kritik der Aerztewelt und das Kind wird mit dem Bade ausgeschüttet, weil die verunglückten Fälle nicht fehlen, zumal, solange das Verfahren neu ist und die Technik noch in den Kinderschuhen steckt.

Selbst, wenn der Procentsatz der Geheilten geringer sein sollte als bei jeder anderen Operation, hätten wir an der chirurgischen Behandlung des Basedowkropfes festzuhalten, um der noch so geringen Zahl der Geretteten willen. Zum Schlusse sei es mir gestattet, in Kürze dasjenige zu recapitulieren, was als Voraussetzung, als Bedingung oder Einschränkung der Operation in Betracht kommt:

1) Die therapeutische Behandlung vor der Operation.

2) Die therapeutische Behandlung nach der Operation.

3) Es soll ausschliesslich die Beeinflussung der Basedowischen Symptome erwartet werden.

4) Der Massstab für die Heilung soll lediglich die Erlangung der Arbeitsfähigkeit seiu.

5) Nicht alle Fälle von Morb. Basedowii können ausnahmslos der Operation unterzogen werden, vor allem müssten Doppelfälle mit der grössten Vorsicht prognosticiert resp. zurückgewiesen werden. Vor allem aber ist der Patient resp. seine Umgebung vor unberechtigten Erwartungen zu warnen und auszuhüten.

Literatur.

1) Lubsarsde: Ein Beitrag zu der mit Struma, Exophthalm. und Affection des Herzens verbundenen Krankheit. Caspers Wochenschrift. Nr. 4. 1850. 2) Huffs: Zur Pathogonie der eigentümlichen mit Affection des Herzens, Struma und Exophthalm. verbundenen Krankheit. Caspers Wochenschr. Nr. 29, 30, 48 und 49. 1849. 3) Gros: Note sur une maladie peu connue désignée sous le nom de cachexie exophthalmique. Gaz. de Paris 14. 1857. Arch. gén. de Méd. p. 238. 4) Gros: Du goître exophth. Gaz. hebd. 50. 1864. 5) Gros: Etude sur le goître exophth. Thèse de Paris 1884. 6) Taylor: The traitement of exophth. goitre. Med. News. LXIII 25 und 26. 1893. Schmidts Jahrb. 241. p. 138. 7) Taylor: Exophthalmie goitre and fright. Boston med. and surg. Journ. May 2. 1901. Schmidts Jahrb. 271, p. 183. 8) Buschang: Die Based. Krankheit. Von der Berliner Hufeland-Gesellsch. preisgekr. Arbeit. Fr. Deuticke. Wien und Leipzig 1894. Schmidts Jahrb. 245. S. 185. 9) Buschang: Kritik der modernen Theorien über die Pathogenese der Based. Krankheit. Wiener med. Wochenschrift XLIV. 51, 52. 1894. XLV. 1. 1895. Schmidts Jahrb. 245. S. 135. 10) Buschang: Ueber die Diagnose und Therapie des Morb. Based. Deutsche med. Wochenschrift. XXI. 21. 1895. Schmidts Jahrb. 247. S. 24. 11) Burschang: Basedowsche Krankheit. Sond. Abdr. aus der Real-Encyclopedie d. ges. Heilkunde. Encyclop. Jahrb. VI. 1896. Schmidts Jahrbuch. 251. S. 128. 12) Brück: Zur Pathologie des Hydrops oculi. Amons Zeitschr. f. Ophthalm. IV. 3. u. 4. S. 460. 1835. 13) Brück: Buphthalmus hystericus. Wochenschr. f. d, ges. Heilkunde, herausg. von Dr. Casper. Nr. 28. 1840. 14) Brück: Rückblick auf die 3 letztverflossenen Saisons in Driburg. Caspers Wochenschr. Nr. 18. 1848.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

15) Brück: Klinische Beobachtungen und Bemerkungen aus Bad Driburg. Deutsche Klinik. Nr. 21. S. 207. 1862. 16) Köben: De exophthalmo ac struma cum cordis affectione. Diss. inaug. Resol. 1855. 17) Abadie Ch.: Morb. Based. als Sympathicuskrankheit. Semaine médicale. XVI. 53. p. 421. 1896. Schmidts Jahrb. 253. S. 130. 18) Abadie Ch.: Nature et traitement du goitre exophthalmique. Séance de l'Acad. de Méd. de Paris du 6 Juillet 1897. Progrès méd. 3 S. VI. 28. 1897. Schmidts Jahrb. 255. S. 138. 19) Benedict M.: Ueber die Based. Krankheit. Aerztl. Zeitschr. f. pract. Heilk. 14. 1865. 20) Benedict M.: Ueber Morbus Basedowii. Wiener med. Presse. 52. 1869. 21) Cros A.: Hypertrophie du corps thyreoide accomp. de névropathie du coeur et d'exophthalmie. Gaz. hebd. p. 547. 1862. 22) Gauthier G.: De la cachexie thyreoïdienne dans la maladie de Basedow. Lyon. méd. LVIII. 22. p. 119. 1888. Schmidts Jahrb. 219. S. 31. 23) Gauthier G.: Du goitre exophthalm. consideré au point de vue de sa nature et de ses causes. Revue de Méd. X. 5. p. 400. 1890. Schmidts Jahrb. 227. S. 145. 24) Gauthier G.: Corps thyreoïde et maladie de Basedow, Lyon méd. 2. 3. 4. Janv. 1893. Schmidts Jahrb. 248. S. 23. 25) Möbius R. J.: Schilddrüsentheorie. Schmidts Jahrb. 210. S. 237. Juli 1886. 26) Möbius: Ueber das Wesen der Based. Krankheit. Centralblatt f. Nervenheilkunde X. 8. 1887. 27) Möbius: Ueber Morbus Basedowii. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. I. 5. u. 6. S. 400. 1891. 28) Möbius: Ueber die Operation bei Morb. Based. Münchener med. Wochenschrift. XLVI. 1. 1899. Schmidts Jahrbuch 262. S. 131. 29) Möbius P. J.: Ueber Serumbehandlung bei Based. Krankheit. Neurol. Centralblatt. XX. p. 1064. 1901. 30) Möbius P. J. Ueber das Antithyreoidin. Münchener med. Wochenschrift. 4. 1903. 31) Möbius: Ueber die Basedowsche Krankheit. 2. vermehrte Aufl. Wien. 1906. Alfr. Hölder. 32) A. Eulenburg: Die Based. Krankheit nach ihrem heutigen Stande in Theorie und Praxis. Deutsche Klinik von Leyden und Klemperer. 1906. 33) Thomson W. H. Graves disease with and without exophthalmic goitre. New-York 1904. W. Wood and Co. 8. 143. pp. Schmidts Jahrb. 283. S. 238. 34) P. Kowalewsky: Myxoedeme on cachexie pachy dermique. Arch. de Neurol. XVIII. S. 422. 1884. Schmidts Jahrb. 227. S. 147. 35) A. Joffroy et Ch. Achard: Contribution a l'anatomie pathol. de la maladie de Basedow. Arch. de Méd. expér. V. 6. p. 807. 1893. Schmidts Jahrb. 241. S. 138. 36) H. Williams: Graves disease and Myxoedema. Brit. med. Journ. April 15. 1893. Schmidts Jahrb. 240. S. 147. 37) J. Putnam: Cases of myxoedema and acromegalia treated by sheeps thyreoid with benefit: recent observations respecting the pathology of the cachexias following disease of the thyroid; clinical relationships of Graves disease and acromegalia. Amer. Journ. of med. Sc. C. VI. 2. p. 125. 1893. Schmidts Jahrb. 240. S. 147. 38) W. W. Baldwin: Some cases of Graves disease, succeded by thyroid atrophy. Lancet I. 3. 1895. Schmidts Jahrb. 247. S. 25. 39) P. Sollier: Maladie de Basedow avec myxoedème. Revue de Méd. XI. 12. p. 1600. 1891. Schmidts Jahrb. 234. S. 133. 40) v. Jaksch: Ein Fall von Morb. Based. mit Symptomen des Myxoedems. Prager med. Wochenschr. XVII. 49. 1892. Schmidts Jahrb. 238. S. 22. 41) G. R. Murray: Thyroid-secretion as a factor in exophth. goitre. Lancet II. 20. 1893. Schmidts Jahrb. 241. S. 136. 42) O. Lanz: Ueber Thyreoidismus. Deutsche med. Wochenschr. XXI. 37. 1895. Schmidts Jahrb. 248. S. 24. 43) Albr. Nothhafft, Freiherr v.: Ein Fall von arteficiellem, acutem theriogenem Morb. Based. Centralblatt für innere Medicin XIX. 15. 1898. Schmidts Jahrb. 258. S. 127. 44) Joffroy, A.: Nature et traitement du goitre exophth. Progrès méd. 2. S. XVIII. 51. 1893. XIX. 4. 10, 12, 13. 1894. Schmidts Jahrb. 241. S. 136. 242. S. 146. 45) Heinsheimer, Friedr.: Entwickelung und jetziger Stand der Schilddrüsenbehandlung. Münchener med. Abhandl. 9. Reihe. 1. Heft. München 1895. 46) W. S. Greenfield: On some diseases of the thyroid. gland. Brit. med. Journ. Des. 9. 1893. Schmidts Jahrbuch 241. S. 135. 47) Renaut: Schilddrüse und Morb. Basedowii. (Vers. franz. Neurologen zu Bordeaux) Semaine méd. XV. 39. 1895. Schmidts Jahrb. 248. S. 22. 48) M. Soupauls: Maladie de Basedow datant de huit mois, traitée par la thyroïdectomie partielle; morb.; autopsie avec examen histologique des organes; Discussion sur la valeur des lésions thyroïdiennes. Révue neurol. V. 22. 1897. Schmidts Jahrb. 257. S. 129. 49) E. Ehrich: Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis des Morb. Basedowii. Beitr. zur klin. Chir. XXVIII. 1. p. 97. 1900. Schmidts Jahrb. 268. S. 132. 50) E. Farner: Beiträge zur pathol. Anat. des Morb. Basedowii mit besonderer Berücksichtigung der Struma. Virchows Archiv CXLIII. 3. p. 509. 1896. Schmidts Jahrb. 250. S. 129. 51) G. Haemig: Anat. Unters. über Morb. Based. Arch. f. klin. Chir. LV. 1. p. 1. 1897. Schmidts Jahrb. 256. S. 127. 52) W. Edmundt: Observations and experiments on the pathology of Graves disease. Transact. of the pathol, Soc. of London. XLVI. p. 224. 1895. Schmidts Jahrb. 249. S. 139. 53) W. Edmundt: Pathology of Graves disease. Brit. med. Journ. May 15. 1895. p. 1146, Schmidts Jahrb., 248. S, 26. 54) Langerhans. 55) H. Oppenheim: Lehrb. der Nervenkrankheiten. Bd. II. p. 1378. 56) O. Lanz: Ein Vorschlag zur «diätetischen» Behandlung Basedow-Kranker. Corr. Blatt f. Schweizer Aerzte. XXIX. 23. 1899. Schmidts Jahrb. 265. S. 29. 57) Foemid: Fünf Fälle von Based. Krankheit unter Röntgenbehandlung. Münch. med. Wochenschrift. 1907. Heft 17. 58) Sklodowski: Ein Fall von Based. Krankheit mit Anwendung der Röntgentherapie. Gazeta lekarska. Nr, 7. 1907. 59) Th. Kocher: Bericht über weitere 250 Kropfexstirpationen. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. XIX. 1. 2. 1889. 60) L. Rehn: Ueber d. Exstirpation des Kropfes bei Morb. Based. Berliner klin. Wochenschr. XXI. 11. 1884. 61) L. Rehn: Die chirurg. Behandlung des Morb. Based. Mitteil. aus den Grenzgebieten. VII. 1. p. 165. 190. 62) Tillaux: Thyroïdectomie pour un goître exophth. Bull. de l'Académie de Méd. de Paris. Avril 27. 1880. Schmidts Jahrb. 210. S. 283. Bull. de la Soc. de chirur. Août 3. 1881. 63) M. Starr: On the nature and treatment of exophthalmic goitre with special reference to the thyroid theory of the disease and to the treatment thyroidectomy. Med. News. LXVIII. 6. p. 421. April 1896. 64) A. Heydenreich: Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Semaine méd. XV. 32. 1895. Schmidts Jahrb. 248 S. 26. 65) J. Sorgo: Die operative Therapie der Basedow-Kranken. Centralbl. f. die Grenzgeb. d. Med. u. Chir, I. 6—9. 1898. Schmidts Jahrb. 259. S. 129, 260, 20, 261, 180. 66) J. Mikulicz: Ueber die chirurg. Behandlung der Basedowschen Krankheit. Vortrag vor dem Chirurgencongress mit Verhandlung. Berl. klin. Wochenschrift. XXXII. 19. 1895. Schmidts Jahrb. 247. S. 25. 67) A. Kocher: Ueber Morb. Based. Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chirurgie. IX. 1. u. 2. S. 1. 1902. Schmidts Jahrb. 274. S. 57. 68) Kümmell: Ein Fall von operiertem Morb. Based. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 27. 1893. 69) B. Riedel: Chirurg. Behandlung der Based. Krankheit. Handbuch der speciellen Therapie. Von Pentzoldt u. Stintzing. V. Bd. 2. Teil. 3. Aufl. 1903. Schmidts Jahrb. 251. 129. 70) P. Klemm: Die operative Therapie des Morb. Based. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 86. Heft 1. 71) F. Lemke: Ueber chirurg. Behandlung des Morb. Based. Deutsche med. Wochenschr. XVII. 2. 1891. XVIII. 11. 1892. XX. 42. 1894. 72) Garvé: H. Oppenheim. Lehrb. der Nervenkrankheiten. Bd. II. p. 1381. 73) Krönlein: ibidem.

Ueber Oxalurie und Phosphaturie.

Vortrag, gehalten im Verein pract. Aerzte za Libau am 4. December 1908.

Von

Dr. med. V. Zoepffel.

Gestatten Sie mir, meine Herren, heute Ihre Aufmerksamkeit für einige Minuten in Anspruch zu nehmen, um einige Störungen im Eiweissstoffwechsel zu besprechen, die nicht eben selten vorzukommen pflegen. Es handelt sich hier um die Oxalurie und die Phosphaturie. Es ist mir nämlich letzthin in kurzer Zeit zweimal passiert, dass Kranke mit der Diagnose Cystitis zu mir kamen, bei denen ich letztere Erkrankung ausschliessen und lediglich jene Störungen feststellen konnte.

Wie Sie wissen, m. H., versteht man unter der in höherem Grade etwas seltener vorkommenden Oxalurie eine Stoffwechselanomalie, bei der ausser gelöster Oxalsäure mehr oder weniger oxalsaurer Kalk im Harn-Sediment vorhanden ist. Mikroskopisch erscheint er in Octaëdern, den sogen. Briefcouverts, in Prismen oder in kugelförmigen Aggregaten, die mitunter infolge einer Einschnürung Sanduhr- resp. Hantelform zeigen. Das Sediment löst sich nicht in Essigsäure, dagegen leicht in Salzsäure, doch möchte ich hierbei hervorheben, dass Oxalate fast nur in Gegenwart von Tripelphosphaten sedimentieren, sonst sieht man sie nur in Form von zahllosen kleinen glitzernden Partikelchen im Urin herumschwimmen.

Bekanntlich wird ja die Oxalsäure sehr häufig im menschl. Organismus in geringen Mengen — nach Fürbringer bis zu 20 Mgr. täglich ausgeschieden, wobei sie nach den an der Heubnerschen Klinik von Parker Sedgwik angestellten Untersuchungen von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindern in relativ grösseren Mengen produciert wird, wie von Erwachsenen; doch ist Letzteres nach Guyon in Paris auf arme, schlecht und unrationell genährte Kinder zu beziehen, die fast nur auf vegetabilische Nahrung angewiesen sind.

Guyon stand sogar so, dass er die Bildung von Oxalat-Steinen immer bis ins Kindesalter zurückverlegt angesehen wissen wollte.

Hierbei kommen wir auf die Frage: woher stammt eigentlich die Oxalsäure und müssen gestehen, dass sie noch immer nicht nach allen Richtungen hin vollständig geklärt erscheint.

Jedenfalls nimmt man eine exogene und eine endogene Provenienz an.

Bei der exogenen Form handelt es sich wohl immer nur um die alimentäre Einverleibung, wobei die Oxalsäure keineswegs immer schon präformiert zu sein braucht: wissen wir doch, dass der Genuss von Schaumwein Krystalle von Oxalsäure im Harn erscheinen lässt, der vorher keine solche enthielt. Anders steht es dagegen mit einigen sehr gebräuchlichen Genuss- und Nahrungsmitteln; so enthalten z. B. Tomaten bis 0,05, Chocolade bis 0,9, Kaffee bis 0,12, grüne Erbsen — 0,2, Tee 2—3,7, Cacao 3,5—4,5, Pfeffer 3,25, Spinat 1,9—3,2, Rhabarber 2, 4 und Sauerampfer 2,75—3,63 Oxalsäure in 1 kg. (Esbach)! Doch dürfen wir uns nicht vorstellen, dass die per os verabreichte Säure unverändert durch den Harn wieder ausgeschieden wird. Jedenfalls steht wohl heute die Mehrzahl der Autoren so, dass sie eine mehr oder weniger vollständige Verbrennung derselben im Organismus annimmt, so lange er nur gesund ist.

Sehr interessant sind in dieser Hinsicht die Experimente von Chabrié vom Hôpital Necker in Paris, die er an sich selbst einen vollen Monat hindurch anstellte. Trotzdem er während dieser Zeit fast ausschliesslich oxalsäurehaltige Nahrung zu sich nahm, konnte er nie den Uebergang dieser Säure in den Harn constatieren. Der Zufall wollte es, dass er ein Jahr später an einer heftigen Dyspepsie erkrankte, die ihn sehr herunterbrachte. Bei einer gelegentlichen Untersuchung seines Harns constatierte er das Vorhandensein von Oxalsäure resp. deren Salze, die auch trotz entsprechender Diät nicht schwanden, ehe er vollständig gesund geworden war (Guyon).

Dass der Chemismus der Verdauung resp. eine Anomalie derselben eine Rolle bei der Bildung und Ausscheidung dieser Säure spielt, geht auch aus den Versuchen von Dunlop hervor. Er beobachtete, dass bei gleichbleibender Diät die Oxalsäure-Menge im Harn bei Zufuhr von Salzsäure und Milchsäure stieg, bei Verabreichung von Chlorcalcium abnahm. Danach ist also die Acidität im Magendarmtractus von grossem Einfluss auf die Resorption der per os einverleibten Oxalsäure. Nun tritt diese aber auch im Harn bei Fleisch- und Fettnahrung auf, also bei rein animalischer Kost, so dass wir gezwungen sind, eine endogene Entstehung durch irgendwelche Umsetzungen im Körper anzunehmen. Dass Oxalsäure aus Kohlehydraten entstehen könne, wird auf Grund zahlreicher Untersuchungen geleugnet, obgleich nach Fürbringer und Cantani ein Zusammenhang zwischen Diabetes und Oxalurie mehrfach beobachtet worden ist. Aus der bei animalischer Nahrung sich bildenden Harnsäure resp. dem Oxydations-Product derselben, dem Allantoin, dann aus dem Kreatin und der Oxalursäure kann jedenfalls Oxalsäure entstehen und im Urin erscheinen, wenn sie nicht weiter zur Kohlensäure verbrannt wird.

Vor allem haben wir daran festzuhalten, dass die Oxalurie keine Krankheit sui generis ist, sondern dass sie als Ausdruck einer Herabsetzung der Oxydations-Energie des Organismus aufzufassen ist. So kann uns dann auch nicht Wunder nehmen, dass sie dann zu erscheinen pflegt, wenn Letzterer durch Krankheit verschiedener Art geschwächt worden ist: so bei Lungentuberculose, Peritonitis, perniciöser Anämie, Typhus abdominalis, Diabetes und namentlich oft bei nervöser Dyspepsie und sonstigen neurasthenischen Zuständen verschiedenster Provenienz. Bei Erkrankungen, die mit Dyspnoe einhergehen, tritt Oxalurie fast immer auf.

Die Therapie ergibt sich aus dem Gesagten von selbst: Behandlung des Grundleidens, Hebung des Gesamtstoffwechsels — nach der Empfehlung von Pfeiffer in Wiesbaden besonders durch warme Bäder —, Regelung der Diät und Zufuhr von Alkalien.

Letztere gibt man in der Absicht, die Oxalsäure schon im Darm in schwer lösliches und folglich auch schwer resorbierbares Salz umzuwandeln. Doch muss man den Urin hierbei fortlaufend controllieren, weil man ja doch die Acidität desselben nicht zu sehr herabsetzen darf, um ein Ausfallen der Oxalate zu verhindern. Tritt das doch ein, so hat man ausschliessliche Fleischdiät anzuordnen. Das Eiweiss bildet bekanntlich bei seiner Oxydation starke Säuren, die die Acidität wieder erhöhen und somit auch die Löslichkeitsbedingungen der Oxalsäure. Gleichzeitig ist durch Zufuhr von grösseren Flüssigkeitsmengen, am besten von gewöhnlichem Wasser, die Diurese anzuregen, um die kleinen spitzen Krystallchen, die die Nierenkanälchen und unteren Harnwege empfindlich zu reizen vermögen, hinauszuschwemmen.

Sehr viel häufiger als dieser Stoffwechselanomalie begegnen wir der Phosphaturie.

Der physiologische Urin enthält nach Guyon nicht weniger als 5 verschiedene Phosphate, von denen nur eins sauer ist, während die anderen neutral od. alkalisch reagieren. Die Menge der normaliter ausgeschiedenen Phosphorsäure kann zwischen 0,5 bis 2,0 variieren.

Bei dem pathologischen Zustand, den wir als Phosphaturie bezeichnen, braucht die Gesamtmenge der Phosphate keineswegs in jedem Falle vermehrt zu sein: es ist eben nicht die Menge der Salze, welche die Störung bedingt, sondern ihre Beschaffenheit. Es bildet sich im Urin kein saures Phosphat mehr, sondern nur alkalisches resp. neutrales, so dass er zur Alkalescenz neigt und dadurch ein Ausfallen der phosphorsauren Salze bedingt wird.

Den meisten von Ihnen, m. H., werden wohl solche Patienten begegnet sein, die Ihnen in mehr oder weniger grosser Aufregung berichten, dass sie einen Blasenkatarrh oder ein Nierenleiden hätten, weil sie seit einiger Zeit häufig unter Schmerzen oder auch ohne diese einen trüben fast wie Milch aussehenden Urin producierten, der beim Stehen reichlich sedimentierte, während der darüber stehende Urin klar und durchsichtig sei. Dabei klagen sie häufig über ziehende od. drückende Schmerzen im Kreuz und Perineum, welche auch zuweilen in beide Beine ausstrahlen, und über grosse allgemeine Nervosität. Fieber ist nicht vorhanden.

Untersuchen Sie nun den Urin, so finden Sie die Reaction desselben in der Regel amphoter, zuweilen ist er alkalisch, selten aber schwach sauer. Das Sediment löst sich in Salpetersäure leicht auf und enthält in Mengen die charakteristischen Krystalle der Phosphate.

Bei der Besprechung der Ursachen dieser Sediment-Bildung ist vor allem auf die Herabsetzung der Acidität des Harns hinzuweisen, welche ihrerseits wieder, wie gesagt, auf dem Fehlen des sauren Phosphats beruht. Dieses Moment genügt, — nach den Ausführungen von J. Wohlgemuth in Berlin — um den Ausfall der übrigen Phosphate herbeizuführen. Normalerweise zeigt bei gemischter Kost jeder Urin eben durch seinen Gehalt an saurem Phosphat eine saure Reaction. Wird dieses z. B. bei der Pflanzennahrung etwa der strengen Vege-

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

tarianer nicht genügend oder garnicht gebildet, so haben wir es mit der alimentären Phosphaturie zu tun.

Bei der echten Phosphaturie besteht von vornherein eine herabgesetzte Acidität. Da nun bekanntlich die Reaction im Harn abhängig von der Blutalkalescenz ist, so liegt es nahe, an eine Steigerung dieser zu denken. Sie kann erhöht sein durch Abgabe von Säuren oder reichliche Aufnahme von Alkalien. Ersteres tritt nach jeder Mahlzeit ein, wenn Salzsäure in dem Magen abgesondert wird; daher ist es eine durchaus physiologische Tatsache, wenn kurze Zeit nach dem Essen alkalischer Urin ausgeschieden wird. Späterhin wird bei fortlaufender Resorption der Urin wieder sauer.

Weiterhin und zwar viel häufiger haben wir es mit einer Störung der Functionen des Nierenparenchyms zu tun. Bekanntlich steht die Tätigkeit der Nierenzellen in hohem Masse unter dem Einflusse der Nerven, so dass sich vielleicht dadurch am leichtesten das häufige Zusammentreffen von Phosphaturie mit nervösen Erkrankungen erklären lässt. Wir hätten es dann also mit einer Secretions-Neurose zu tun. Ganz ungewöhnlich häufig sind Störungen in den Functionen des Urogenitalsystems, die im Anschluss von Gonorrhoe, Masturbation, Coitus interruptus etc. sich entwickeln, Ursache derselben.

Bei der Therapie der Phosphaturie haben wir ebenso wie bei der Oxalurie vor allem den Säuregehalt des Urins zu steigern. Wir erreichen das durch Entziehung der Gemüse- und Obstnahrung, sowie von Bier und Wein und Verordnung von reichl. Genuss von Fleisch.

Alkalien und alkalische Mineralwässer sind natürlich streng verboten, gestattet dagegen ein leichter Säuerling, wie Apollinaris, Giesshübler Sauerbrunn etc. oder eine leichte Kochsalzquelle.

Medicamentös kann man die Acidität des Harns erhöhen, wenn man Salzsäure, Salicylsäure oder Benzolsäure verordnet. Posner empfiehlt einige Tropfen der starken Trichloressigsäure mehrmals täglich zu geben. Handelt es sich um eine im Gefolge einer bacteriellen Erkrankung der Harnwege erscheinende Phosphaturie, so ist Salol, Urotropin (nur bei saurem Urin) oder Helmitol am Platz. Jedenfalls ist in allen Fällen der Phosphaturie ebenso wie bei der Oxalurie eine Anregung der Diurese durch reichliche Getränkeaufnahme durchaus indiciert und geboten.

Referate.

Dr. T. Heryng. Rachen- und Larynxsyphilis. Wiener Medic. Wochenschrift Nr. 44 und 45. 1908.

Die Rachen- und Larynxsyphilis verdient mehr Beachtung. Im Rachen kommen, ausser dem Primäraffecte, die luetische Angina, die Plaques und die Gummata mit Geschwüren besonders in Betracht. Die syph. Angina zeichnet sich durch ihre dunkel-rote bis bläulich-rote Färbung aus, ist nicht scharf am Velum begrenzt. Die typischen Plaques sind am häufigsten an den Mandeln, der Uvula und den vorderen Gaumenbögen. Zuerst erscheinen sie als leichter weisslicher Anflug, später als weisse rundliche oder zackige Flecke von milchiger Farbe, häufig von einer verdickten Epithelschicht bedeckt. An den Gaumenbögen öfter zackige Substanzverluste und Einkerbungen, an den Mandeln nach Abstossung der Beläge auch oberflächliche Substanzverluste. Eine wenig bekannte Localisation ist die laterale luet. Pharyngitis, wobei der hintere Gaumenbogen geschwollen ist und einseitige laterale rotgelbe Wülste sichtbar sind. Auf ihnen erscheinen kleine Knötchen, nach deren Zerfall kleine Geschwüre in Erscheinung treten. Das Syphilom des Rachens tritt am Velum oder der hinteren Pharynxwand auf, solitär oder multipel als diffuse oder knotige wachsartige Infiltration, die in speckige Geschwüre mit steilen Rändern übergeht. Sie greifen häufig auf Mandeln und Gaumenbögen über, vernarben und brechen wieder auf, hinterlassen weisse strahlige Narben. Die Gummata perforieren häufig in den Nasen-Rachenraum, zerstören die Uvula etc., auch Necrose des Knochens am harten Gaumen, führen Verwachsungen des Velum, Stenosen etc. herbei. Häufig schleichender schmerzloser Verlauf. Am Larynx sind das Erythem und die luetische Papel im Secundärstadium und die Gummata im tertiären zu unterscheiden. Meist lässt sich auch an anderen Organen, Haut, Schleimhäute, Lymphdrüsen, die Syphilis nachweisen. Die Papeln sitzen meist am Rande der Epiglottis, seltener auf den Bändern, an der hinteren Larynxwand und den Aryknorpeln. Neben Epithelverdickungen findet man erodierte Stellen, scharf umschriebene gelbliche Substanzverluste. Die tertiären Infiltrationen können mehr diffus oder mehr knötchenartig sein, an der Epiglottis häufig diffus, wodurch sie ein derbes »starres Aussehen erhält. Sobald die hintere Larynxwand, die Knorpel und die Stimmbänder diffus infiltriert werden, entstehen gefährliche Stenosen. Schneller Zerfall mit geringer Schmerzhaftigkeit sind für syphilitische Kehlkopfgeschwüre charakteristisch. Die Symptome der secundären Larynxsyphilis sind: Heiserkeit, Reiz im Halse, Husten, bei diffusen Infiltrationen noch Dyspnoe und selten Dysphagie. Die Prognose ist eine ernste, Recidive häufig. Bei der Differentialdiagnose kommt bes. Tuberculose und Carcinom in Frage. Für Lues charakteristisch ist die Art der Ränder, scharf, wie mit einem Locheisen ausgeschlagen, grauer, speckiger Grund, stark rote Umgebung, Indolenz, geringe Secretion, schnelle Ausbreitung. Therapie: locale Behandlung besteht in Sublimatalcoholbepinselungen nach vorheriger Cocainisierung, Aetzungen mit Chromsäure, Calomelinsufflationen. Die allgemeine Therapie ist die gewöhnliche mit Hg und Jod.

W. Schiele.

Adamkiewicz, Albert. Ueber den gegenwärtigen Stand der Krebsfrage. Vortrag, gehalten auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln a/R am 25. September 1908.

Verf. tritt hier noch einmal für seine seit etwa 20 Jahren verfochtene Theorie ein, nach der die Krebszelle ein körperfremder Parasit ist, der ein Gift, das Cancroin, produciert, während dieses seine Existenz beweisen muss. Es ist eine Verteidigungsrede gegen viele Gegner und nur ein Gewährsmann wird angeführt, der seiner Theorie das Wort geredet hat, aber leider ist dieser einzige L. Pfeiffer schon lange anderer Ansicht geworden und hat seine eigene Theorie auch aufgegeben. Ausser satyrisch-polemischen Ausfällen gegen alle die, die seine Ansichten nicht unbedingt acceptieren und die Krebszelle nicht für eine Amoebe besonderer Art mit colossaler Vermehrungsfähigkeit anerkennen wollen, bringt Ad. hier nichts neues, jedenfalls kein zwingendes Beweismaterial.

Ucke.

J. Steinhardt. Ueber die sogen. Pylorusstenose der Säuglinge. Fortschritte der Medicin Nr. 1. 1909.

An der Hand eines referierten Falles bespricht Verf. die Pylorusstenose der Säuglinge. Für die Aetiologie schliesst er sich den Autoren an, welche mit Pfaundler einen functionellen Spasmus des Schliessmuskels annehmen, ohne anatomische Veränderungen in der Pyloruswand, und verwirft die Theorie von Ibrahim, welcher eine angeborene Hypertrophie der Ringmuskulatur und dadurch bedingte Verengerung des Pylorus annimmt. Eingehende Besprechung der Lymphomotologie und Therapie.

F. Holzinger.

W. Hancken. Ueber die practische Bedeutung der Wassermann'schen Syphilisreaction. Fortschritte der Medicin Nr. 4. 1909.

Untersucht wurden 202 Fälle. Von diesen war:
1. Lues so gut wie ausgeschlossen: 28 Fälle — positiv 2, negativ 26.
2. Frischer Lues: 90 Fälle — positiv 67, negativ 23.
3. Infection fraglich: 84 Fälle — positiv 23, negativ 61.
Bei verschiedenen Stadien von Lues:
1. Primäraffect 17 Fälle — positiv 15, negativ 2.
2. Secundärstadium 52 Fälle — positiv 40, negativ 12.
3. Tertiärstadium 7 Fälle — positiv 7.
4. Spätperiode 20 Fälle — positiv 13, negativ 7.
5. Krankheiten des Centralnervensystems (Tabes, Paralyse etc.) 15 Fälle — positiv 9, negativ 6.
6. Lues hereditaria 3 Fälle — positiv 3.

Die Hauptleistung der Wassermanns'chen Reaction liegt nach Verf. auf dem Gebiete der Diagnose. Für die Prognose kann man nur sagen, dass eine negative Reaction günstiger sei, als eine positive.

F. Holzinger.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Pütter. Organologie des Auges. Handb. d. gesamt. Augenheilkunde. Zweite Auflage 1908.

Für das vorliegende, sehr lesenswerte Werk, das sich nicht an den Practiker sondern den Naturforscher unter den Medicinern wendet, hat Pütter in Anlehnung an Leuckart die Bezeichnung Organologie gewählt, um anzudeuten, dass er das Problem des Auges als eines Organes hat behandeln wollen; die vergleichende Anatomie, vergleichende Physiologie und Biologie sind ihm nur die Methoden zur Erreichung dieses Zieles. Es lässt sich nicht leugnen, dass die vielseitige Betrachtungsweise, welche das Sehorgan infolge dieser Auffassung erfährt, die Lectüre des Werkes ausserordentlich interessant macht. Andererseits vermissen wir eine compendiöse und systematische Zusammenstellung der bekanntgewordenen Tatsachen, die wir zum Ausgangspunct eigner Untersuchungen machen könnten. Aber das zu bieten, hat der Autor nicht beabsichtigt und verweist in dieser Hinsicht auf die «Jahresberichte» und «Ergebnisse». Er gibt uns eine subjectiv gefärbte Einführung in das Studium. Die vielen anregenden Hinweise und Ausblicke, sowie die Betonung des Gemeinsamen scheinen uns in einer Zeit der Detailforschung ein besonderes Verdienst zu sein. Ein allgemeiner Teil handelt von Licht und Lichtwirkungen, Lichtreizbarkeit und Lichtsinn und einigen anderen Fragen. Im speciellen Teil werden zuerst die Teile der Lichtsinnorgane abgehandelt. Der Abschnitt über die Accomodationsapparate ist allerdings durch die soeben veröffentlichten Untersuchungen von C. Hess (Arch. f. Aug. 62. Heft 4) überholt worden und daher in manchen Teilen nicht mehr gültig. Es folgt eine Schilderung der Augentypen nach physiologischen, systematischen und morphologischen Gesichtspuncten. In dem Schlussabschnitt werden die Beziehungen der Lichtsinnorgane im Verbande des Organismus behandelt. Das Werk ist mit zahlreichen Abbildungen versehen.

Ischreyt.

Wang-in-Hoai: Gerichtliche Medicin der Chinesen. Nach der holländischen Uebersetzung von C. F. M. de Grys herausgegeben von Dr. H. Breitenstein. Leipzig. Th. Griebens Verlag. 1908. Pr. M. 4.

Das vorliegende Buch ist ein Instructionsbuch für die staatlichen Leichenbeschauer in China, die Bezirksrichter. Aerzte werden nicht hinzugezogen. Es werden sehr sorgfältige Weisungen zur Aufnahme des Protocolles gegeben und für die gerichtliche Untersuchung, alle nur denkbaren Todesarten angegeben und die sie charakterisierenden Erscheinungen an der Leiche beschrieben. Manches ist richtig beobachtet (Unterschiede zwischen Leichenflecken und Blutextravasaten, im Leben und nach dem Tode beigefügte Verletzungen etc.), im Allgemeinen aber beherrscht die Angaben eine derartige Unkenntnis der Anatomie, Physiologie und überhaupt der einfachsten wissenschaftlichen Beobachtung und Forschung, dass man nur mit Schaudern an die unausbleiblichen Irrtümer und Opfer eines derartigen Systems und derartig absurder Vorstellungen und Anschauungen denken kann. Tor und Tür sind unter diesen Umständen Betrug und Täuschung geöffnet. Wir werden uns weniger über diesen, selbst bei dem bekannten Conservatismus der Chinesen, merkwürdig berührenden Umstand wundern, wenn wir erfahren, dass die letzte Auflage dieser gerichtlichen Medicin im Jahre 1796 erfolgt ist, also vor mehr als 100 Jahren. Da ein Bedürfnis nach Verbesserung und einer Neu-Auflage aber offenbar nicht vorliegt, so muss man annehmen, dass auch keine Fortschritte zu verzeichnen sind. Eine Section wird nicht vorgenommen, nur die Knochen dürfen zur Untersuchung herausgelöst werden. Die einzige chemische Reaction ist das Einführen einer Silbersonde in den Schlund, um an deren Schwarzwerden eventuelle Gifte und Vergiftungen erkennen zu können. Die Nachkommen können die Gebeine ihrer Vorfahren dadurch identificieren, dass sie von ihrem Blut einige Tropfen auf die Knochen aufträufeln; wird das Blut aufgesogen, so handelt es sich um die Gebeine der Vorfahren! Blutsverwandschaft zwischen 2 Menschen lässt sich dadurch constatieren, dass man Blutstropfen ins Wasser fallen lässt; vereinigen sie sich, so handelt es sich um Blutsverwandte! Die Farbe des Schambeins einer Frau gestattet den Schluss, ob sie ihr ganzes Leben lang nur mit einem Manne Umgang gehabt hat, oder mit mehreren. Derartiger Unsinn findet sich nicht vereinzelt, sondern es liessen sich viele Beispiele herausgreifen.

Der Uebersetzer, Dr. B., glaubt aus den Lehren der gerichtlichen Medicin der Chinesen einen Beweis für die grosse Immoralität dieses merkwürdigen Volkes ziehen zu können. Mir scheint, er geht darin zu weit und weiter, als das Studium und die Lektüre des Buches es gestattet. Wir sehen, dass die Richter wiederholt in ernstester Weise ermahnt werden, alles aufzubieten, um die Wahrheit zu ermitteln und dem Rechte zum Siege zu verhelfen. Die Leichenschau soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden, die Vorschriften zur Untersuchung sind bis ins äusserste Detail ausgeführt, um dieses zu erreichen.

Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas. In jedem Falle ist das Buch interessant in kulturhistorischer Beziehung und beachtenswert als ein Document, das uns einigen Einblick in das uns so schwer fassliche Seelenleben der Chinesen ermöglicht.

W. Schiele.

A. Grinewsky: Der Verband der französischen Turnvereine (Союзъ французскихъ гимнастическихъ обществъ). St. Petersburg. 1908.

In seinem im Verein «Богатырь» gehaltenen Vortrage weist G. auf die grosse Bedeutung der Turnvereine in Westeuropa hin. Dem Beispiel Deutschlands, das am 1. Januar 1907 7787 Turnvereine mit 850 Tausend Mitgliedern zählte, ist Frankreich gefolgt, das in den letzten Jahrzehnten grosse Anstrengungen auf dem Gebiete des Turnwesens nach deutschem Muster gemacht hat. Im Jahre 1907 zählte man 1100 Turnvereine mit über 300 Tausend activen Mitgliedern und die französische Regierung fördert in energischer Weise in Schule und ausser derselben die Ausbreitung des Turnwesens, zum Beispiel, durch Vergünstigung, die den Turnern bei Ableistung der Wehrpflicht eingeräumt worden sind, rascheres Avancement etc. In Russland tritt immer mehr eine Degenerierung besonders der studierenden Jugend zu Tage, der nur durch Verallgemeinerung des Turnwesens und des Sportes entgegengewirkt werden kann. Der Verf. hofft, dass es auch in Russland bald zur Gründung eines Verbandes der «slawischen» Turnvereine kommen werde. Fürs Erste würde es wohl genügen, wenn man sich auf die Gründung eines «allrussischen» Turnverbandes beschränken wollte, der den § 4 der Statuten des französischen gleichfalls aufnähme. In diesem § ist gesagt, dass die Politik aus dem Verbande ausgeschlossen ist.

W. Schiele.

Therapeutische Notizen.

— Dr. W. Strauch. Diplosal, ein neues Salicylpräparat. Therap. Monatshefte, 1909, Nr. 2.

Verfasser erklärt das Bestreben, die Salicylsäure in einer anderen Form dem menschlichen Körper einzuverleiben aus den unangenehmen Nebenwirkungen der freien Salicylsäure. Diplosal ist ein neues synthetisch dargestelltes Salicylsäurepräparat, welches wegen seiner Schwerlöslichkeit theoretisch einen nur geringen Einfluss auf die Magenschleimhaut bedingt. Es ist ein geruch- und geschmackloses Pulver vom Schmelzpunct 147°. Nach seiner chemischen Zusammensetzung ist Diplosal der innere Ester der Salicylsäure, entstanden aus zwei Molekülen dieser Säure unter Austritt von einem Molekül Wasser. Diese Zusammensetzung hat zur Folge, dass inbezug auf den Salicylgehalt 100 Teile Diplosal 140—200 Teilen der anderen Salicylpräparate entsprechen.

Erprobt wurde das Präparat in mehr als 70 Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus, von Ischias, Pericarditis exsudativa, Arthritis gonorrhoica. Es waren in der Mehrzahl schwere Fälle der Polyarthritis rheumatica, zum grossen Teil mit Herzerkrankungen compliciert. Es wurden durchschnittlich 4 mal 1,0 g. gegeben und zwar vormittags gegen 10 Uhr, nachmittags um 4, 5 und 6 Uhr. Die Eisenchloritreaction trat nach der Einnahme von 1,0 g. Diplosal bereits nach 2 Stunden im Urin auf. Bei fieberhaften Gelenkerkrankungen wurde gewöhnlich schon nach 2—3 Tagen Fieberfreiheit, starke Abnahme der Gelenkschmerzen und Beweglichkeit beobachtet, ohne dass unangenehme Nebenwirkungen auf Herz, Magen und Nieren auftraten. Auch Mengen von 5—6 g. erzeugten keine Beschwerden.

In einem schweren Fall von Ischias konnte nur mit Diplosal die Behandlung durchgeführt werden, weil Natrium salicylicum Ohrensausen und Herzklopfen erzeugte. Besonders wirksam erwies sich Diplosal bei Recidiven, welche unter den mannigfaltigsten Behandlungen mit anderen Mitteln sich nicht bessern wollten. Fälle von Arthritis gonorrhoica konnten mit Diplosal und nachfolgender Elektrotherapie ausgeheilt werden. Verfasser empfiehlt das Diplosal ebenso sehr wegen seiner prompten und anhaltenden Wirkung als auch wegen des Fehlens von Nebenwirkungen selbst bei andauerndem Gebrauch. Er verspricht dem Präparat auch wegen des relativ billigen Preises eine gute Aufnahme in Aerztekreisen.

— Georg Tarrasch Ueber die Verwendung der Thyresoltabletten bei den gonorrhoischen Affectionen des weiblichen Urogenitaltractus. Deutsche Medicinal-Zeitung Nr. 9, 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Thyresol ist eins von den zahlreichen Präparaten, die aus dem Sandelöl hergestellt werden. Es ist ein Santalolmethyläther, der unverändert resorbiert wird. Verordnung in Tabletten, welche von den Elberfelder Farbenfabriken-Bayer in den Handel gebracht werden.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Aus dem soeben im Druck erschienenen «Bericht über den Gesundheitszustand und die Organisation der ärztlichen Hilfe in Russland pro 1906» entnehmen wir, dass der Coefficient der Sterblichkeit im betreffenden Jahr für das europäische Russland 29,2 pro mille betrug (einer der niedrigsten Coefficienten des letzten Decenniums); die Geburtsziffer betrug 45,9 auf Tausend, so dass der Zuwachs der Bevölkerung 16,7‰ betrug. Civilärzte gab es 17096 (gegen 15962 des Vorjahres), Feldscher und Feldscherinnen 21670, Hebammen 11032, Zahnärzte und Dentisten 4917, Pharmazeuten 8828. Hospitäler mit ständigen Betten sind 7100 verzeichnet, wobei die Zahl der Betten 167000 betrug. In Behandlung befanden sich in allen Hospitälern 2458207 Kranke, von denen 127921 starben, was ein Sterblichkeitsprocent von 5,2 abgibt. Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen gab es 133 mit 30671 Betten. Gebäranstalten, -asyle und -abteilungen sind 566 mit 4755 Betten verzeichnet, wobei die Zahl der Niedergekommenen 178377 mit einem Sterblichkeitsprocent von 0,5 betrug. Pasteur'sche Stationen gab es 20; Schutzimpfungen gegen die Tollwut wurden an 19068 Menschen vollzogen, von denen während und nach der Behandlung 106 Personen starben. Institute zur Herstellung von Kuhpockenlymphe gab es 56; die Zahl der Vaccinationen betrug mehr als 5000000, die Zahl der Revaccinationen 730000. Apotheken mit freiem Verkauf von Arzneien gab es im ganzen 4009. Von diesen waren 2460 Normalapotheken, 1378 Landapotheken, 1400 Apothekenabteilungen, 31 homöopatische. Feldscherschulen des Civilressorts gab es 39, hiervon 18 für Männer, 10 für Frauen und 11 für Personen beiderlei Geschlechts; Hebammen-Schulen 52. Wissenschaftliche ärztliche Gesellschaften gab es 178; hygienische Laboratorien 44. Die Gesamtausgaben für den medicinischen Teil betrugen 76000000 Rbl., davon entfielen 7% auf die Staatskasse, 24% der Ausgaben trugen die Städte, 17% Privatpersonen und Gesellschaften und 50% der Ausgaben wurde von den Gouvernements- und Kreislandschaftsämtern geleistet.

— Der Bau der 24 Cholerabaracken, der für den Fall eines Wiederausbruchs der Choleraepidemie in Petersburg in Angriff genommen war, ist fertiggestellt. Die Baracken sind für 10000 Kranke berechnet.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie hat die Frage über Einführung folgender, für die Studenten obligatorischer Fächer: Statuten des inneren und Garnisonsdienstes, Feldchirurgie, Felddesmurgie, Militärhygiene mit practischen Uebungen, Lehre von den Heereskrankheiten, Epidemien etc. einer speciellen Commission unter Vorsitz von Prof. N. Weljaminow zur Beratung übergeben.

— In St. Petersburg hat sich eine Gesellschaft für Versicherungswissenschaft gebildet, welche den Zweck verfolgt, die theoretischen und technischen Grundlagen des Versicherungswesens zu erforschen und auszuarbeiten. Mitglieder der Gesellschaft können Personen werden, die sich practisch mit dem Versicherungswesen beschäftigen oder wissenschaftlich sich auf diesem Gebiet betätigt haben. Vorsitzender der Gesellschaft ist der Gehilfe des Handelsministers, Geheimrat M. A. Ostrogradski. — In der letzten Sitzung der Gesellschaft, die am 2. März stattfand, wurde beschlossen, 4 Abteilungen zu gründen: eine mathematische, eine technische, eine juristische und eine medicinische. Es ist durchaus wünschenswert, dass sich recht viele Versicherungsärzte zum Eintritt in die Gesellschaft melden, damit eine medicinische Abteilung möglichst bald zustande komme. Bisher herrscht auf dem Gebiet der Versicherungsmedicin in Russland leider nur eine gewisse Routine, und die Beurteilung der speciell medicinischen Fragen wird meist recht schablonenhaft abgetan. Wissenschaftliche Grundlagen fehlen ganz, theoretische Specialkenntnisse gehen den meisten Versicherungsärzten ganz ab, und das Interesse für dieses Fach, welches in der Gegenwart immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist bei den Aerzten einstweilen nur mangelhaft entwickelt. Durch den Zusammentritt womöglich aller Aerzte, die Interesse an dem Gegenstande haben und über Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen, könnte viel zur Hebung und Belebung dieses Zweiges der Wissenschaft getan werden. Es könnten vor allen Dingen auf wissenschaftlicher Grundlage fundierte einheitliche Normen für die Untersuchung der Lebensversicherungscanditaten und für die Beurteilung der Unfälle ausgearbeitet werden. Ausserdem könnten aber auch manche Fragen inbezug auf die Stellung der Aerzte zu den Clienten und zu den Versicherungsgesellschaften und die Wahrung der ärztlichen Standesinteressen in gemeinsamer Beratung besprochen und entschieden werden. Bis jetzt haben sich leider nur vereinzelte Aerzte zum Eintritt in die Gesellschaft gemeldet, es ist aber zu hoffen, dass die Zahl der ärztlichen Mitglieder bald zunehmen wird.

— Der Verein Moskauer Therapeuten hat beschlossen, periodische Congresse Russischer Therapeuten zu berufen und hat bereits ein Projekt der Statuten derselben ausgearbeitet.

— Der verstorbene Prof. Krjukow hat seine Bibliothek der ophthalmologischen Universitätsklinik vermacht, mit dem Wunsch, die Bibliothek solle den Namen Prof. A. Krjukow's führen.

— Der Chef der Militär-Medicinischen Akademie Prof. A. Danilewski hat der genannten Akademie 10 Mgrm. Radium und einen Hydromotor des System's Schmidt gespendet.

— Der Leibmedicus Seiner Kaiserlichen Majestät, Staatsrat J. S. Botkin ist zum beratenden Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Comitees unter Belassung in seinem gegenwärtigen Amte ernannt worden.

— Zum Rector der neu zu gründenden Universität in Ssaratow ist vom Minister der Volksaufklärung der Professor der Chirurgie an der Universität zu Kasan, Dr. W. Rasumowskij ernannt. Die Universität soll schon im Herbst dieses Jahres eröffnet werden und einstweilen nur aus der medicinischen Facultät bestehen.

— Der Lehrstuhl für Hygiene und medicinische Polizei an der Militär-Medicinischen Akademie ist für vacant erklärt und ein Wettbewerb zur Besetzung desselben ausgeschrieben. Die Bewerber haben bis zum 17. April 1909 ein entsprechendes Gesuch und ihre wissenschaftlichen Arbeiten nebst eigenhändig geschriebenem curriculum vitae an den Chef der Akademie einzureichen.

— Die «Ssibirskaja wratschebnaja gaseta» («Sibirische Aerzte-Zeitung») teilt gerüchtweise mit, dass die Regierung die Absicht haben soll, die Darassunschen Quellen im Transbaikalgebiet (Kreis Tschita) einer englischen Gesellschaft zu verkaufen, die den Curort neu zu gestalten gedenkt. Indem die S. W. G. die Ueberzeugung ausspricht, dass den Engländern die Hebung des Curorts wohl gelingen wird, beklagt sie den Indifferentismus und die Indolenz der Russen, wodurch das Herbeirufen der «Waräger» nötig gemacht wird. — In Darassun gibt es 4 erdige Eisencarbonatquellen und Lager von eisenhaltigem Moor. Die Einrichtung des Curortes ist eine höchst primitive.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 15. bis zum 21. Febr. 1909 502 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 33, Typh. exanth. 10, Febris recurr. 62, Pocken 10, Windpocken 10, Masern 97, Scharlach 56, Diphtherie 102, acut. Magen-Darmkatarrh 44, Cholera 49, an anderen Infectionskrankheiten 47.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12661. Darunter Typhus abdominalis 415, Typhus exanth. 29, Febris recurrens 474, Scharlach 266, Masern 106, Diphtherie 169, Pocken 42, Windpocken 3, Cholera 159, crupöse Pneumonie 127, Tuberculose 629, Influenza 248, Erysipel 73, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 87, Lepra 0, Syphilis 569, venerische Krankheiten 335, acute Erkrankungen 2040, chronische Krankheiten 1609, chirurgische Krankheiten 1456, Geisteskrankheiten 3238, gynäkologische Krankheiten 217, Krankheiten des Wochenbetts 52, verschiedene andere Krankheiten 108.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 906 + 49 Totgeborene + 56 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 24, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 6, Pocken 4, Masern 27, Scharlach 20, Diphtherie 12, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 47, katarrhalische Pneumonie 113, Erysipelas 3, Influenza 14, Malleus 1, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 24, Magen-Darmkatarrh 34, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 304.

— Vom 11. bis zum 12. März erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 4 Personen, starben 1 und genasen 10. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 120 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10239 Personen erkrankt, 3994 gestorben und 6125 genesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankt u. gestorben.	Erkrankt u. gestorben in der vergang. Woche.	Erkrankt u. gestorben seit Beginn der Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 1. bis zum 7. März.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	42 (6)	46 (11)	10157 (3995)	24. Aug. 1908
Gouv. St. Petersburg (ohne die Vorstädte)	3 (7)	16 (12)	442 (228)	31. » »
Gouv. Jaroslaw	3 (2)	2 (2)	397 (195)	6. » »
Gouv. Charkow	— —	4 (1)	4 (1)	24. Febr. 1909
	48 (15)	68 (26)	11000 (4419)	

Im Ganzen sind aber seit Beginn der Choleraepidemie in Russland 31643 Personen erkrankt und 14790 gestorben.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta wurden vom 24. Januar bis zum 6. Februar 29 Erkrankungen an der Cholera registriert. In Honkong starben vom 27. December 1908 bis zum 16. Januar 1909 2 Chinesen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 17. bis zum 23. Januar 2890 Personen, starben 2306. In Singapore ist am 1. Febr. ein neuer Pestfall constatiert worden. In Djedda sind vom 15.—21. Febr. 10 Erkrankungen und 12 Todesfälle an der Pest gemeldet worden. In Beirut sind vom 20.—26. Febr. 6 Personen an der Pest erkrankt und 5 gestorben. Auf den Azoren sind vom Anfang Juni bis Ende Januar d. J. 242 Erkrankungen und Todesfälle vorgekommen.

— Dr. Korabewitsch ist von den Geschworenen des St. Petersburger Bezirksgerichts des Verbrechens der Abtreibung der Leibesfrucht für schuldig befunden und zum Verlust aller Rechte und zur Einreihung in die Arrestantencompanie auf 6 Jahre verurteilt worden.

— Am 16. Februar wurde in Paris das Internationale Gesundheitsamt, dessen Errichtung von der Sanitätsconferenz im Jahre 1907 beschlossen worden war, eröffnet. Zum Leiter desselben wurde der Ministerialdirector des Ministeriums des Aeusseren de Cacotte ernannt. Der Unterhalt dieser Institution wird auf 150000 Francs veranschlagt, welche Summe von 14 Regierungen beigesteuert wird.

— Dr. Zambaco Pascha in Constantinopel hat der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie 12000 Mark zur Stiftung eines Preises überwiesen, der alle 2 Jahre für die beste Arbeit auf diesen Specialgebieten ausgezahlt werden soll. Die Arbeit muss in französischer Sprache geschrieben sein, aber die Bewerbung steht allen Nationalitäten frei.

— Die Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung von England und Wales betrug im Jahre 1907 15 pro mille, von Frankreich — 20,2‰, des Deutschen Reichs 18,9‰, von London 14,6‰, Paris 18,5‰ und Berlin 15,4‰. Die Sterblichkeit der Kinder während des ersten Lebensjahres betrug im Jahre 1907 in England und Wales 11,8%, im Deutschen Reich 17,6‰, in Frankreich (1906) 14%; in London 11,6%, in Paris 10,5% und in Berlin 16,3%.

— Paris. Dr. Chauffard ist zum Professor der Geschichte der Medicin ernannt worden.

— New-York. Zur Erweiterung und Verbesserung des Staatshospitals zur Behandlung von Tuberculösen im Anfangsstadium wurden durch ein Gesetz 175000 Dollar angewiesen. Das Hospital ist für 300 Kranke bestimmt.

— In Philadelphia ist die Internationale Tuberculose-Ausstellung am 15. Februar n. St. eröffnet worden.

— Zu dem vom 4. bis zum 10. April in Algier stattfindenden Internationalen Congress für Hydrologie, Klimatologie, Geologie und physikalische Therapie gewährt der Norddeutsche Lloyd eine Ermässigung des Fahrpreises von 30% für die Hin- und Rückreise.

— Nekrolog: Gestorben sind: 1) im Gouv. Smolensk Dr. W. W. Gerassimow am Flecktyphus, geb. 1874, Arzt seit 1903. 2) Am 12. Febr. im Kreise Taganrog der Landschaftsarzt Dr. D. T. Ssaweljew am Flecktyphus, geb. 1858; Arzt seit 1885. 3) in Radom Dr. A. L. Pomper, geb. 1852, Arzt seit 1884. 4) Im Gouv. Ssamarsk der Director des psychiatrischen Landschaftshospitals Dr. S. A. Bjeljakow, geb. 1856, Arzt seit 1882. 5) In Kiew Dr. D. F. Majorow. 6) Am 17. Febr. in Moskau Dr. Kiber. 7) Dr. Ugolino Mosso, Professor der experimentellen Pharmakologie und Materia medica an der Universität zu Genua. 8) Dr. Motel, Mitglied der Medicinischen Akademie zu Paris. 9) Dr. Thomas Wakley, Chefredacteur des Lancet. 10) Dr. William Bull, professor der Chirurgie am College of Physicians and Surgeons in New-York. 11) Dr. Daniel R. Brower, Professor der Psychiatrie und Neurologie an dem Rush Medical College in Chicago. 12) Dr. Frederick J. Knight, Professor der Laryngologie an der Harvard, Universität in Boston. 13) Dr. William B. Armstrong, Professor der Anatomie an dem Atlanta College of Physicians and Surgeons. 14) Prof. Dr. Paulun, Vorsitzender der Deutsch-chinesischen Medicinschule in Shanghai.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins

findet am 31. März 1909 eine

Festsitzung

im grossen Saal der St. Petrischule um 5 Uhr nachmittags statt und danach ein Fest-Diner um 7½ Uhr. Genauere Angabe über den Ort des Diners erfolgen in der nächsten №.

Alle activen und correspondierenden Mitglieder des Vereins, die an dem Diner teilzunehmen wünschen, werden gebeten, Anmeldungen per Postcarte an Dr. W. Beckmann (Ковенскій пер., № 4) oder an Dr. Lehmann (Вас. остр., 1 линія, 38), einzusenden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. März 1909.

Tagesordnung: Dr. X. Dombrowski: Zur Casuistik der Nierengeschwülste.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

Prof. Dr. J. Schwalbe. Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart. 1909.

Dr. Hugo Gloeckner. Beiträge zur Lehre vom engen Becken. III. Teil. Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken. Verlag von Georg Thieme. Leipzig. 1908.

Dr. S. Jessner. Diagnose und Therapie der Syphilide. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag). Würzburg. 1909.

Dr. W. Falkenberg. Die Pflege Geisteskranker. Verlag Georg Thieme. Leipzig. 1909.

Prof. Ad. Czerny und Prof. A. Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Siebente Abteilung. Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

Dr. Hermann Swoboda. Die kritischen Tage des Menschen und ihre Berechnung mit dem Periodenschieber. Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

Dr. A. Roth. Sehproben nach Snellens Princip. 2. Aufl. Verlag Georg Thieme. Leipzig. 1909.

Dr. Cornelius. Nervenpuncte, ihre Entstehung, Bedeutung und Behandlung mittelst Nervenmassage. Georg Thieme. Leipzig. 1909.

C. Lloyd Morgan, F. R. S. Instinkt und Gewohnheit. Autorisierte Uebersetzung von Maria Semon. Verlag B. G. Teubner. Leipzig und Berlin. 1909.

Dr. Karl von Müllern. Grundriss der klinischen Blutuntersuchung. Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1909.

Dr. F. Penzoldt und Dr. R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie in 7 Bänden. 4. Auflage des Handbuchs der Therapie innerer Krankheiten. Erste Lieferung. Gustav Fischer in Jena. 1909.

Dr. H. A. Laan. Die Krankenpflege in der Chirurgie. Autorisierte Uebersetzung von Dr. A. Caan. F. C. W. Vogel. Leipzig. 1909.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 12 St. Petersburg, den 21. März (3. April) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die Gicht.

Von

Dr. P. Hampeln.

Erstes Referat auf dem 20. livl. Aerztetage in Riga im September 1908.

Es ist noch nicht so lange her, dass Gicht und Rheumatismus als mindestens in naher Beziehung zu einanderstehende Krankheiten aufgefasst wurden, trotzdem bereits im 16. Jahrhundert Ballonius[1]) und im 17-ten Jahrh. Sydenham auf die ganz besondere Natur der Gicht hingewiesen hatten. Dennoch wurde, namentlich in praxi, an ihrer Gleichstellung, wie auch jetzt noch zuweilen geschieht, festgehalten, bis es endlich Garrod 1860 gelang, die von Scheele überhaupt erst im J. 1776 entdeckte Harnsäure im Blute Gichtkranker nachzuweisen und so die aus den klinischen Erscheinungen gefolgerte Eigenartigkeit der Gicht als wirklich vorhanden festzustellen. Von diesem Momente an erscheint dann jedes Band zwischen beiden so oft zusammengenannten Krankheiten, trotz vieler ähnlicher Züge und mancher scheinbarer Uebergänge, endgültig zerrissen. Trotzdem wird auch heute noch bei einer Behandlung des Gichtthemas auf das, was wir als „chronischen Gelenkrheumatismus" bezeichnen, einzugehen sein, da einerseits beide Erkrankungen in einzelnen Fällen einander sehr ähnliche Züge aufweisen und andererseits sicher Combinationen vorkommen, die die Entscheidung, ob im gegebenen Falle „Gicht" oder „Rheumatismus" vorliegt, nicht so selten zu einer schweren, ja kaum zu lösenden Aufgabe machen. In folgendem soll meinerseits auf die path. Phys. u. Symptom. der Gicht eingegangen werden.

[1]) Nach Senator: ‹Die rheumatischen Krankheiten...› in Ziemssen, Spec. Path. und Ther. 1875. III. Band 1-ste Hälfte. p. 4.

I. Zur Anatomie und pathol. Physiologie der Gicht.

Zu den bestbegründeten Tatsachen der Gichtpathologie, so etwa drückt sich F. Müller [1]) aus, gehört die centrale Stellung, die die Harnsäure in der ganzen Gichtfrage einnimt. Sie lagert sich als Mono-Natrium-Urat mit Vorliebe in Gelenkknorpeln, Sehnen, Fascien, im Organbindegewe ab und ruft hier die Gichtveränderungen hervor. Warum es zu dieser Uratablagerung kommt, das erscheint freilich als ein noch ungelöstes Problem, dass aber alle örtlichen Gichtveränderungen und Gichterscheinungen überhaupt an die Gegenwart des Urates in jenen Geweben, im Blut und in den Körpersäften gebunden und davon abhängig ist, das ist das feste Fundament der Gichtlehre in ihrer gegenwärtigen Fassung. Die Harnsäure wird aber nie, wie das bei anderen Substanzen meist der Fall ist, schon als solche in den Körper eingeführt, sondern entsteht aus gewissen Vorstufen erst im Körper selber. Hierzu gehören nicht, wie man früher annahm, die Eiweisskörper, sondern die sogenannten Nucleine als Hauptbestandteile aller Zellkerne. Harnsäure ist mithin ein Product des Nuclein- und nicht des Albuminstoffwechsels. Nucleine werden dem Körper durch die Nahrung, besonders Fleischnahrung, zugeführt, sind aber andererseits in den Körperzellen selber reichlich vorhanden. Aus beiden entsteht dann schliesslich die im Harn als normales Ausscheidungsproduct auftretende Harnsäure, die je nach ihrem Ursprunge aus dem Nahrungs- oder Körpernuclein als exogene und endogene Harnsäure unterschieden wird (Kossel). Diese Umwandlung der originären Nucleinsubstanzen zur Harnsäure erfolgt nicht direct, sondern allmählich durch verschiedene Verbindungsstufen hindurch. Die hierbei auftretenden eigenartigen Körper werden nach ihrer von Fischer entdeckten Stammsubstanz, dem Purin, als Purine,

[1]) Siehe Literaturverzeichnis.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Purinkörper bezeichnet. Von ihnen sind einige, wie das Adenin und Guanin, sog. Aminopurine, in der Nucleinsäure schon präformiert enthalten (Minkowski l. c. p. 181) [2]) und finden sich zu weiterem Abbau bestimmt in den Muskeln und zahlreichen inneren Organen, in der Darmwand, den Lungen, der Leber, der Milz, den Nieren. Dieser Um- und Abbau erfolgt unter der Mitwirkung zahlreicher, gleichfalls in diesen Körperteilen enthaltenen Fermente (Schittenhelm [3]), Brugsch und Schittenhelm [4], u. [5]). Einige Abbauproducte des Nucleins, so die Aminopurine, finden im Körper noch weitere Verwendung, (A. Schittenhelm [3]) während die Oxypurine, zu denen die Harnsäure gehört, als Schlacke, als Stoffwechsel - Zwischen - resp. Endproducte zur Ausscheidung bestimmt sind. Ausscheidungsorgan der Harnsäure sind die Nieren, in denen, was freilich nicht unbestritten dasteht (Loewi und Haig), die Harnsäure noch weiter zum leichter ausscheidbaren Harnstoff umgewandelt wird. Zur Harnstoffbildung führen also zwei Stoffreihen, eine Eiweiss- und eine Purinstoffreihe. Der grösste Teil der Harnsäure gelangt aber unzersetzt, meist als Urat in den Harn. An welchen Orten die Harnsäure entsteht, ist noch nicht entschieden. Beim Menschen scheint die Umwandlung der Purinstoffe zur Harnsäure hauptsächlich in der Leber stattzufinden, beim Rinde ausserdem noch in den Lungen und in der Milz (Brugsch u. Sch. l. c.). Die weitere Zerstörung, die sog. Uricolyse der Harnsäure erfolgt, wie es scheint, hauptsächlich in der Niere (A. Schittenhelm l. c. p. 273, Brugsch und Sch. l. c. p. 341). Wo aber auch diese Umwandlungen, je nach dem Menschen- oder Tierkörper stattfinden mögen, eines steht jedenfalls fest, dass alle diese Zwischen- und Endproducte des Purinstoffwechsels, so auch die Harnsäure, in den genannten Körperteilen, nicht aber im Blute entstehen. Das Blut dient nur als Transportmittel. Keine einzige der Umwandlungen findet in ihm statt (A. Schittenhelm). Von grösster Bedeutung für die Gichtfrage ist nun, dass die für gewöhnlich weder im Blute noch in den Organen nachweisbare Harnsäure hier jetzt in einer Menge auftritt, die sie dem chemischen Nachweise zugänglich macht. Erst von diesem Momente an sprechen wir von einer Uricaemie, als dem Hauptcharakteristicum der Gicht.

Die bei der Gicht gefundenen Bluthamsäurewerte sind, was das Verständnis aller hieraus angeblich entstehenden Krankheiten nicht gerade erleichtert, auffallend klein. Nach Klemperer betrugen die Werte 0,07—0,09‰ also 7—9 auf hunderttausend. Die grössten Harnsäurewerte fand er in Leucaemiefällen, 2 zu 10000 (0,2‰). Magnus-Lewy [38]) fand bei der Gicht, 0,02—0,03‰, im Gichtanfall 0,03—0,05‰, nur bei Leucaemie höhere Werte, 0,1‰. Also Spuren im Vergleich zu den rel. Riesenwerten von Glycose bei Glycosaemie. Es erscheint eine Berechnung, wie gross die normale Harnsäuremenge im Blut sein mag, von einigem Interesse. Denn vorhanden muss sie doch sein, da täglich 0,8—1,0 Harnsäure secerniert werden und diese sicher nicht erst in den Nieren entsteht. Mit Zugrundelegung des Gesamt-Nierengewichts Erwachsener von 250 Gramm, und der in einer Minute nach Tigerstädt *) die Nieren durchströmenden Blutmenge gleich dem halben Nierengewicht (125gram.) ergibt sich in 24 St. eine Blutmenge von 24. 60. 125. 180 = rund 200 Liter. In dieser Blutmenge ist die 24-stündige Harnsäuremenge von 0,8—1,0 mindestens enthalten gewesen. Das macht 0,4—0,5 auf 100000 gegen 7—9°/₀₀₀₀ bei Gicht. Es ist also auch die normale Bluthamsäuremenge vergleichsweise garnicht so gering.

Der Uricaemie begegnet man aber auch unter anderen, aussergewöhnlichen Voraussetzungen, so bei croupöser Pneumonie, Leucaemie, schwerer Anämie, Urämie, nach Zufuhr purinreicher Kost, Röntgenbestrahlung und vielleicht noch in anderen Fällen ähnlicher Art, in denen es sich jedoch nur um quantitative Steigerung physiologischer Harnsäurewerte handelt, einmal infolge vermehrter Zufuhr von Purinen sowohl auf enteralem als sog. parenteralem Wege, das andere Mal infolge gehinderter Harnsäureausscheidung. Der Bildungsprocess der Harnsäure hingegen scheint dabei qualitativ ganz normal zu verlaufen, somit die Uricaemie in solchen Fällen den Charakter einer blos alimentären, analog der alimentären Glycorusie zu besitzen. Selbst wenn, wie in Fällen von Ebstein [5]) und Müller [6]), im Verlauf einer croupösen Pneumonie bei Gichtikern oder einer Leucaemie ein Gichtanfall einsetzte, so ist auch damit, meine ich, die eigentlich gichtische Natur des Anfalles noch nicht bewiesen.

In einem Falle meiner Praxis kam es bei einem gesunden 60-jähr. Manne von mässiger Lebensweise im Anschluss an eine mit hohem Fieber verlaufende Angina lacunaris, nach profusen Schweissen, zu einem regulären «Gichtanfall», erst in der rechten grossen Zehe, sodann in der Patella derselben Seite. Nie hatten früher typische od. atypische Zeichen der Gicht vorgelegen, man wollte denn ein auf Befragen angegebenes, gelegentliches «schwaches Ziehen» im Fussballen dafür halten. In 2 andern Fällen, einmal bei einem 6-jähr. Knaben im unmittelbaren Anschluss an eine croupöse Pneumonie, das andere Mal bei einem 10-jähr. Knaben nach einer Appendicitisoperation, traten heftige Nierenkoliken unter Abgang von Uratsteinen auf. Diese Anfälle haben sich, es ist schon lange her, nie wiederholt.

Ich glaube, in Anlehnung an Minkowski [2]), dass in Fällen solcher Art nicht ohne weiteres auf die gichtische Natur einerseits der Arthritis, andererseits der Urolithiasis urica geschlossen werden kann, obschon wahrscheinlich Uricaemie vorlag. Aber die Uricaemie beruhte in diesem Fällen wohl nur auf gelegentlicher Hyperproduction der Harnsäure, also auf jener blos quantitativen Steigerung des im wesentlichen normalen physiologischen Vorganges. Bei der Gicht dagegen handelt es sich weder um Hyperproduction, noch um gestörte Secretion, sondern, und das stempelt die Gichturicaemie zu einem pathologischen Vorgange, um eine abnorme Umwandlung der Purine in Form ihrer Verzögerung, vor allem um ein Versagen der urikolytischen Fermentation. Hierauf beruht wesentlich die „Aufspeicherung“ der Harnsäure im Blut und in den Körpersäften. (Brugsch und Schittenhelm), während die Harnsäuresecretion, wie die Versuche von Noordens [7]), Schlieps [7]) und Linsers [8]) ergeben, ganz ungestört verläuft. Das ist eine feine und wichtige Unterscheidung, die sich gegen die auch zur Zeit noch von namhaften Autoren (H. Strauss [9]) Levison) vertretene Auffassung einer auf Niereninsuffizienz beruhenden gichtischen Uricaemie richtet. Eine Uricaemie auch solchen Ursprungs kommt, wie bemerkt, allerdings und oft vor und kann hohe Grade erreichen. Darum handelt es sich aber nicht bei der Gicht sondern wie es von Magnus-Lewy [10]) treffend bezeichnet wird, gleichsam um eine Stauung der normal gebildeten und ebenso normal secernierten Harnsäure bei sich gleich bleibender Zu- und Abfuhr. Die Stauung schafft aber das Versagen der urikolytischen Kraft. Auf dieser Eigentümlichkeit der Stoffwechseländerung, die in ihrer Art wohl einzig dasteht, beruht die grosse Schwierigkeit ihrer objectiven Fesststellung zum Unterschied etwa von Diabetes mellibus. Hier tritt ein für gewöhnlich dem Harne fehlender Stoff auf und lenkt damit den Verdacht auf jenen pathologischen Vorgang oft lange bevor irgend welche andere Krankheitszeichen vorliegen, nicht selten bei anscheinend völliger Gesundheit. Bei der Gicht dagegen unterscheidet sich der Harn in seiner Zu-

*) Tigerstädt. «Physiologie des Kreislaufes». 1893. p. 552.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sammensetzung, wenigstens lange Zeit, überhaupt nicht vom Harne Gesunder (His [18]) mit den geringen, vielen Schwankungen unterworfenen Harnsäurewerten. Blutanalysen aber und Stoffwechselversuche dürften in der Privatpraxis für lange undurchführbar sein, so dass wir wie in fraglichen Gichtfällen früher, so auch jetzt auf die gewöhnlichen klinischen Merkmale angewiesen bleiben, die ihre Natur nach oft genug verschiedene Deutung zulassen.

Es entsteht nun die Frage, ob überhaupt und wie die im Körper Gichtischer tatsächlich aufgespeicherte Harnsäure pathogen wirkt. Denn aus der Anwesenheit der Harnsäure im Blut und in den Körpersäften Gichtischer folgt ja noch keineswegs ihre pathogene Bedeutung. Kliniker wie Fr. Müller, Krehl und Noorden und viele andere sprechen sich über diesen Punct mit grosser Zurückhaltung aus. Es könnte ja auch in der Tat sich dabei um eine ausser- wesentliche Folge oder nebensächliche Begleiterscheinung des seiner Natur nach noch unbekannten Gichtprozesses handeln, etwa nach Art der Kalkablagerung beim atheromatösen Process. Nicht wenige, namentlich englische Autoren, verhalten sich denn auch sehr skeptisch zur Harnsäurefrage. Haig hält die ganze Lehre von der Uricaemie als Konstitutionsanomalie für einen „Mythus" (cit. nach Falkenstein [11]) Gemmel [13]) beschuldigt die Schwefelsäure als Hauptgrund der Gichtentstehung und nach Falkenstein [11] u. [12]) handelt es sich bei der Gicht wesentlich um eine secretorische Insufficienz der Magenfundusdrüsen, woraus dann die Ansammlung der Harnsäure im Blute und ihre Ausscheidung an dazu disponierten Stellen erst weiter folgt.

Auf alle diese angedeuteten zum Teil rein hypothetischen Ideen kann hier nicht weiter eingegangen werden, für uns handelt es sich nur um die Frage, welches die örtlichen Folgen der tatsächlich vorhandenen Harnsäurestauung im Blute sind. Diese Frage konnte natürlich nur durch das Experiment entschieden werden. Doch erst in neuerer Zeit liegen nennenswerte Erfolge auf diesem Wege dank den gründlichen Arbeiten Ebsteins [14] u. [15]), Pfeiffers [16]), Hiss [17]) und Freudweilers [19]) vor.

Hier beginnt aber auch sofort die Controverse, wie immer, wo es sich nicht mehr um Tatsachenwissen, sondern um die Frage nach Grund und Folge des Geschehens handelt. Die Controverse betrifft vor allem die zweite von Ebstein in den Mittelpunct der Gichtpathologie gestellte Hauptfrage, die der localen Gewebsnecrose. In der Hauptsache, dass es sich und zwar sowohl bei der Extremitäten- als bei der Organgicht um solche Necroseherde in den knorpeligen und bindegewebigen Teilen des Körpers als Folge einer localen Harnsäurewirkung handelt und dass diese Wirkung nicht eine physikalische sondern chronische sei, darin stimmen alle überein. Es herrscht auch eine Uebereinstimmung in der Deutung der pathologisch-natürlichen und der künstlich-experimentell erzeugten Gichtherde als identischer Gebilde. Aber, darin widersprechen die Untersuchungsresultate Freudweiler [19]) denen Ebsteins, die Harnsäureablagerung erfolgt nie in neurotisches sondern stets nur in lebendes Gewebe. Erst secundär und auch nur in einer Minderzahl der Experimentfälle kam es zur Necrose. Die directe Folge der Harnsäureausscheidung in die Gewebe ist eine reactive Entzündung, die einige Tage währt, deren Producte dann wesentlich durch Phagocytose, zum Teil auch durch Resorption beseitigt werden, so dass nach einigen Wochen der frühere Zustand wiederhergestellt erscheint. In der Hauptsache hat sich dennoch die Ebsteinsche Lehre als zu Recht bestehend bewährt. Das wesentliche pathologisch-anatomische Merkmal der Gicht ist jener, wenn auch nicht primäre, sondern erst secundäre, immerhin tatsächlich vorhandene charakteristische Necroseherd, worauf es doch ankommt. Die Gicht ruft freilich auch anatomische Veränderungen anderer Art hervor, so z. B. einfache Entzündungen seröser Häute. (His. [17]) l. c. p. 103), die Gichtnecrose ist also nicht das einzige anatomische Merkmal der Gicht, aber das einzige charakteristische und darum das Hauptmerkmal.

Hiermit erscheint aber die anatomisch-physiologische Frage der Gichtpathologie noch nicht gelöst, sondern bleibt noch die zweite Hauptfrage bestehen, warum denn gewisse Körperteile, wie Knorpel, insbesondere die Gelenkknorpel, Sehnen, Fascien, Stützgewebe innerer Organe in dieser Weise erkanken und Sitz der Harnsäureablagerung werden. Darauf lässt sich, gerade in diesem Fall, eine recht befriedigende Antwort geben und zwar unter Verwendung der von Pfeiffer [16]) (l. c.) und früher schon von Fagge vertretenen Hypothese einer zur Erkrankung prädisponierenden, ihr vorausgehenden Gewebsläsion. Wenigstens scheint diese Hypothese zum Unterschiede von den anderen mehr oder weniger in der Luft schwebenden „Gifthypothesen" in Tatsachen anatomischer und klinischer Erfahrung gut begründet zu sein. Es ist ja bekannt, dass der Gebrauch eines jeden Organs und Körperteiles Hand in Hand geht mit seinem Verbrauch. Gebrauch und Verbrauch sind Seite und Kehrseite eines und desselben Vorganges. Ganz besonders scheint das von den Stützteilen und -geweben des Körpers, den Knochen, Knorpeln, Bändern, Sehnen und Fascien zu gelten. Für jedes von ihnen, aber durchaus nicht für jedes zu derselben Zeit, tritt eine Zeit nachlassenden Widerstandes ein. Da setzt denn die Schädlichkeit, dieses Mal mit Erfolg, ein. Das sind ja alles bekannte, durch Edingers schöne „Aufbrauchshypothese" in helles Licht gerückte Dinge. Nun gehört aber das Metatarso-Phalangealgelenk statistischen Erwägungen zufolge zu den stärkst belasteten Teilen des menschlichen Körpers, ferner Gelenkbänder, Sehnen, Fascien, alles zugleich gefässarme und somit schwach ernährte Gewebe. Ihr rascherer Verbrauch und eine daraus entstehende zur eigentlichen Erkrankung disponierende „Läsion" darf darum wohl angenommen werden. Tritt nun zu dieser Läsion ein grösseres Angebot an Harnsäure im Blut und Körperflüssigkeit überhaupt, wie das bei der Gicht stattfindet, so resultiert daraus die gichtisch-anatomische Veränderung und die Gichtbeschwerde an solchen Stellen, als Gichtanfall besonders charakteristisch an Fussballen auftretend.

Der anatomische Beweis für jene Läsion steht freilich aus, dürfte auch überhaupt schwer jedes Mal zu führen sein. Doch liegen Beobachtungen und zwar von Garrod, dem Begründer der neuen Gichtlehre, vor, die sehr zu gunsten jener Annahme sprechen. Er constatierte in 18 unter 20 untersuchten Fällen, also in 90%, bei sonst anscheinend gesunden Individuen eine Auflockerung, Auffaserung der Knorpelgewebe des Metatarsophalangealgelenks der grossen Zehe, die bei Abwesenheit anderer Krankheitszeichen allein eben auf jenen physiologischen Verbrauch zu beruhen scheint. (Cit. nach Freudweiler l. c.). Mit dieser anatomischen Prädisposition scheint sich aber noch eine andere, nicht minder wichtige physiologische Prädisposition der genannten Gewebe zur Gichterkrankung zu verbinden, auf die Almagia hingewiesen hat. (Cit. nach Klemperer [20]). Nach ihm besteht eine chemisch-physiologsche „Verwandtschaft" besonders des Knorpelgewebes zur Harnsäure und ihren Verbindungen. Diese können wir uns analog der bekannten Affinität der Gewebe überhaupt zu bestimmten Farbstoffen und Giften denken. Darauf beruht

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ja die leichtere Unterscheidung der Gewebe, des elastischen zum Unterschiede vom gewöhnlichen Bindegewebe, der Zellkerne vom Zellprotoplasma u. s. w. Almagia behauptet nun eine ähnliche Verwandtschaft besonders des Knorpelgewebes zur Harnsäure. Unterstützung gewährt dieser Auffassung eine bekannte wenn auch sehr seltene Knorpelveränderung d. i. die von Virchow entdeckte sogenannte Ochronose, worunter eine eigentümlich schwärzlich-bräunliche Verfärbung des Knorpels und verwandter Gewebe verstanden wird. Ihr begegnet man bei Melanurie oder, wie es jetzt festzustehen scheint, bei Alcaptonurie. In einer jüngst erschienenen Arbeit von Allard und Gross[21]) in Greifswald hat diese Frage eine eingehende Behandlung erfahren. Darnach handelt es sich bei der Alcaptonurie analog der Uricaemie um eine Stoffwechselstörung mit der Production einer im Harn auftretenden zur Gruppe der aromatischen Säuren gehörenden, abnormen Säure, der Homogentisinsäure. Diese bewirkt eine Schwarzfärbung des Harns und ebenso eine „charakteristische, oft ebenholzschwarze“ Knorpelfärbung. In dem von A. und Gr. beobachteten und zur Section gelangten Falle solcher Art waren die „Rippenknorpel, Ohr- und Kehlkopf- sowie alle Gelenkknorpel, die Zwischenwirbelscheiben, aber auch die Sehnenscheiden und die in der Nähe der Gelenkenden inserierenden Sehnenteile dunkelbraun bis schwarz“. Einzelne Gelenke wiesen dabei tiefgreifende Zerstörung „wie bei Arthritis deform.“ auf, so dass A. und Gr. eine „Arthritis alcaptonurica“ aufstellen, die klinisch sich als „chronische ankylosierende“ Arthritis darstellt. Auf diese Seite der Frage einzugehen liegt für uns keine Veranlassung vor, wohl ist aber jene Knorpelverfärbung für uns von Bedeutung, weil darin ein Fall bewiesener tinctoriell declarierter chemischer Verwandtschaft mit einer Säure gerade derjenigen Körperteile und Gewebe vorliegt, die auch bei der Harnsäuregicht vorzüglich zu erkranken pflegen. Wenn das nun auch kein Beweis für eine gleiche Beziehung dieser Gewebe zur Harnsäure ist, so spricht es doch sehr zu gunsten der Annahme, dass gerade auf solchen Affinitäten die Prädisposition der genannten Gewebe zur Gichterkrankung beruht.

Nach alledem möchte ich zum Abschluss dieses Abschnittes die Theorie der Gicht folgendermassen formulieren:

1) Die Gicht besteht wesentlich in einer zur Harnsäureansammlung im Blut und in den Körpersäften führenden Anomalie des Nucleinstoffwechsels 2) Hauptgrund ihrer eigentümlichen Localisation und klinischen Manifestation ist einerseits eine vorausgegangene Gewebsläsion, andrerseits eine wahrscheinlich bestehende Affinität des Knorpel-, Sehnen- und Bindegewebes zur Harnsäure und zu ihren Verbindungen.

II. Zur Symptomatologie der Gicht.

Aus practischen Gründen empfiehlt es sich wie üblich die typische, reguläre Gichtform von der atypischen irregulären zu unterscheiden.

1. Reguläre Gicht. Unter regulärer Gicht versteht man bekanntlich den meist im Gross-Zehengelenk auftretenden heftigen Schmerzanfall. Die Haut über dem Gelenk ist, worauf Pfeiffer[16]) hinwies, zum Unterschied vom Verhalten beim Gelenkrheumatismus, gleichfalls sehr schmerzhaft, gerötet, gespannt und geschwollen. Die allgemeine Temp. ist dabei oft erhöht, bis 39° und darüber und kehrt in der Regel, dem Abklingen des Anfalles folgend in wenigen Tagen zur Norm zurück. In einem Falle meiner Beobachtungen bestanden aber auch nach überwundenem Anfalle noch längere Zeit die von Koch *) als einfache „Normal-Hochtemperatur“ bezeichnete Temperatursteigerung, abends bis 37,5, morgens 37° (axillär), wobei auch das subjective Befinden noch nicht das gewöhnliche frische war. Erst nach Wochen stellte sich die eigentliche Normaltemperatur, morgens 36,3, abends 36,7 und damit völliges Wohlbefinden ein. Es entspricht das einem häufigen Verhalten der Temperatur im Anschluss an acute fieberhafte Erkrankungen. Koch hat das nach Influenza, von mir wurde es gleichfalls nach Influenza aber auch nach croup. Pneumonie und endlich scheinbar für sich dastehend beobachtet.

Vorzugssitz des Gichtanfalles pflegt, wie bemerkt, das Metatarso-Phlangealgelenk der rechten grossen Zehe zu sein. Aber auch am Knie- und Schultergelenk, am Sternoclaviculargelenk (Ebstein), an der Wirbelsäule, insbesondere ihrem Nackenteil (Lecorché und Duckworth) am seltensten an den Fingern werden Gichtanfälle beobachtet. Linser[8]) beschreibt einen Fall von Schultergicht aus der Rombergschen Klinik, dessen gichtische Natur die Bestrahlung eines Ekzems desselben Patienten mit Röntgenstrahlen und der Stoffwechselversuch ergab. In der Regel wird nur ein Gelenk ergriffen, doch gibt es auch einen polyarticulären, dem acuten Gelenkrheumatismus ähnlichen Verlauf, auf den besonders Magnus-Levy[10]) in seiner wichtigen Gichtarbeit hingewiesen hat. In meinem vorhin erwähnten Falle erkrankte 8 Tage nach dem typischen Anfall das Knie derselben Seite, d. h. die Ansatzstelle der Sehne des rectus fermoris am oberen Patellarrande unter heftigem Schmerz mit Schwellung des Kniees.

Mehr dem Gelenkrheumatismus ähnlich erscheint folgender m. E. als gichtisch aufzufassender einen 44-jährigen Lehrer betreffender Fall.

2. Er gab an vor 12 Jahren erkrankt zu sein und wiederholt an heftigen Schmerzanfällen mit Schwellung, abwechselnd in den Fuss- und Kniegelenken, rechts und links gelitten zu haben. Nach einer Cur in einem Schwefelbade 5 Jahre Wohlbefinden. Jetzt «nach der Butterwoche» hätten sich aufs neue heftige Schmerzen, Schwellung und Röte erst der rechten grossen Zehe, des rechten Kniees, dann des linken Kniees und endlich der linken grossen Zehe eingestellt. 2 Wochen habe er gelegen. Die Tp. stieg auf höchstens 37,1°. Nach Gebrauch von salicylsaurem Natron erfolgte Genesung. Patient selber bezeichnet seine Krankheit als «Gicht». Ich glaube, man kann ihm Recht geben. Sein Vater hatte an der «Handgicht» gelitten, ein Bruder und zwei Schwestern waren gleichfalls «gichtisch» gewesen. Die Mutter war gesund. Er ist starker Raucher, in Bezug auf Alcohol seit 7 Jahren abstinent. Seit 10 Jahren oft Pyrosis, namentlich nach fetten Speisen. Träger Stuhl. Sonst gutes Befinden. Es bestand noch Schwellung und mässiger Schmerz des rechten Kniees. Urin: gelb, klar, sauer, kein A., kein Sa. G. = 1020. Cur in Salzschlirf. Dort normales Befinden.

In der Regel sind die typischen Gichtanfälle von kurzer Dauer und tritt meist nach wenigen Tagen vollständige restitutio ad integrum auch bei häufiger Wiederholung der Anfälle ein (Minkowski l. c. pag. 54). In zahlreichen Fällen aber ist die Rückbildung eine unvollständige. Die Ergüsse bestehen längere Zeit, werden sie endlich absorbiert, so hinterbleibt dennoch Gelenksteifigkeit bis zur Ankylose. Es kommt zu auffallender Deformierung der Gelenke, wodurch die Gicht in diesem Stadium viel ähnliche Züge mit den Folgeerscheinungen des sog. chronischen Gelenkrheumatismus oder der Arthritis ankylopoetica gewinnt. Nur selten kommt es gleich im ersten Anfall zur Ankylose (Minkowski).

Dieses kurz geschilderte gewöhnliche Krankheitsbild erfährt anscheinend nicht so selten eine Abänderung der Art, dass die Anfälle an ungewöhnlicher Stelle auftreten oder von sehr kurzer Dauer sind und endlich auch nur sehr geringe Beschwerden verursachen (Minkowski, Ebstein). Ihr wahrer Charakter kann dann leicht

*) Koch Petersburger med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

übersehen und verkannt werden, bis folgende schwere Anfälle die Sache aufklären oder andere der Gicht verdächtige Begleiterscheinungen und anamnestische Daten auf die eigentliche Natur des Leidens hinweisen. Es ist das eine eigentlich bei allen Erkrankungen ganz gewöhnliche, selbstverständliche Variation des Ortes und Grades der Erkrankung. Ich erwähnte schon den Linser schen Fall [8]) von Schultergicht, der bei uns, wo die typische Gicht zu den Seltenheiten gehört, sicher als Schulterrheumatismus aufgefasst worden wäre.

3. An einer ältlichen ledigen Dame bot sich mir Gelegenheit ähnliches zu beobachten. Sie ist väterlicherseits Engländerin von Geburt. In ihrer Ascendenz, jedoch nicht direct, kamen Gichtfälle vor, sie selber hat aber nie an typischer Gicht gelitten. Nach einem heftigen, mit anhaltender Uraturie verbundenem Schmerzanfall der linken Niere stellte sich eine schmerzhafte, mit Schwellung verbundene Erkrankung des Metacarpo-phalangealgelenkes des rechten Daumens ein. Einige Tage mässige Temperaturerhöhung. Zugleich allgemeines Hautjucken und Paragoustie in Form quälenden„bitteren Geschmackes. Die einige Zeit nachher bei fortbestehender Geschmacksalteration von Dr. Abend in Wiesbaden freundlichst ausgeführte Magensaftuntersuchung ergab normale Acidität. Langsam erfolgte die Genesung.

Eine zweite Hauptform der typischen Gicht bilden die bekannten charakteristischen Gichtknoten, die sog. Tophi arthritici mit ihrem Hauptsitz am Helix. Sie erscheinen hier als kleinste, aber auch bis erbsengrosse, prominente, schliesslich mit dem Knorpel verwachsende urathaltige, reizlose Hautknoten.

Von diesen will Ebstein [22]) ähnliche, aber von vornherein im Ohrknorpel auftretende nicht gichtische Knötchen getrennt wissen.

Aber auch an den Extremitäten, besonders in der Nähe der Gelenke, an den Fingern, Ellenbogen, treten solche oft grosse Tophi auf, sowohl im subcutanen Zellgewebe, als in der Cutis selber, an Schleimbeuteln und Sehnen und auch am Periost. Selten trifft man sie an den Nasenflügeln, den Augenlidern, am Penis und Scrotum. Ich selber habe diese Tophi an der gewöhnlichen Stelle, am Ohr, trotz alles Suchens, bisher nur in einem Falle gesehen, glaube dagegen über den seltenen Fall eines Augenlidtophus zu verfügen, der hier mitgeteilt sei:

4. Patient 60 Jahr alt, Beamter, mässiger Raucher und Trinker, von regelmässiger Lebensweise ist verheiratet und hat 8 gesunde Kinder. Vor vielen Jahren Ulcus molle ohne Folgen. Seit «1—2 Jahren» leidet er mitunter an mässigen «Brustschmerzen» besonders links, geringen Schmerzen im Kreuz, in Ober- und Unterschenkeln, nur am Tage Schwäche in den Beinen. Sonst sehr gutes Befinden, nur träger Stuhl, Urinbeschaffenheit angeblich normal, nur Neigung zur Sedimentierung.

Patient ist von kleinem Wuchs, voll, etwas blass. Normaler Organbefund. Differente Pupillenweite aber normale Patellar- und Pupillenreflexe. Arteriosclerotische Radialis, deutlicher Volarton, ausgedehnte Handrückenvenen, Dupuytren-knoten am 4. Finger der rechten Hand, links nur angedeutet.

Am linken oberen hängenden Augenlide, an seiner lateralen Hälfte, mehr zur Mitte, «seit einigen Jahren» ein schmerzloser, kleiner, erbsengrosser prominenter, steinharter Knoten der Cutis.

Vage Kreuz- und Extremitätenschmerzen, Dupuytrenknoten, Harnsedimentierung und endlich den Augenlidknoten stehe ich nicht an in diesem Falle als teils atypische, teils als typische Aeusserung der Gicht, aber an ungewöhnlicher Stelle aufzufassen. Auf eine Excision des Hautknotens ging Patient nicht ein.

Gerade nun wie es bei der gewöhnlichen Gelenkgicht alle Uebergänge von den schwersten zu den leichtesten aber dennoch typischen, nur weniger deutlichen Formen gibt, ebenso lassen sich m. E. auch an den Tophis ausser ihrer charakteristischen Form weniger charakteristische Formen aber doch immer noch derselben Natur unterscheiden. Hierzu möchte ich gewisse, häufig anzutreffende schmerzhafte Knochen- und Sehnenstellen rechnen. So finden sich auch nach meiner Beobachtung an den Flexorensehnen der Finger in der Metacarpophalangealgelenkbeuge, oder an den Fingerspitzen kleinste, spontan- und druckempfindliche Knötchen (Ebstein) die nach kurzer Zeit schwinden und wiederkehren.

In vielen Fällen jedoch fehlen fühlbare Knoten. Dennoch scheint der Vorgang ein analoger zu sein. Man findet an vielen Stellen, so an einzelnen Metatarsal- oder Metacarpalknochen oder an den Tibien, am Proc. xiphoideus, Sternum, oder an den Rippen, am Schulterblattrande kleine druckempfindliche Stellen, auf die schon Ebstein [22]) und Gemmel [13]) hingewiesen haben und deren auch von meiner Seite [41]) in meinen Mitteilungen über Ostealgien Erwähnung geschehen ist. Es kommen dabei gewiss auch andere ätiologische Momente, so vor allem die Lues in Betracht. In vielen Fällen liegt aber sicher nichts derartiges vor, sondern handelt es sich m. E. um gichtische, periodische Ablagerungen im Periost. Hierher möchte ich folgenden Fall meiner Hauspraxis rechnen:

5. Er betrifft eine ausserordentlich gesunde und kräftige Frau in den 40-ger Jahren, die früher gelegentlich an Migraine und Brachialneuralgien gelitten hatte, aber schon seit Jahren frei davon war. Ein Mal in einer Lactationsperiode Glycosurie mit Durst und Polyurie, rasch vergehend und nie wiedergekehrt.

Mitten in völliger Gesundheit erlitt sie einen heftigen Schmerzanfall in der rechten Nierengegend, verbunden mit Ausscheidung eines stark uratehaltigen Harnes. Nach einem Tage völliges Wohlbefinden. 2 Wochen später ein zweiter noch schwererer Schmerzanfall, jetzt im rechten Hypochondrium. Mässiger Icterus, Temperatursteigerung, wieder dicker, uratereicher, sonst normaler Harn. Dauer des Anfalles etwa 2 Tage, Genesung.

Ungefähr in derselben Zeit Hackenschmerz an einer kleinen, scharf begrenzten Stelle des rechten Calcaneus, wodurch das Auftreten eine kurze Zeit behindert war. Später, einige Zeit nach den Anfällen, wurde über Schmerz im linken Mittelfuss geklagt. Es fand sich am 4-ten Metatarsalknochen des linken Fusses eine kleine, druckempfindliche Stelle, bei normaler Haut, und schwand nach kurzer Zeit. Eine Cur in Wiesbaden, strenge Einhaltung der Diät hatten völliges Wohlbefinden bisher zur Folge.

In Fällen solcher Art, scheint es sich um locale, periosteale Gichtherde zu handeln, dafür spricht auch die verhältnismässig kurze Dauer, analog der raschen Aufsaugung experimentell erzeugter Gichtherde.

Die hier von mir geschilderte typische Gicht in gewöhnlicher und abgeschwächter Form bedeutet trotz der im Vordergrunde stehenden Localerscheinungen dennoch wesentlich keine örtliche Erkrankung, sondern nur eine örtliche Manifestation einer wesentlich constitutionellen allgemeinen Erkrankung, der gichtischen (sc. uraciden) Körperveränderung. Solche örtliche Manifestationen constitutioneller Leiden werden ja vielfach beobachtet. Es sei hier nur an den der Gicht in seinem Verlauf so ähnlichen und pathogenetisch nahe verwandten Diab. mellitus erinnert, in dessen Verlauf es zu diabetischen Neuralgien resp. Neuritiden, Extremitätengangrän auf diabetisch arteriosclerot. Grundlage, Lungenabscess, Nephritis, Katarakt u. s. w. kommt. Und doch ist die Allgemeinerkrankung dabei die Hauptsache, die örtliche Erkrankung eine im grossen und ganzen nur seltene Aeusserungsform des Allgemeinleidens. Es ist nun die Frage, wie es sich in diesem Punct mit der Gicht verhält. In der Fussgicht, den Tophis und der selteneren Nierengicht äussert sich allerdings am auffallendesten die gichtische Veränderung, doch ohne dass diese Erscheinungen mit dem gichtischen Vorgange schlechterdings zusammenfallen. Dieser beruht auf einer Stoffwechselanomalie, die für sich, auch ohne auffallende örtliche Erscheinung besteht und als solche erkannt sein will, aus deren Nachweis sich andererseits erst die gichtischer Natur eines fraglichen örtlichen Processes ergibt.

Bei dieser schon in verflossenen Jahrhunderten verbreiteten Auffassung von der Gicht lag es nahe in vie-

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

len Erkrankungsfällen anscheinend ganz anderer Art dennoch eine Aeusserung der Gicht zu erblicken. Demgemäss unterschied man schon damals zwischen einer äusseren resp. Extremitätengicht und einer inneren, visceralen auch larvierten oder „zurückgekehrten", metastasierten Gicht. Ein grosser Teil bekannter innerer Erkrankungen wurde von hervorragenden Klinikern, auch der Gegenwart, mindestens als in naher Beziehung zur Gicht stehend beurteilt, so z. B. die Epilepsie von Charcot, zu der die Gicht sich ähnlich verhalte, wie etwa der Veitstanz zum acuten Gelenkrheumatismus. Huchard und Haig halten die Neurasthenie für eine häufige Manifestation der Gicht. Auch Mendel [24]) tritt dafür ein, dass viele Neurastheniker wesentlich Gichtiker sind. Neuralgien, von Lungenkrankheiten besonders Emphysem, Asthma bronch. und Bronchitis, Arteriosclerose im allgemeinen und Coronarsclerose im besonderen werden gleichfalls hierher gerechnet. Erwiesen scheint dieser vielfach gewiss sehr zweifelhafte gichtische Ursprung innerer Krankheiten in einzelnen Nephritisformen und bei der Urolithiasis urica. Doch gehe ich auf alle diese in das Capitel der visceralen Gicht gehörenden, dem Correferat zufallenden Dinge nicht weiter ein. Mir bleibt die Aufgabe noch die wichtigsten irregulären und atypischen Formen der äusseren Gicht zu besprechen.

2. Irreguläre Gicht. Hierher gehören anerkanntermassen zahlreiche Erkrankungen des Auges, von der Conjunctivitis an bis zum Glaucom, auf die ich aber als Nichtfachmann nur hinweisen möchte, ferner gewisse Ekzemformen, Neuralgien, auch der Pruritus cutaneus und Pruritus vulvae scheint mir als gichtischer in Frage zu kommen. Am wichtigsten aber erscheinen gewisse mono- und polyarticuläre Arthritiden, von denen es bis auf den heutigen Tag fraglich ist, wohin sie eigentlich gehören. Jedenfalls nicht zur Arthritis deformans, ebenso kommt bei ihnen der traumatische Ursprung oder der ac. Gelenkrheumatismus oder das bei den verschiedensten Infectionskrankheiten auftretende sog. Rheumatoid infectiösen Ursprunges in Betracht (Scharlach, Sepsis, Gonorrhoe, Syphilis, Tuberculose). Gegen einen Zusammenhang dieser Art sprechen zu einem Teil die klinischen Erscheinungen der Fälle, zum anderen Teil die ätiologischen Daten. Aber auch die chronische Polyarthritis villosa (Schüller [28] u. [29]) s. progressiva, die noch jüngst eine eingehende Behandlung durch Hoffa und Wollenberg [25], [26]) erfahren hat, bietet genügend eigenartige Züge, um, in der Regel wenigstens, als solche erkannt zu werden. So bleibt denn differentiell diagnostisch eigentlich und hauptsächlich nur noch der sog. primär oder secundär chron. Gelenkrheumatismus nach.

In Bezug auf diesen muss ich mich aber auf Grund meiner, ich glaube ziemlich reichen Erfahrung zum grössten Skepticismus bekennen. Schon Bäumler [30]) betonte in seinem Referat „über chron. Gelenkrheumatismus" auf dem Congr. f. i. Med. im Jahre 1897 (p. 33) die Seltenheit des echten chron. Gelenkrheumatismus. Was gewöhnlich dafür gehalten wird, rechnet er zur Arthritis def. Ich kann mich dem negierenden Teil seines Urteils nur anschliessen. Ein auf den ac. Gelenkrheumatismus ursächlich zurückzuführender chronischer Gelenkrheumatismus, und nur in diesem Falle sollten wir uns gewöhnen ihn so zu benennen, ist eine Rarität. Ich errinnere mich nicht eines einzigen Falles solcher Art in allen diesen Jahren trotz des grossen Rheumatismusmaterials. Die Fälle, die dafür noch hätten gehalten werden können, davon 3 in meiner Hauspraxis, gehören eben jener Polyarthritis villosa-Schüller [29]) an, die vielleicht bacillären Ursprungs, weder mit dem acuten Gelenkrheumatismus noch mit der Arthr. deformans etwas zu tun hat.

Was liegt denn also in solchen nicht seltenen Fällen von Gelenkschwellung und -schmerz, meist der grösseren Gelenke, Schulter und Knie, und in späteren Lebensjahren auftretend, vor?

Magnus-Lewy [10]) spricht sich in seiner schon angeführten Arbeit entschieden für die gichtische Natur aller nach 40—50 Jahren auftretenden, anscheinend rheumatischen Polyarthritiden aus. Dafür spräche ausser der für einen ac. Rheumatismus durchaus ungewöhnlichen Zeit des Auftretens von klinischen Merkmalen die der Gicht eigentümliche und von Pfeiffer [16]) betonte grosse Hautempfindlichkeit an dem erkrankten Gelenke, die beim Rheumatismus fehlt, ferner ein ebenso eigenartiges feines Gelenkknirschen und endlich der in vielen Fällen erhobene Befund der Uricaemie. Auf letzte legt M.-Lewy aber selber am wenigsten Gewicht. In den anderen, gewöhnlichen, klinischen Merkmalen liege genug des Charakteristischen.

Es hat diese Auffassung entschieden etwas sehr Bestechendes und man möchte wünschen, dass Magnus-Lewy Recht hat. In Bezug auf viele Fälle schliesst sich auch Ebstein [23]) seiner Auffassung an. Ebenso möchte ich mich zu dieser Frage verhalten, andererseits aber Minkowski [2]) Recht geben, dem M.-Lewy zu weit gegangen zu sein scheint. Es gibt doch nicht so selten Fälle, die, wenigstens nach meinem Dafürhalten, ebenso wenig zur Gicht als zu den anderen ätiologisch definierten Arthritiden gehören. Sie bilden eine Gruppe vorläufig nicht näher zu bestimmender entzündlicher Reizungen für sich, denen man in gleicher Umbestimmtheit auch an anderen Orten, besonders an den serösen Häuten begegnet. Wir können z. B. von vielen trockenen und auch flüssigen Pleuritiden die Ursache nicht angeben. So gibt es auch m. E. solche einfache von Senator [31]) als „rheumatische" aber doch nicht zum Rheumatismus gehörende Erkrankungen der Muskeln und Gelenke unbekannten Ursprungs, gutartiger Natur, die sich vorläufig wenigstens in keiner der angegebenen Gruppen unterbringen lassen. Erst durch zahlreiche Harn- und Blutanalysen, sowie Stoffwechselversuche (wie im Linser' schen Fall) in Fällen gerade dieser zweifelhaften Art, können wir Aufschluss über ihre eigentliche, bisher verborgene Natur erwarten. An einem ausreichenden Untersuchungsmaterial solcher Art fehlt es aber noch. Die zahlreichen Stoffwechselversuche befassten sich bisher fast ausschliesslich mit der physiologischen Seite der Frage des Nucleinstoffwechsels, nur Pollack [32]), so viel mir bekannt, stellte Stoffwechselversuche zu differentielldiagnostischen Zwecken an. Er verfügte aber zufällig einerseits über freilich nicht gichtische aber auch nicht „rheumatische" Alcoholiker, so dass seine Versuche in Bezug auf unsere Hauptfrage nichts ergeben konnten, so interessant sie nach anderen aber hier nicht in Betracht zu ziehenden Richtungen sind. Bei den zahlreichen Stoffwechselversuchen Magnus-Levy's [10]) handelt es sich wieder nur um typische Gichtiker, so dass die experimentelle Entscheidung der Frage, wie der Purinstoffwechsel sich in zweifelhaften Arthritisfällen verhält, nach der Zukunft vorbehalten bleibt. Vorläufig stellen wir uns also so zu diesen Fällen, dass wir einen Teil von ihnen für gichtischer Natur halten werden, einen anderen Teil aber als ätiologisch noch nicht näher bestimmt anzusehen haben.

Dieselbe Stellung, meine ich, ist gegenüber den hier noch zu besprechenden, gerade wegen ihrer fraglichen Beziehung zur Gicht viel umstrittenen zwei sehr eigenartigen Erscheinungen nämlich den Heberdenschen Knoten und der Dupuytren-Contractur einzunehmen.

Unter Heberdenschen Knoten, eine bei uns ausserordentlich häufige Affection, versteht man kleine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allmählich wachsende und in einen Teil der Fälle zu Verkrümmungen des Endgliedes der Finger führende seitliche Verdickungen der Basis der Endphalange, mit Ausnahme des Daumens, der nur selten ergriffen wird. Die Gelenke selber sind dabei, was ich hervorhebe, meist ganz unbeteiligt, ihre Beweglichkeit erscheint Jahre lang garnicht beeinträchtigt und die Form unverändert. Ich glaube darum, dass man die Heb. Knoten nicht als „Gelenkschwellung" definieren kann und dass in jenen Merkmalen ein wichtiges Unterscheidungszeichen gegenüber ähnlichen Veränderungen beim „Rheumatismus" vorliegt. Erst viel später kommt es zu Deviationen und Gelenkcontracturen. Schmerzen fehlen ganz oder sind doch sehr gering. Entschieden bevorzugt durch diese Affection ist das weibliche Geschlecht und gerade in den sogen. besseren Ständen. Aehnlichen Fingerdeformitäten begegnet man aber auch bei Arthritis villosa, deformans und chron. Gelenkrheumatismus, ferner ist in einzelnen Fällen auch sicher mit einer Combination solcher klinisch-symptomatologisch sehr ähnlicher Veränderungen zu rechnen, woraus diagnostische Schwierigkeiten entstehen.

Bei der D. Contractur hingegen handelt es sich um eine ganz stereotype eigentlich nie zweifelhafte Bildung, die wieder auffallend das männliche Geschlecht in den späteren Jahren bevorzugt, aber auch bei Frauen von mir beobachtet wurde.

Diese beiden eigenartigen Gebilde werden resp. wurden von einen Teil der Autoren, so die Heberd. Knoten von Begbie, Pfeiffer [34]) und Bäumler [30]) für entschieden gichtisch gehalten, von anderen ebenso entschieden für nicht gichtisch, so von Heberden selber, von Charcot und Noorden. Eine vermittelnde Stellung nehmen Dritte ein, so Ebstein [23]) und Minkowski [2]). Ich möchte den vierten Standpunct einnehmen und sagen dass die Frage nach der Natur dieser Gebilde ganz so wie das von den sog rheumatoiden Arthritiden gilt, nur auf experimentellem Wege entschieden werden kann und bis dahin das definitive Urteil zurückzuhalten ist. Auch die Röntgendurchstrahlung hat in diesem Falle versagt, ihre Ergebnisse widersprechen sich. Aber angenommen es handelte sich bei diesen Gebilden in der Tat immer um Knochen- und Bindegewebsknoten ohne Einlagerung von Uraten, so wäre doch ihre gichtische Entstehung damit nicht widerlegt, da, worauf Ebstein und His hingegewiesen haben, es sich gewiss auch um entzündliche gichtische Reizung mit ihren Folgen handeln kann, ohne dass es zu Urateablagerungen kommt. So bleibt man denn auf die gewöhnlichen klinischen Merkmale angewiesen, die meines Erachtens zu Gunsten der gichtischen Natur dieser Gebilde sprechen direct und indirect, per exclusionem. Denn die H. Knoten und ebenso die D. Contractur und die aus ihnen entstehenden Fingerdeformitäten haben m. E. mit Arthritis deformans und villosa resp. progressiva nichts zu tun und unterscheiden sich von den Deformitäten dieser Art durch die oft lange währende Intaktheit der Gelenke, während bei allen Arthritiden das Gelenk selber den Ausgangspunct der Erkrankung bildet. Auf der andere Seite gehört wieder die sog. Seehundflossenbildung nicht zur Gicht sondern zur chron. Arthritis.

Es scheint sich somit bei den H. Knoten sowohl wie bei der D. Contractur um ganz eigenartige Gebilde vielleicht um eine traumatische Beschäftigungsdeformität zu handeln, bei den Frauen infolge zu grossen Haus- und Fingerfleisses, des beständigen Stickens, Strickens, Nähens und Stopfens etc. Das allein aber genügt nicht, sondern es wirkt noch ein constitutionelles Moment mit, wahrscheinlich die Gicht, wofür ein eigenartiges, auch in diesen Fällen oft zu beobachtendes Verhalten des Harnes spricht, auf das ich hier kurz eingehen will.

Von jeher erregte, gerade in Fällen atypischer Gicht, besondere Aufmerksamkeit die Neigung des Harnes zur Ausscheidung von Uraten und Harnsäurekrystallen. Dieser Erscheinung, der ausserhalb Deutschlands grössere Beachtung geschenkt wurde, begegnet man sehr häufig gerade bei Individuen mit jenen H. Knoten und der D. Contractur. In Deutschland trat besonders Pfeiffer [14]) für die klinische Bedeutung dieser Harnänderung ein. Er unterscheidet zwischen ausscheidbarer, eben zu jenen Krystallbildungen führender und nicht ausscheidbarer Harnsäure und erblickt in dem Auftreten ersterer ein Zeichen der Harnsäure-Diathese. Natürlich bleibt die definitive Entscheidung dieser Frage den Experimentatoren von Fach vorbehalten. Vorläufig aber erscheint sie wenn auch nicht pro so ebensowenig contra Pfeiffer entschieden zu sein. Solange aber verdient die Tatsache alle Beachtung, dass es eben Harne gibt, die sich, oft freilich erst bei mikroskopischer Untersuchung, von gewöhnlichem Harn durch das Auftreten von Harnsäurekrystallen und oft auch zugleich von Oxalaten sowie den bekannten rötlichen Sedimenten unterscheiden. Es wird ja freilich das auch sonst und recht häufig wahrgenommen, so bei fieberhaften Erkrankungen, croupöser Pneumonie, bei Anämien, grossem Wasserverlust, Staungsharn. etc. Das Besondere unseres Falles liegt aber gerade in der Abwesenheit derartiger Erklärungen der Harnsäureausscheidung, so dass sich der Verdacht auf andere Veranlassungen und namentlich die Gicht lenkt. Jedenfalls erscheint das Zusammentreffen dieser Harnveränderungen mit den angegebenen sog. atypischen noch zweifelhaften Fällen gichtischer Natur sehr auffallend. Es mögen hier ein paar Beispiele dieser Art angeführt werden.

6. Fr. Ch. L. 53 Jahr. 1905. Seit mehreren Jahren allgemeiner «Gliederschmerz», auch nachts, anfallsweise ein paar Mal im Monate auftretend, besonders heftig in der Taillenstelle. Letzter Anfall vor 4 Tagen. Kein Fiebergefühl, träger Stuhl, sonst keine Störungen. Urin beim Anfall trübe, dick und rot, nachher «braun» und endlich klar. Lues ausgeschlossen.

Voll, wohl aussehend, allgemeine Druckempfindlichkeit, besonders der Intercostalfurchen und des Abdomens. Reichlicher Absatz gelblichen Uratesediments im Harn, der albumin- und zuckerfrei ist. Januar 1906 nach Bonifaciusquelle eine Zeit lang gutes Befinden, später starke hämorrhoidale Beschwerden, Blutungen, seit 2 Monaten Schwellung und Schmerz im kleinen rechten Finger. Urin normal. Citarin 4.0 pro die ohne Wirkung. Mai. 1907. Dieselben Beschwerden. Januar. 1908. In letzter Zeit drei heftige Schmerzanfälle im Epigastrium, in Sternal- und Infrascapulargegend, beiderseits, einige Tage und Nächte während. Der Urin sedimentierte dabei stark, ist aber wieder klar geworden, Endphalangen des kleinen Fingers der rechten Hand etwas geschwollen und schmerzhaft, proc. xiphoid. sehr druckempfindlich, viele druckempfindliche Stellen an den Rippen. Sternum weniger empfindlich. Keine sichtbaren Gichtmerkmale.

7. Fr. Sch. 58 J. 1908. Seit 6 Jahren fast täglich, Winter und Sommer, Schwellung und Schmerz der Finger und Zehen, weniger in den grossen Gelenken. Jetzt Schulterschmerz, epigastrisches «Drücken» unabhängig vom Ersten, Stiche in der Herzgegend. Seit 3 Jahren pruritus vulvae, doch nicht beständig. Kein Durst aber Trockenheitsgefühl, wenig Appetit und träger Stuhl. Urin häufig, aber nicht vermehrt, von unbekannter Beschaffenheit. Wohl aussehend, arteriosclerotischer Gefässbefund. Urin gelb, trübe, sauer, kein Alb, kein Sach. Viel Urate im Harn, Harnsäurekrystalle in Gruppenform. Keine Leucocyten, keine Erythrocyten. 16. Aug. 1908. Noch viel Schmerzen. Ordination von Salzsäure.

8. Fr. Kr. 48 J. 1908. Im ganzen gesund, nur leicht erregt. In letzter Zeit an Körperfülle zugenommen. Seit 4 Jahren oft trockener Husten, Hustenreiz im Halse, Schnupfen, eigentlich beständig, Kopfschmerz beim Gehen, Herzklopfen, Durst. Normaler Stuhl, sehr guter Appetit. Genuss von viel Süssigkeiten. Seit vielen Jahren häufiges Vertau-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bungsgefühl in den Schultern und Oberarmen bis zum Ellenbogen, besonders links sich zum Schmerz steigernd, paar Stunden dauernd, zuweilen Kältegefühl an diesen Stellen. Seit 2 Monaten stärkere Beschwerden, im Sommer geringer. Seit vielen Jahren die Bildung eines rötlichen Sedimentes im Harn aufgefallen. Mutter an Cholelith. gelitten. Vater am Schlage gestorben.

Voll, wohl aussehend, keine Gichtknoten. Urin: trübt sich sofort beim Stehen, hellgelb, schwach sauer, kein Alb., kein Zucker, S. = 1025. Im reichlichen weissen Sediment ausschliesslich und massenhaft Harnsäurekrystalle, kleinste und grosse, diese im Wetzstein und Rhomboidform.

9. Herr H. 72 J. Sehr gesunder alter Herr, kein Raucher noch Trinker. Seit einem Jahr oft seitliche thoracale Schmerzen, mässig, sowohl in der Ruhe als bei Bewegung, auch nachts. Häufiger Abgang kleinster rötlicher Harnconcremente, besonders reichlich nach Obstgenuss, ohne Blasenbeschwerden. Sonst völliges Wohlbefinden.

Klein, wohl aussehend, arteriosclerot. Merkmale. Heberdensche Knoten am Mittelfinger und Zeigefinger der linken Hand, zuweilen Schmerzen an diesen Stellen. Endphalange des kleinen Fingers medianwärts gebogen. Urin: sauer, kein Alb. kein Zucker, viel Harnsäure- und Oxalatkrystalle.

10. Frau J. 60 J. 1908. Einige Jahre abends an Schwindel leidend, seit einigen Tagen «Brustschmerz», besonders links, oft Herzklopfen. Deswegen vor 2 Jahren in Nauheim gewesen. Sonst im ganzen gesund. Geniesst viel Süssigkeiten aber weder Kaffee, noch Wein, noch Bier. Harnsedimentierung nicht bemerkt.

Wohl aussehend. Geringe Verdickung der Endphalange des kleinen Fingers. Urin enthält zahlreiche Harnsäure- und Oxalatkrystalle. Kein Alb, kein Sw. G. = 1023.

11. Fr. v. L. 56 J. Februar 1908. Früher oft heftige Migränanfälle, die nach Eintritt der Menopause aufgehört haben, auch die nach den Geburten aufgetretene Cruralschwellung geschwunden. Seit einigen Jahren dagegen mässiger Schmerz in den Oberschenkeln und Steifigkeit der Füsse beim Abwärtsgehen, nicht beim Steigen; in der Ruhe keine Schmerzen. Keine typ. Gichtanfälle, weder Lumbago noch Wadenkrämpfe. Im ganzen überhaupt gegen früher gutes Befinden, guter Appetit, Normalstuhl. Nur einige Jahre beim Treppensteigen Herzklopfen, oft Schwindelgefühl «im ganzen Körper» und dazwischen Druckgefühl in der Sternalgegend. Seit einem Jahre auch nachts Trockenheit des Mundes, kein Durst, kein Hautjucken, keine Ausschläge, keine Katarrhe. Seit 3 Jahren mässige Schmerzen in den Fingerenden, nur rechts, am meisten im rechten Mittelfinger, wo auch die Knotenbildung begann. Beim Nähen schmerzt die rechte Hand. Urinbeschaffenheit vor 2 Jahren normal, Patientin selber nicht aufgefallen. Vater an Ekzem gelitten und am «Schlaganfall» gestorben. Mutter und ein Bruder an denselben «Fingerknoten» gelitten. Freundin von Caffee und Süssigkeiten.

Gesundes Aussehen, classischer Körperbau. Im ganzen normaler Organbefund. An den Endphalangen aller Finger, die Daumen ausgenommen, die bekannten seitlichen Knoten, grösster Knoten am Ulnarrand der Endphalange des kleinen Fingers der rechten Hand, die Phalange medianwärts abgebogen. Gelenke frei und schmerzlos, ungehindertes Ballen der Faust. Sonst keine Auftreibungen oder Schmerzstellen, nur noch umschriebene Druckempfindlichkeit der V. Rippe und des IV proc. spinos. thoracalis.

Urin: gelb, etwas getrübt, kein sach., kein Alb, keine Harnsäure und Oxalatkrystalle.

12. Fr. L. D. 61 J. 1908. Im ganzen gesund. Im vorigen Jahr wegen «mässiger Leberschmerzen» in Karlsbad gewesen. Zugleich schmerzende Finger beider Hände und geringer Schmerz am rechten Knie. Vor einem Monat fiel Patientin die Bildung roter Harnsedimente auf. Harn jetzt wieder klar. Klein, wohl aussehend, gut erhaltene Zähne. An den Endphalangen der Finger beider Hände, die Daumen ausgenommen, schöne Heb. Knoten bei normaler Beweglichkeit der Fingerglieder, Die Knoten bestehen schon mehrere Jahre. Kniee weder geschwollen noch schmerzhaft. Harn albuminund zuckerfrei. Viel Harnsäure und Oxalatkrystalle. S = 1029.

13. Fr. D. W. 41 J. 1908. Aus gesunder Familie, selber kräftig und gesund, nur seit 14 Jahren an «Arthritis» leidend, oft «Stechen in der rechten grossen Zehe, doch kein echter Anfall; vor zwei Jahren mässiger Knieschmerz rechts und Kniekrachen, dasselbe im Nackenteil der Wirbelsäule; nach Localbädern vergangen. 2 Mal schwere «Gallensteinkoliken». Obstipation. Schwerhörig seit dem 17. Jahr, kein Ausfluss, kein Schmerz, Trockenheit des Rachens und der Nase. In diesen Jahren am rechten Fussrücken eine kleine Geschwulst aufgetreten, erst weich und beweglich, jetzt hart, unbeweglich, immer schmerzlos. Seitdem Vertaubungsgefühl in der rechten grossen Zehe. Urin albumin- und zuckerfrei, weist aber immer einen roten Bodensatz auf.

Gesund aussehende Frau, klassischer Körperbau. Nirgends Knotenbildungen, weder an den Fingern noch den Ohren. Auf dem rechten Fussrücken der angegebene kleinnussgrosse, kegelförmige, mit dem I. Metatarsalknochen fest zusammenhängende Knoten. Haut über ihm normal, nicht adhärent.

Solchen typischen und atypischen Formen der Gicht begegnet man, was für die Beurteilung der ganzen Gichtfrage von Bedeutung zu sein scheint, in sehr verschiedener Häufigkeit. So ist England das eigentliche Land der typischen Gicht, sodann Belgien und auch Deutschland. In Russland hingegen und auch bei uns gehört die typische Gicht, der Podagraanfall, dass kann ich bestimmt versichern, zu den Seltenheiten. Gegen rund 2000 Fälle Garrod's, 200 eigene Fälle Ebsteins verfüge ich über rund höchstens 20 Fälle in 38-jähriger Praxis. Aus meiner Krankenhauszeit errinnere ich mich keines einzigen Podagra- oder überhaupt typischen Gichtfalles unter rund 30000 Kranken der i. Abt. in 20 Jahren *). Das allein scheint mir doch schon beweisend genug zu sein. Aber auch meine Nachfrage bei älteren Aerzten mit grosser Praxis ergab dasselbe Resultat.

Die Hauptsache bei der Gicht ist eben, wie ich schon vorhin bemerkte, nicht die Localerscheinung, die örtliche Veränderung, nicht der Gichtanfall, sondern, wie beim Diabetes mell., die constitutionelle Stoffwechseländerung, die zu localen Veränderungen, auch schwerer Art führen kann, aber nicht zu führen braucht und bei uns, zum Unterschied von anderen Ländern das auch nicht, oder doch nur selten tut. Den Grund eines so verschiedenen Verhaltens haben wir m. E. in der von der unsrigen abweichenden Lebensweise, besonders der bemittelteten Klasse in den genannten Ländern zu suchen, wohl auch in verschieden nationalen angeborenen Constitutionen. Wenn wir uns das Leben eines Engländers aus der guten alten Zeit vergegenwärtigen, mit seiner purinreichen, vorwiegend animalischen Kost und dem reichen Alcoholgenuss vom Morgen bis zum Abend — man denke nur an die Schilderungen dieser Lebensweise in den classischen Pickwickern — so begreift sich die Vorzugsstellung Englands aber auch Belgiens und Deutschlands leicht, während wir mit unserer anderen, mehr vegetarischen Lebensweise, vielleicht eben deshalb, von der typischen Gicht nur wenig zu leiden haben. Die gichtische Veränderung überhaupt aber scheint, wie der Diabetes mell., hier ebenso häufig wie anderwärts vorzukommen und sich nur in weniger auffallender Weise, nämlich in den zahlreichen atypischen Formen, zu denen m. E. auch die Heb. Knoten und die Dup. Contractur gehören, zu äussern.

Schlussbetrachtung. Aus dem Mitgeteilten ergibt sich vor allem die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen Gichterscheinung und der Gicht selber. Wesentlich besteht die Gicht in einer oft verborgenen Constitutionsanomalie, die zur Aufspeicherung von Harnsäure im Blut und in den Gewebssäften führt. Da die Harnsäure zum Unterschiede von Zucker, Albumin und anderen pathologischen Harnbestandteilen schon normaler Weise im Harne vorkommt, so erklärt sich

*) In einem Generalbericht des Rigaschen Stadtkrankenhauses pro 1886—1896 ist kein einziger Gichtfall angegeben gegen 106 Arthritis resp. Gichtfälle in der Berl. Charité in demselben Decennium.

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

die klinische Verborgenheit der Gicht. Der Harn Gichtkranker unterscheidet sich nicht vom Harn Gesunder, doch scheint seine Neigung zur Ausscheidung von Uraten und Harnsäure, auch ausser einer Anfallsperiode, mehr Beachtung zu verdienen.

Es ist möglich, dass diese Konstitutionsanomalie überall annähernd gleich verbreitet ist. Es scheint aber alsdann, als äussere sie sich, je nach Land und Nationalität in verschiedener Weise. Während die typische Gicht, die Podagra, seit Jahrtausenden schon bekannt ist und in einzelnen Ländern ein häufiges Leiden bildete, das dieser seiner auffallendsten Erscheinung auch seine besondere Stellung in der Pathologie verdankt, kommt es bei uns in den Ostseeprovinzen und, wie es scheint, in ganz Russland nur sehr selten zu typischen schweren Gichterscheinungen. Leichtere Gichtformen dagegen, typische und besonders atypische, mit ihrem noch unentschiedenen ätiologischen und pathogenetischen Charakter werden auch hier oft beobachtet. Die Heberdenschen Knoten besonders bilden eine fast tägliche Erscheinung.

Weiteren Untersuchungen muss es noch vorbehalten bleiben in diesem Teil der Gichtfrage grössere Klarheit zu bringen.

Benutzte Literatur.

1) F. Müller «Allgemeine Path. der Ernährung» in «Handbuch der Ernährungsther.» von Leyden. 1898. Bd. I pg. 199. 2) Minkowski «Die Gicht» Spec. Path. u. Ther. von Nothnagel 1903. 3) A. Schittenhelm «Bemerkungen über den Nucleinstoffwechsel» D. Arch. f. kl. M. Bd. 89. 1906. 4) Brugsch und Schittenhelm «Die Gicht, ihr Wesen und ihre Behandlung» in Ther. d. Gegenwart 1907 p. 432. 5) Br. u. Sch. «Noch einmal zur Gichtfrage» Ibidem 1907 p. 477. 6) Ebstein «Ueber die Beziehungen zwischen Pneumonie und Gicht» D. med. Woch. 1907 Nr. 34. 7) C. v, Noorden u. L. Schlieps «Ueber individualisierende u. diätetische Behandlung der Gicht» Berl. kl. Woch. 1905 Nr. 4. 8) P. Linser «Zur Pathogenese der Gicht» Ther. d. Gegenwart. 1908 p. 159. 9) H. Strauss. «Pathogen. u. Ther. d. Gicht» Würzburger Abhandlungen. II 8. 1902. 10) Magnus-Lewy «Ueber Gicht» Zeitschrift f. kl. Med. 189'. B. 36. 11) Falkenstein. «Ueber das Verhalten der Harnsäure u. des Harnstoffes bei der Gicht». Berl. kl. Woch. 1906. Nr. 8. 12) Falkenstein. «Rückblick auf die 5 jährigen Beobachtungen der Salzsäuretherapie bei der Gicht». Berl. kl. Woch. 1907 pag. 1645. 13) H. Gemmel «Die Gicht» Berlin. 1901. 14) Ebstein «Ueber den gichtischen Process» Verh. des Kong. f. i. Med. 1882. 15) Ebstein «Die Natur und Behandlung der Gicht» Verh. des Congr. f. i. Med. 1889. 16) Pfeiffer «Zweites Referat über die Gicht» auf dem Congr. f. i. M. 1889. 17) W. His jun. «Schicksal u. Wirkungen des sauren, harnsauren Natrons in Bauch- u. Gelenkhöhle d. Kaninchens». D. Arch. f. kl. Med. 1900. Bd. 67. 18) W. His jun. «Die Ausscheidung der Harnsäure im Urin beim Gichtkranken». D. Arch. f. kl. Med. 1900. Bd. 65. 19) Freudweiler «Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Gichtknoten» Bd. 63. 1899 u. Bd. 69. 1901 des D. Arch. f. kl. Med. 20) Klemperer «Sollen wir Gichtkranke mit Salzsäure behandeln» Ther. der Gegenwart 1907 p. 425. 21) Allard und Gross «Ueber Alcaptonurie» Mitt. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. XIX. 1. 22) Ebstein «Ueber die diff. Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel» D. Arch. f. kl. Med. 1904. Bd. 80. 23) Ebstein «Die Natur u. Behandlung der Gicht» Wiesbaden 1906. 24) E. Mendel «Gicht u. Psychose» D. Arch. f. kl. Med. 1907. Bd. 89. 25) Hoffa «Zur Lehre vom chron. Gelenkrheumat. u. der Arthritis» def.» D. med. Woch. 1907. Nr. 14. 25) Hoffa u. Wollenberg «Arthritis deform. u. sogen. chron. Gelenkrheum.» Stuttgart. 1908. 27) Franke «Chronischer Gelenkrheumatismus» D. m. Woch. 1907. 30—23. 28) Schüller «Der chron. Gelenkrheum. u. seine Behandlung» Verh. d. Congr. f. i. Med. 1897. 29) Schüller «Polyarthritis chron. villosa und Arthr. deformans» Berlin 1900. 30) Bäumler «Ueber chronischen Gelenkrheumatismus» Verh. der Congr. f. i. Med. 1897. 31) Senator. Ziemssen Sp. Path. u. Th. XIII 1 pag. 11. 32) Pollak «Ueber Harnsäureausscheidung bei Gicht und Alcoholismus» Deutsch. Arch. für kl. Med. 1907. Bd. 88. 33) Pfeiffer «Gichtfinger» Wiesbaden. 34) Pfeiffer «Zur Aetiol. u. Ther. der harns. Steine» Verh. des Congr. f. i. Med. 1886. 35) Pfeiffer «Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung» Verh. des Cong. f. i. Med. 1888. 36) Pfeiffer. III «Ueber Harnsäure u. Gicht» Berl. kl. Woch. 1892. p. 383. 412. 37) L. Wiek «Ueber den Heberdenschen Knoten». Ref. i. Centralblatt f. kl. Med. 1908. p. 233. 38) Magnus Lewy «Beiträge zum Stoffwechsel der Gicht» Berl. kl. Woch. 1896. Nr. 18. 39) H. Vogt «Stoffwechsel bei acuter Gicht» D. Arch. f. kl. Med. 1901. Bd. 71. 40) Van Loghem «Experimentelles zur Gichtfrage» D. Arch. f. kl. Med. 1906. Bd. 85. 41) Hampeln a) «Ueber thorak. Ostealgien» Berl. klin. W. 1905. Nr. 4. b) «Ueber Sternalschmerzen» Berl. klin. W. 1908. Nr. 18. 42) Becker «Ueber den Zusammenhang zwischen Leucaemie u. Gicht» Therapie d. Gegenwart. 1908. p. 95. 43) Falkenstein «Ueberlegungen zur Arbeit von Brugsch u. Schittenhelm» Therapie d. Gegenwart. 1908. p. 92. 44) Möller «Die Gicht» Therap. Monatshefte. Mai. 1908.

Die Vererbung in der Schwindsuchtsfrage.

Von

Dr. S. Unterberger.

Vortrag, gehalten auf dem internationalen Tuberculose-Congress in Washington September 1908.

In den letzten Decennien haben die biologischen Arbeiten für den Mediciner überhaupt ziemlich fern gestanden und doch ist dieses Gebiet auch für den practischen Arzt nicht nur höchst interessant, sondern auch sehr lehrreich. Es scheint somit im Interesse eines jeden Mediciners zu liegen, sich wiederum mit diesem Wissenszweige vertraut zu machen und die Errungenschaften der letzten Zeit auf diesem Gebiete kennen zu lernen[1]).

Die biologischen Forschungen über Entwickelung der Geschlechtszellen sind in den letzten Jahren sehr zahlreich gewesen und haben eine Fülle von neuen Anschauungen aufzuweisen, die imstande sind, auch bei der Vererbung in der Schwindsuchtsfrage die Gegensätze zwischen Hereditariern und Infectionisten auszugleichen. Im Grunde ist ja zwischen den Infectionisten und Hereditariern kein wesentlicher Unterschied, sondern nur ein gradueller, je nachdem die einen mehr auf den Boden, die anderen mehr auf die Infectionskeime Gewicht legen.

Welche Ergebnisse hat nun aber die Entwickelungs-Mechanik aufzuweisen?

In der Befruchtung der Eizelle erblicken wir jenen für die Vererbung bedeutungsvollen Vorgang, durch welchen väterliche und mütterliche Qualitäten in einem Individuum vereinigt werden. Als materielles Substrat dieses Processes — von Weismann Amphimixis bezeichnet — stellt sich uns die Vereinigung zweier Zellkerne dar, des Spermakernes mit dem Eikern.

„Wenn wir den geheimnissvollen Erscheinungen der Vererbung näher zu treten versuchen", schreibt Heider, „so stehen zwei Wege offen, auf denen mit Aussicht auf Erfolg vorzudringen möglich wäre. Der erste Weg bedient sich der planmässigen Züchtungsexperimente. Durch genaue Feststellung der Merkmale, welche die einzelnen aus einander hervorgehenden

---

[1]) Einem jeden Mediciner, einem jeden Tuberculoseforscher kann ich nicht warm genug ans Herz legen das klassische Werk von Prof. Martius-Rostok «Pathogenese innerer Krankheiten» (Verlag von Franz Deuticke Leipzig und Wien), dessen letzter Band kürzlich erschienen. «Genau 10 Jahre», schreibt Martius als Vorwort, zum ganzen Werk, «sind verflossen, seit ich den ersten Versuch machte, anknüpfend an die grundlegenden Arbeiten von Hueppe und Gottstein, dem naturwissenschaftlichen, exacten Begriff der Krankheitsanlage einer gegensätzlichen, damals und zum Teil heute noch allmächtigen Forschungsrichtung gegenüber, die nur die äusseren Krankheitsursachen als gegeben gelten liess, wieder zu ihrem altem Recht zu verhelfen». Im letzten Bande behandelt Martius das für den Tuberculoseforscher wichtige Vererbungscapitel, den Schlussstein der naturwissenschaftlich-biologischen Constitutionspathologie.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

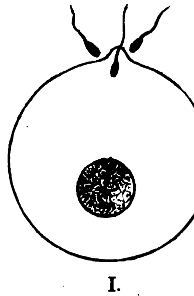
Generationen erkennen lassen, werden wir zu allgemeineren Vorstellungen über die Art ihrer Uebertragung geführt und wir werden veranlasst, einzelnen Merkmalen alsdann eine erhebliche Selbständigkeit zukommen zu lassen, indem sie in den mannigfaltigsten Combinationen in die Bildung der Keimzellen eingehen können. Erscheint uns so der ausgebildete Organismus als ein Bündel von Merkmalen oder von elementaren Eigenschaften, wie De Vries sie benennt, so werden wir dazu geführt, für jede derselben besondere repräsentative Teilchen in der Keimessubstanz näher kennen zu lernen und das führt uns sur Betretung des zweiten Weges, zur Erforschung der cytologischen Grundlage der Vererbungserscheinungen. Auf dem Standpuncte der Zellentheorie stehend, müssen wir in letzter Linie die Phänomene der Vererbungserscheinungen in den Vorgängen des Zellenlebens erblicken."

Das exacte Studium der äusseren Krankheitsursachen, in unserem Falle die Bacteriologie, sagt Martius, beherrscht das Feld mit Recht und wird es auch fürderhin beherrschen. Der Mensch muss seine äusseren Feinde kennen lernen, wenn er sie vermeiden oder unschädlich machen will. Das verlangt gerade die Constitutionspathologie. „Sie will nur das zum Verständnis der Artempfänglichkeit und noch mehr der individuellen Pathogenese notwendige innere Moment, die erworbene oder häufiger angeborene Krankheitsanlage nicht vernachlässigt, sondern ebenfalls mit in die pathogenetische Rechnung eingesetzt sehen.

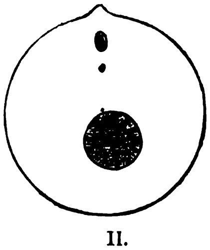
Betrachten wir jetzt die Abbildungen des Actes der Befruchtung, welcher die Vererbung illustriert, zusammengesetzt auf Grund von Arbeiten von Bovere, Weismann, Hertwig, Heider u. a.

In den vorliegenden 13 Bildern finden wir dargestellt das grosse Geheimnis des Befruchtungsactes im tierischen Leben. Diese Bilder ergiessen ein helles Licht auf dieses Gebiet und geben uns eine bestimmte Grundlage für die Beurteilung der Lehre von der Vererbung. Haben wir eingehend diesen Process kennen gelernt, dann werden wir die biologischen Gesichtspuncte über Vererbung der Schwindsucht, deren Bedeutung die Infectionisten zu sehr unterschätzen, besser uns vorstellen können.

Abbildungen des Aktes der Befruchtung.



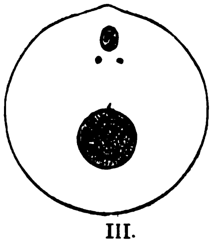
I.



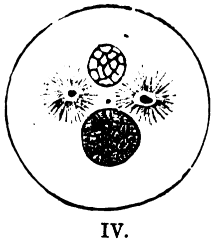
II.

Bild 1. Die höheren tierischen Organismen vermehren sich und wachsen ebenso wie die niederen und ebenso wie die pflanzlichen vermittelst Teilung der Zellen. Die Zelle ist die Basis einer jeden Organisation und die Teilung der Zelle ist die Basis einer jeden Vermehrung. Die Zelle, deren Bau bis in die kleinsten Details noch nicht endgiltig aufgeklärt ist, besteht aus einem Klümpchen lebender Materie, genannt Protoplasma, und aus einem im Innern sich befindlichen Kern. Eizelle oder Ei, aus dem sich der complicierte Organismus entwickelt — miteingerechnet auch den menschlichen, stellt ebenso dar (Bild 1) ein Klümpchen Protoplasma und im Innern einen Kern. Diesen Kern bezeichnet man als Eikern. In demselben kann man in der Mitte der Hülle ein feinfaseriges Netz unterscheiden, welches die Fähigkeit besitzt, sich mit verschiedenen Farben zu färben. Infolge dessen bezeichnete man es als Chromatinnetz. Auf dieser und den folgenden Bildern ist das Chromatinnetz des Eikerns mit blauer Farbe gefärbt. Weiter sieht man auf dem Bilde in dem Empfängnishügel des weiblichen Eies das Eindringen des männlichen Eies, des Spermazotoiden, welcher zusammengesetzt ist aus einem Kopf (rot gefärbt) und einem Schwanz. Darin besteht nun der erste Akt der Befruchtung. Man hat ausserdem beobachtet, dass die Mikropyle, d. h. der Eihügel sich nicht passiv verhält, sondern nach allen Richtungen sich dreht zu den ihn umschwärmenden Spermazotoiden.

Bild II. Sobald der Spermazotoide ins Ei gedrungen, d. h. sobald der Akt der Befruchtung erfolgt ist, so verliert er den Schwanz und von diesem Moment an stellt er den Spermakern vor. Auf diese Weise bestehen in der befruchteten weiblichen Eizelle zwei Kerne: ein grösserer Eikern und ein kleinerer Samenkern. Gleich von vornherein ist der Samenkern bedeutend kleiner als der Eikern. Alles Wesentliche, jeder notwendige Vorrat an Materie und Energie ist hier enthalten, aber gleichsam in gepresster und concentrierter Form. Durch diesem Umstand werden die lebhaften Bewegungen erleichtert, die für den Spermatozoiden nötig sind. Zu dieser Zeit des geringen Vorrats an Protoplasma trennt sich im Samenkern, aus dem Vorrat, welchen er mit sich in die Eizelle genommen, auch ein neuer Körper ab, der sich vor dem Samenkern lagert, zwischen ihm und dem Eikerne. Dieser Körper ist dargestellt durch einen schwarzen Punct umgeben von Strahlen, die sich um ihn verbreiten, ähnlich wie sich um die Pole eines Magneten Eisenpfeilspähne gruppieren. Das ist der Centralkörper oder das Centrosom.



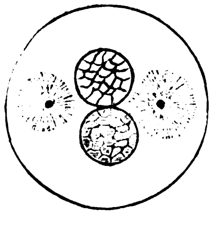
III.



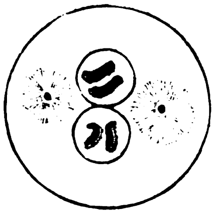
IV.

Bild III. Die Eizelle bleibt ohne sichtbare Veränderungen. Der Samenkern ist vergrössert und es beginnt sich ein ähnliches (rot gefärbt) Chromatinnetz zu bilden wie im Eikern. Er ist dem Eikerne genähert. Das Centrosom hat sich geteilt in zwei schwarze Puncte, umgeben von Strahlen.

Bild IV. Das Chromatinnetz des Samenkerns ist grösser, deutlicher; der Samenkern selbst ist grösser geworden und hat sich noch mehr dem Eikerne genähert, der sich seinerseits auch vergrössert hat. Beide Centrosome sind vollständig gesondert und gehen auseinander, das eine nach rechts, das andere nach links, gleichsam zwei Pole bildend.



V.



VI.

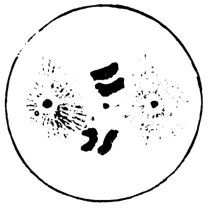
Bild V. Der Samenkern hat dieselbe Grösse erreicht, wie der Eikern und nach seinem äusseren und feinsten Bau ähnelt er ihm vollkommen. Zu gleicher Zeit haben sich beide Kerne genähert bis zur Berührung; in einigen Fällen sind sie vielleicht sogar bereits verschmolzen in einen Kern. Wir haben hier gleichsam eine neue — die zweite — Befruchtung vor uns, eine Befruchtung der Kerne. Die Chromatinnetze beider Kerne sind scharf begrenzt. Beide Centrosome haben sich bedeutend vergrössert und treten deutlich ausgesprochen auf, das eine auf der rechten, das andere auf der linken Seite. Von diesem Moment an beginnt ein höchst interessanter Akt, der wahrscheinlich sich schon früher vorbereitete und auf dem nächsten Bilde dargestellt ist.

Bild VI. Die Fäden des Chromatinnetzes fangen an sich zusammenzuziehen: in jedem Kerne, im männlichen wie im weiblichen erscheinen Stäbchen, häufig gekrümmt, die in sich die ganze Chromatinsubstanz aufnehmen, so dass auf der übrigen Fläche des Kernes vom früher gefärbten Netze keine Spur nachbleibt. Diese Stäbchen heissen Kernschleifen oder Chromosome. Die grosse Bedeutung der Chromosome

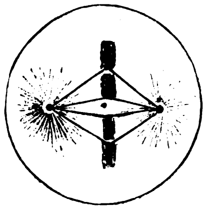
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besteht darin, dass in ihnen das materielle Substrat für die Vererbung gesehen wird. In diesen Stäbchen concentriert sich die ganze Summe des vererbbaren Vorrats an Materie und Kraft, die von unzähligen Vorfahren übergeht in das neu entstehende Wesen. Dabei ist noch der Umstand bemerkenswert, dass für jede Art von Organismen eine bestimmte Zahl von Chromosomen existiert, das Gesetz der Zahlenconstanz. Wenn z. B. für unser Individuum, wie beifolgende Zeichnung zeigt, charakteristisch sind vier Chromosome, so gehören zwei von ihnen dem männlichen Kerne und zwei dem weiblichen an. Es gibt Arten mit 12, 16, 24 Chormosomen u. s. w.

Die Centrosome sind auf unserer Zeichnung, wie früher, von beiden Seiten der Kerne gelagert, die sich in der Mittel- oder Aequatoriallinie befinden.



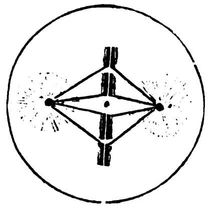
VII.



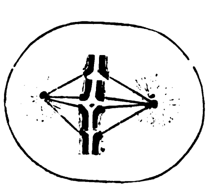
VIII.

Bild VII. Vier Chromosome haben sich vollständig befreit von dem sie umgebenden Protoplasma und der Kernhülle und haben sich gleichsam entblösst.

Bild VIII. Hier sehen wir, dass die sozusagen entblössten Chromosome sich in Reih und Glied gestellt haben mit Bildung der charakteristischen Spindelfigur mit den Strahlensonnen (Centrosome) an ihren Polen.



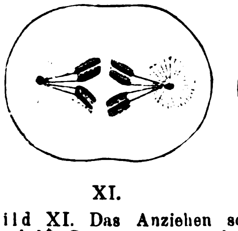
IX.



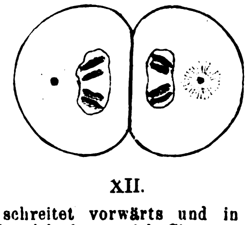
X.

Bild IX. Wir haben den Akt der Befruchtung verfolgt bis zur vollständigen Bildung von männlichen und weiblichen Chromosomen und bis zu ihrer Bildung etwa einer Schlachtlinie. Jetzt beginnt die Vorbereitung zur Teilung der Zelle, d. h. zur Verwandlung eines Individuums in zwei. Der erste Akt dieser Teilung besteht in einer Teilung eines jeden Chromosoms in zwei: unsere Schlachtlinie hat sich geteilt in zwei; aus vier Chromosomen haben sich acht gebildet, aus einer Schlachtlinie zwei und jeder Schlachtlinie entsprechen wieder vier Chromosome, zwei männliche und zwei weibliche. Folglich werden die zukünftigen zwei Tochterzellen, jede, wie die Mutterzelle, zu je vier Chromosome haben: zwei männliche und zwei weibliche.

Bild X. Die Chromosome fangen an, angezogen zu werden durch die Strahlen der Centrosome und zwar die rechte Reihe durch die Strahlen der rechten — die linke durch die Strahlen der linken Centrosome.



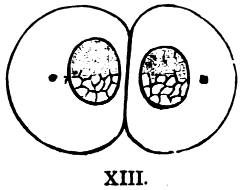
XI.



XII.

Bild XI. Das Anziehen schreitet vorwärts und in der Nähe jedes Centrosoms sammeln sich ebenso viele Chromosome, wie viel es ihrer anfänglich in der Mutterzelle gab. Zugleich vergrössert sich die Zelle in die Breite, und das Protoplasma beginnt, sich zu teilen.

Bild XIII. Die Strahlen, die das Centrosom und die mit ihm sich bildende sternförmige Figur umgeben, haben ihre Rolle ausgespielt und verschwinden. Auf jeder Hälfte umgeben sich die Chromosome mit Protoplasma und einer Hülle und bilden einen Tochterkern. Die Eizelle fährt fort sich in zwei Zellen zu teilen.



XIII.

Bild XIII. Die Mutterzelle hat sich vollständig getrennt in zwei Tochterzellen. Die Chromosome sind in ein Chromatinnetz verwandelt, wobei jeder Tochterkern das Resultat darstellt von einer Verschmelzung des Samenkerns mit dem Eikern der Mutterzelle. Auf diese Weise enthält jeder neue Kern eben soviel männliche, wie weibliche Materie. Mit anderen Worten, im zukünftigen Organismus des Kindes befindet sich annähernd die Hälfte der väterlichen und die Hälfte der mütterlichen Materie und Energie *).

Aus der sich nun immer wieder von neuem wiederholenden Teilung und fortschreitenden Differencierung dieser Zellen und ihrer Abkömmlinge baut sich allmählich der ganze vielzellige Organismus auf, bis er das Ende seiner Entwickelung erreicht hat.

Hier muss folgender für die Entwickelungsmechanik wichtige Vorgang eingeführt werden. Die beiden in der Befruchtung sich vereinenden Kerne enthalten nur je die halbe Zahl von Chromosomen, so dass erst durch ihre Vereinigung wieder ein vollwertiger Kern mit der ganzen Normalzahl von Bestandteilen geschaffen wird. Die Herabsetzung der Zahl der Chromosome auf die Hälfte erfolgt in der Reifungsperiode der Keimzellen. Dieser specielle Teilungsmodus wird als Reductionsteilung bezeichnet.

Von der genialen Hypothese Weismanns von der Continuität des Keimplasmas gibt Prof. Barfurth eine ziemlich klare Darstellung. Bei der Zellteilung des befruchteten Eies ergeben sich früher oder später zwei Arten von Zellen. Die eine Art teilt sich beständig weiter und besitzt schliesslich nur noch minimale Teilchen des ursprünglichen Keimplasmas, d. h. der aus Chromatinschleifen bestehenden Keimmasse, das die eigentliche Vererbungssubstanz darstellt. Diese Zellenart liefert durch Umwandlung ihres Protoplasmas Muskel-, Nerven-, Darmzellen u. s. w., das sind die Körperzellen oder somatischen Zellen. Die anderen Zellen entwickeln sich langsamer, bleiben an Zahl gering, behalten dafür aber eine verhältnismässig grosse Menge Keimplasma. Sie haben die Fähigkeit, nach Ausbildung des Individuums die Art fortzupflanzen und heissen deshalb Geschlechtszellen. Diese Geschlechtszellen nun werden bald in das Innere des Körpers verlagert und bleiben passiv liegen bis zur Geschlechtsreife. Diese Zellen sind es also, die das ererbte Keimplasma enthalten, um es unverändert auf die Nachkommen zu übertragen.

Für die Vererbungslehre ist demnach erstens die Tatsache von Wichtigkeit, dass die Samen und Eizelle, obgleich sehr verschieden ausgerüstet, — die Eizelle durch Anhäufung plastischen Materials erheblich umfangreicher, die Samenzelle klein, compendiös — doch zwei gleichartige Bestandteile die Geschlechtskeime enthalten, in deren Vereinigung das für die Vererbung wichtigste Moment zu erblicken ist; zweitens, dass bei der Befruchtung die gleiche Zahl von Kernschleifen oder Chro-

*) Für die Frauenrechtlerinnen scheint in dieser einheitlichen Tätigkeit des männlichen und weiblichen Kerns die Natur anzeigen zu wollen, gleichsam wie ein Symbol — die sociale Gleichberechtigung beider Geschlechter!

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

mosomen väterlicher und mütterlicher Provenienz zusammentreten, um den ersten Furchungskern zu bilden und dass bei der nachfolgenden Ontogenese dieselbe Zahl auf die Nachkommen weiter übertragen wird; drittens, wie die Autoren festgestellt, dass einzelne Chromosomen bald grösser, bald kleiner erscheinen, bald blasser, bald saftiger gefärbt sind, somit qualitativ Unterschiede zeigen.

Durch diese Tatsache scheint die Uebertragung der Eigenschaften beider Eltern auf das Kind bis zu einem gewissen Grade erklärt. Und wenn bei der Ausbildung des Kindes diese beiden in jeder Zelle deponierten Erbmassen nicht immer in gleicher Kraft wirksam sind, weil die Chromosomen sich als qualitative verschieden erweisen, und somit gelegentlich die eine über die andere einen überwiegenden Einfluss geltend macht, so scheint auch die Tatsache erklärlich, dass die Kinder häufig in gewissen Merkmalen mehr oder ausschliesslich dem einen der beiden Eltern nachgeraten (Heider).

Wenn wir die Chromosome als die Träger der Erbmasse im allgemeinen bezeichnen, so fragt es sich, ob es nicht jetzt schon möglich ist, die Chromosome in einzelne Componenten zu zerlegen. Den Chromosomen kommt entschieden eine gewisse Selbständigkeit zu, ja sie präsentieren sich uns als bestimmt organisierte Bestandtteile des Keims, ja förmlich als selbständige kleine Organismen, die in ihrem Bau an Bacterien erinnern.

Man hat bei einigen Organismen beobachtet, (Heider), wie zwei Chromosome sich einander nähern, sie scheinen durch einen geheimnisvollen Trieb, durch eine uns rätselhafte Anziehunskraft aneinander geführt, bis sie sich berühren und schliesslich zu einer Gruppe vereinigen. Dieses Sichaufsuchen und Vereinigen zweier Chromosome, die im ganzen übrigen Leben des Organismus getrennt waren, erinnert an die Vorgänge der Conjugation bei einzelligen Wesen, und man hat auch hier von einer Conjugation der Chromosome gesprochen. Ob bei den gewöhnlichen Conjugationen, wie bei den Infusorien, in denen nachträglich die Conjugationen sich wieder von einander trennen, ein Austausch chromosomer Substanz stattfindet, dafür liegen noch keine Beobachtungen vor, doch diese Annahme wird wohl noch ihre Bestätigung finden.

Ohne Annahme kleinster Lebenseinheiten, aus denen jede tierische Zelle, wie überhaupt alle lebende Substanz besteht, ist jede Vererbungslehre unmöglich. Wir nennen sie mit Weismann Biophoren, Lebensträger, und schreiben ihnen alle Eigenschaften zu, die das Wesen des Lebendigen ausmachen: Assimilationen, Wachstum etc. Da die Biophoren der directen Beobachtung nicht zugänglich gemacht werden können, so bleiben sie hypothetische Gebilde. Aus der Tatsache der Vererbung schliesst nun aber Weismann, dass die Biophoren als Träger der Vererbungseigenschaften in der Keimzelle gruppenweise zu höheren Lebenseinheiten mit fester Structur verbunden sind, die er Determinanten nennt. „Die Determinante ist nicht ein loser Haufen verschiedener Biophoren, sondern eine mit besonderen Eigenschaften ausgerüstete, dem Biophor übergeordnete Lebenseinheit“.

Auch diese Determinanten, sagt Martius, liegen noch weit unter der Grenze der Sichtbarkeit. Aber auch sie sind noch nicht die unmittelbaren Constituenten des Zellkeims. Weitere Erwägungen führten Weismann zu der Annahme von Determinantengruppen, welche wiederum eine in sich geschlossene höhere Lebenseinheit darstellen, die dritte Stufe derselben, da sie sich direct aus Determinanten, diese aber wieder aus Biophoren zusammensetzen. Die letzten Einheiten nennt Weismann „Ide“ und diese „Ide“ sind, wenn Weismann's Annahme sich als richtig erweist, der directen Beobachtung zugängig und sichtbar. Die erwähnten Kernstäbchen, die die eigentliche Vererbungssubstanz darstellen, lassen unter dem Mikroskop eine Art von Gliederung erkennen. Sie setzen sich aus kleinsten Körnchen, den Mikrosomen, zusammen, und diese Mikrosomen sind nach Weismann nichts anderes, wie seine Ide. Mit dieser Annahme sind wir aber in dem Gebiet der direct beobachtbaren Vorgänge angelangt. Weismann betont immer wieder den grossen Fortschritt, der in seiner Vererbungstheorie der früheren gegenüber dadurch gegeben sei, dass die wesentlichen Vorgänge der Vererbung, deren Erklärung wir suchen, embryologsich direct sich beobachten lassen.

Von der Rolle dieser kleineren Partikelchen für die Vererbung sind wir derzeit nicht imstande etwas sicheres auszusagen. Dagegen fussen wir, nach Heider, auf wohl begründetem Boden, wenn wir uns darauf beschränken, die Rolle der Chromosome ins Auge zu fassen und in ihnen selbständige, individualisierte und qualitativ verschiedene Träger erblicher Eigenschaften zu erblicken.

Wenn man nun bedenkt, dass die höheren Organismen sehr hohe Chromosomenzahlen aufweisen, so steigt hiermit die Zahl der möglichen Combinationen ins Ungeheure. Durch die Reifungsteilung wird nun das Erbgut an grosselterlichen Chromosomen den Enkeln in den mannigfaltigsten Combinationen übermittelt und dabei sichert doch jede Keimzelle die vollständigen zur normalen Entwickelung nötigen Chromosomengarnituren. Es erklären sich auf diese Weise die oft auffallenden Unterschiede zwischen Geschwistern und die launenhaften Uebertragungen der grosselterlichen Anlagen, die besonders bei hereditären Dispositionen zu Krankheiten oft bemerkt werden. (Heider).

Wie wir sehen, sind die neusten Forschungen auf dem Gebiete der Entwickelungsmechanik aus dem Bereiche der Hypothesen getreten und wir fangen an, auf Grund von Tatsachen Fuss zu fassen. Diese cytologischen Forschungen ergänzen sich zudem bereits in vielen Stücken durch verschiedene Züchtungsversuche. Wie gering die gewonnenen Tatsachen aber auch sind, sie geben doch schon eine Handhabe, uns klare Begriffe zu machen auch über die Vererbung der Schwindsucht oder exacter ausgedrückt, über die Vererbung der Anlage zur Schwindsucht. Zur Lösung dieser wichtigen Frage sind aber auch wir practischen Aerzte in hohem Grade imstande, fördernd zu wirken und zwar durch systematische Aufstellung von Ahnentafeln. Riffel hat bereits ein schönes Material dazu geliefert, indem er kleine Orte zum Gegenstande seiner Studien wählte und eine Zusammenstellung der Todesursache bei den Einwohnern durch mehrere Generationen in der Ascendenz in mühevoller Weise zusammengebracht hat. Riffel's Arbeiten wurden seinerzeit unter dem einseitigen Einfluss der Bacteriologen nicht genug gewürdigt. Erst in jüngster Zeit, veranlasst durch die hervorragenden Studien über die Pathogenese der inneren Krankheiten von Prof. Martius, fangen seine Arbeiten an, immer mehr zur Geltung zu kommen.

Es ist das Verdienst des Historikers Prof. Lorenz, wie Martius es hervorhebt, dass wir einen neuen Weg der Verwendung der Ahnentafeln betreten haben, um in der Frage der Erblichkeit pathologischer Anlagen weiter zu kommen. Schlüter hat aus den wertvollen Arbeiten von Riffel Ahnentafeln zusammengesetzt, wo die gesamte Erbmasse des Einzelindividuums ganz und voll zum Ausdruck kommt. In den Ahnentafeln steckt die ganze Erbmasse des als Ausganspunct

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gewählten Individuum, die weiblichen Ahnen sind vollständig darin enthalten, während bei den Stammbäumen nur solche Mitglieder verzeichnet sind, die denselben Familiennamen führen.

Schlüter führt aus der Riffel'schen Arbeit nur vier Beispiele an und stellt in diesen schon recht vollständige Ahnentafeln zusammen, die bis zu 62 Ahnen durch 5 Generationen aufweisen. Die Dörfer, die Riffel beschrieben, sind stark verseucht bei vollständig antisanitären Verhältnissen, so dass eine ganz aussergewöhnliche Exposition für jeden Insassen vorhanden ist. Z. B. die Familie Weick in Tafel I. war einer Infection besonders stark exponiert und wird einer öftern Infection schwerlich entgangen sein, sie blieb durch 5 Generationen in bezug auf Schwindsucht verschont. In andern Tafeln kann man deutlich verfolgen, wie die phthisische Belastung sich forterbt, oder wie die nichtbelasteten Individuen verschont bleiben.

Die Constitutionspathologie, auf die Hüppe als erster mit Nachdruck aufmerksam gemacht, stellt somit die Rolle der Heredität bei der Krankheitsentstehung in das rechte Licht. Aeussere Ursachen können nur da Krankheitsvorgänge auslösen, wo sie eine entsprechende specifische Anlage vorfinden!

Welche Begriffe existieren aber immmer noch unter Aerzten über Vererbung und Anlage in der Pathologie der Phthise?

Während Koch im Jahre 1884 vorläufig die Annahme einer Disposition noch bestehen lässt, erklärt er auf dem Londoner Congress im Jahre 1901, dass die erbliche Tuberculose doch practisch gar keine Bedeutung habe. Die Disposition gibt Koch zu, die Erblichkeit leugnet er, sagt Martius. Wie verhalten sich nun aber Disposition und Vererbung zu einander?

Wenn es Phthisikerfamilien gibt, die von Hause aus eine verringerte Widerstandskraft gegen den Tuberkelbacillus mit auf die Welt bringen, so muss diese besondere Disposition oder Anlage auch ererbt sein, sie muss, um in der Sprache der Biologie zu reden, in bestimmten Determinanten oder Determinantengruppen gegeben sein, die diesem Individuum in seiner Erbmasse mitgegeben sind. Es ist biologisch unmöglich, die Bedeutung der Veranlagung für die Phthiseogenese zuzugeben und doch die Rolle der Vererbung nicht sehen zu wollen. Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich aber sofort, wenn es nun klar wird, dass Koch nicht an die Vererbung im exact biologischen Sinne gedacht, sondern lediglich die germinative event. placentare Infection im Auge gehabt hat. Auch Behring spricht sich nicht biologisch exact aus, wenn er von praegenitaler und postgenitaler Heredität spricht. Gemeint ist widerum nicht Vererbung, sondern Infection.

Was versteht nun die Biologie unter Vererbung im Allgemeinen?

Unter ererbt versteht die Biologie nur solche Eigenschaften oder materielle Substrate, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren. Die ganze Erbmasse des neuen Individuums steckt materiell in den beiden nach dem Copulationsacte miteinander verschmelzenden Geschlechtszellen — dem Ei und dem Spermatozoon. Ist diese Verschmelzung geschehen, so ist der Act der Vererbung vollendet. Angeboren (Congenital) ist also alles, was ein Kind mit auf die Welt bringt. Ererbt ist aber nur das, was aus den Determinanten der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt[1]). Intrauterine Erwerbungen sind somit als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt.

Das Anlagecapital an geistigen und körperlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, an Eigentümlichkeiten krankhafter oder gesundhafter Art, das ein jeder von uns mit auf die Welt gebracht hat, verdankt er beiden Eltern zu gleichen Teilen. Seinen directen embryologischen Ausdruck findet dieses biologische Postulat wie wir gesehen in der Tatsache, dass nach Teilung der Chromatinfäden — durch Reductionsteilung — die Hälfte eines jeden Kernes der beiden Geschlechtszellen mit der Hälfte des andern zu je einem neuen Kern sich vereinigt, so dass nunmehr in der gemeinschaftlichen Protoplasmamasse zwei neue Kerne sich bilden, von denen jeder ebenso viel Material vom männlichen Spermatozoon besitzt, wie vom weiblichen Ei. Und so geht die Teilung weiter. Daher kommt es, dass in dem neuen, aus dem Ei sich entwickelnden Tiere in allen Zellen seines Körpers gleichviel Chromatin (Keimsubstanz) väterlichen wie mütterlichen Ursprungs enthalten ist. Das neue Wesen ist in allen seinen Teilen und künftigen Eigenschaften fest bestimmt. Der Einfluss der Mutter, der von nun an allein wirksam wird, kann daher nur ein modificierender, die Entwickelung hemmender oder fördernder sein. Aber er kann der nun fixierten Erbmasse nichts Neues, keine Determinante mehr hinzufügen.

Die Krankheitsdeterminanten, die jeder einzelne von uns in wechselnder Zahl, Art und Combination aufweist, stammen, wie alle seine Determinanten überhaupt, aus seiner, ihm individuell zugehörigen Ahnenmasse. Was in dieser von weiter vererbbaren Anlagen (Determinanten), nicht vorgebildet ist, das bringt kein äusserer Einfluss mehr in das nach der Kernverschmelzung gegebene und fest begrenzte individuelle Keimplasma hinein.

Die individuellen Differenzen setzen Determinanten voraus, die im Ahnenplasma der Eizellen vorhanden sein können, aber nicht müssen. Je höher organisiert die ganze Gattung, desto grösser die Zahl dieser Individuell wechselnden Determinanten. Wenn die Geneologie lehrt, dass jeder Mensch in der siebenten Generation aufwärts schon 128, in der achten 256, in der zwölften bereits 4096 Ahnen gehabt hat, die alle individuell verschieden waren und von denen allen er eine oder mehrere besondere individuelle Determinanten geerbt haben kann, so begreift sich die ungeheure Zahl individueller Combinationen, die bei seiner eigenen Zeugung möglich war, von denen aber nur eine sich realisiert hat. (Martius).

Der Begriff der erblichen Belastung wird meist viel zu eng gefasst. Nicht die Tatsache allein, ob eines der Eltern oder beide an der gleichen Krankheit gelitten haben wie der Explorand, ist entscheidend. Auf dieser engen Basis aufgebaute Statistiken bringen uns allein wissenschaftlich nicht weiter.

Alle krankhaften Anlagen, die bei irgend einem Individuum hervortreten, sind als ererbte anzusehen, ganz gleichgiltig, ob die entsprechenden Krankheiten bei den Eltern oder deren Vorfahren nachweisbar sind oder nicht.

Die latente Vererbung spielt nämlich in der Pathologie eine viel grössere Rolle als gewöhnlich an-

[1]) Anmerkung. Phthisischer Habitus, mit Genügend oder ungenügend entwickelter Thoraxappertur oder unentwickelten Rippen, ist schon von alten Aerzten als ererbt angesehen und ist nicht als erworben zu deuten, etwa als Folge einer Tuberkelbacilleninfection.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen wird. Nur ist es bei der Unsicherheit unserer geneologischen Familienkenntnisse meist sehr schwer auch nur über die nächsten Generationen hinaus den Nachweis zu führen, bei welchen der zahllosen Ahnen die entsprechende Determinante zur Entwickelung gekommen ist.

Die Frage nach der Vererbung pathologischer wie auch normaler psychischer und leiblicher Eigenschaften läuft nun aber einfach auf eine Wahrscheinlichkeitsrechnung hinaus. „Kein vernünftiger Mensch“, sagt Martius, „glaubt an die Möglichkeit eines Systems, mit dem es gelingen müsse in Monte Carlo mit Sicherheit vorauszuberechnen, ob im Einzelfalle die Kugel auf rouge oder noir oder gar auf zéro fällt. Was wir wissen, ist nur, dass die Wahrscheinlichkeit für rot sich wie 1 zu 2, für zéro aber nur wie 1 zu 36 verhält.“ Ungefähr mit ähnlicher Wahrscheinlichkeit wissen wir, dass für ein Elternpaar seine Kinder mit dem complicierten Determinantenkomplex, den wir „ausgesprochene phthisische Anlage“ nennen, um so geringer ist, je weniger Phthise in der beiderseitigen Ahnenmasse aufzufinden ist. Dabei ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass aus einer tuberculös stark belasteten Ahnenmasse im Einzelfalle ein besonders widerstandsfähiges Individuum hervorgehen kann. Wer Pech hat“, sagt Martius, „erwischt bei der Kernverschmelzung, aus der er hervorging, selbst die einzige schwarze Kugel (d. h. Krankeitsdeterminanten), die in seiner Ahnenmasse steckt, während ein anderer fast nur aus weissen Kugeln entstand.

Die neuesten Forschungen haben unter anderem noch gezeigt, dass bei der Befruchtung das Ei nicht die passive Rolle spielt, die ihm früher zugeschrieben wurde. Die biologischen Forschungen zeigen ein deutliches actives Verhalten des Befruchtungshügels, man sieht, wie derselbe sich nach allen Seiten hinrichtet, wo die Spermatozoen an ihn heranrücken. Wie im gewöhnlichen Leben nicht selten Schwindsuchtcandidaten eine gewisse Zuneigung zu einander zeigen, so könnte das auch bei den sich befruchtenden Ei- und Spermazellen nicht unmöglich sein. Unter der stattlichen Zahl von über 50 Millionen Spermatozoen-Bewerbern, die bei einer Ejaculation ausgeworfen werden sollen, könnten gerade die Tuberculoseveranlagten mehr Neigung zu einander empfinden. Sehen wir nicht, wie häufig Aborte bei Schwindsüchtigen, wo bei der Copulation die Anlage bei den einzelnen accumuliert, rasch zum Untergange des zukünftigen Individuums führen, und zwar bereits im Uterusleben, ganz abgesehen von der grossen Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren.

Die Vererbung individuell erworbener anatomischer Defecte (Verletzungen, Verstümmelungen) spielt nach Martius für die menschliche Pathologie absolut keine Rolle. Bei dem historisch entwickelten, artfest gewordenen Menschen werden erworbene Defecte nicht vererbt; sie gehören der somatischen Zellengruppe an *).

Wir können jetzt nicht mehr die Existenz einer Anlage, einer Disposition für die Schwindsucht leugnen. Die specifische Anlage liegt in dem erkrankenden Körper selbst, aus dem, wie Hueppe sagt, die Bacterien nichts herauslocken können, was in seinem Aufbau nicht vorgebildet war. Wir müssen aber nicht vergessen, dass auch schon Trousseau dem Boden (terrain) bei der Entstehung der Krankheiten hohen Wert beilegte. Ce terrain qui fait que chacun de nous individualise la maladie à sa manière, ce terrain que nous recevons par heritage ou que nous façonnons au cours de notre existence; ce terrain, qui, suivant les états d'immunité, de récéptivité, d'opportunité morbide, peut ennihiler, peut favoriser ou modifier à l'infini l'éveloppement des germes“.

*) Die ausführlichen Motive sind im Werke von Martius nachzulesen.

Ueber dieses Thema drückt sich v. Behring in sehr poetischer Form aus „Der Ausbruch der Krankheit ist nur der letzte Ton eines Liedes, das dem Erkrankten bereits in der Wiege gesungen wurde“.

Die Disposition ist also nicht etwas in der Luft Schwebendes, sie muss irgendwo ihren Sitz haben, d. h. ein Substrat, in dem sie sich entwickelt und abläuft. Krankhafte Störungen oder krankhafte Veränderungen ohne anatomischen Sitz gibt es nicht. Diesen anatomischen Gedanken Virchows dürfen wir bei Besprechungen der Pathogenese der Krankheiten nie vergessen, nie aus den Augen lassen.

Wichtig ist jetzt nur die Frage zu entscheiden, welches denn eigentlich die Gewebszellen sind, an welche die specifische tuberculöse Anlage gebunden ist. Endgültig ist diese Frage immer nicht entschieden, doch scheinen die neuesten Arbeiten, so unter anderem die Arbeiten von Weleminsky, dafür zu sprechen, dass die Tuberkelknötchen sich stets im Lymphsystem entwickeln. Von Alters her ist die „lymphatische Constitution“ *) eng verbunden mit der Schwindsucht gedacht und wir sehen ja meist auch das Lymphsystem bei der Phthise ergriffen. Der Tuberkel wird ja auch als Lymphom von Virchow bezeichnet.

Die Anlage zur Phthise stellt nicht eine specifische Determinante dar, sie setzt sich viel mehr in jedem Falle aus einer ganzen Reihe an sich variabler anatomisch-physiologischer Factoren zusammen, die nach Menge und Ausprägung den grössten Schwankungen unterliegen und sich bald so, bald so combinieren können. Mehr oder weniger ist, wie gesagt, schliesslich jeder disponiert, aber es bestehen je nach Menge, Hochgradigkeit und zufälliger Combination der Einzelmomente zwischen den einzelnen Individuen bedeutende Unterschiede in der Widerstandskraft gegen die Wirkung der tub. Infection — von den geringsten bis zu den stärksten Graden der phthisischen Veranlagung in zahllosen Abstufungen und Combinationen (Schlüter — Martius).

Wenn wir das Lymphsystem für den anatomischen Sitz der Tuberculose halten müssen, so erklärt sich leicht das vielgestaltige Bild derselben in allen Organen, da alle Organe Lymphgefässe besitzen. Bei der Anlage wird das krankhaft disponierte Lymphsystem nicht gleichmässig, sondern bald in einem, bald in dem andern Organ vererbt, und wir sehen, dass Tuberculose bald in den Lungen, bald im Gehirn, oder anderen Organen auftritt, ganz

*) Anmerkung. In neuester Zeit führt Prof. Brosch an, doch bei den mit Tuberculose complicierten Todesfällen von Masern und Scharlach oft ein dem Status lymphaticus entsprechendes Bild sich zeigte: Schwellung der Lymphdrüsen, der Mandeln, des Thymus, der Lymphfollikeln des Zungengrundes, des Magens, des Darmes, der Milz, des Nasenrachenraumes bis zur Entwickelung ganz enormer adenoider Vegetationen.

Bartel betont in einem Vortrag über die Wege der Infection bei der Tuberculose die lymphatische Constitution, die zur Tuberculose führen kann.

Prof. Baginsky spricht von der enormen Bedeutung der Tuberculose als complicierende Krankheit bei sich hinzugesellenden acuten Erkrankungen am Scharlach, Masern, Typhus u. a. die immer noch nicht in dem Masse eingeschätzt wird, wie es sein müsste. Bei Besprechung der Serumtherapie bei Diphtheriekranken findet Baginsky stets einen abnorm schweren Verlauf und unerwartet malignen Ausgang bei den Kranken. die Tuberculoseherde seit längerer Zeit besitzen und mit sich umhertragen; zumeist wurden sie erst durch die Section entdeckt. So ist denn die Tuberculose auch für Diphtheriekranke eine der tödlichsten Krankheiten.

Prof. Iwanowski hierselbst hat schon im Jahre 1884 während der Choleraepidemie bei 200 Sectionen bestätigen

Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wie wir es bei der Anlage zur Arteriosclerose beobachten, wo bald Gehirnapoplexie, bald angina pectoris, bald Endarteritis obliterans die Todesursache bildet.

Wir müssen bei der Frage über Phthise nicht vergessen, dass es auch nicht tuberculöse Phthisiker gibt, z. B. bronchiektatische oder katarrhalische Phthise alter Leute, carcinomatöse, aktinomyköse Phthise und besonders auch chronische indurative Lungenentzündungen nach Staubinhalationen — die tuberculös werden können, aber nicht müssen.

Bei der Ubignität *) der Tuberkelbacillen entsteht nur dann Phthise, wenn die inficierten Organismen dazu die Bedingungen d. h. Anlage bieten. Und wie gross ist die Infection der Lungen ohne nachfolgende Phthise! Nach Naegele, Burkhardt, Lubarsch, Bugge, Franz u. a. hat jeder Mensch nach dem 30 Jahre Reste von stattgefundener Infection mit Tuberkelbacillen.

Es sterben somit weit mehr Menschen mit Tuberculose, als an Tuberculose.

Wer aber einmal die Disposition zur Schwindsucht in hohem Grade ererbt hat, bei dem kann auch ohne Tuberkelbacillen, allein durch Influenzabacillen oder durch Strepto — oder Staphylococceninvasion der Tod erfolgen; er ist also im Grunde an den Folgen ererbter Anlage zu Phthise gestorben.

Gewiss ist in den vorliegenden Auseinandersetzungen viel hypothetisches. Aber haben wir in den Auseinandersetzungen der Infectionisten vielleicht weniger hypothetisches? Bis in die neueste Zeit, bis zum letzten Washingtoner Tuberculose-Congress sind die Autoren noch lange nicht einig, z. B. über die Bedeutung des Typus humanus und T. bovinus der Tuberkelbacillen bei der Entwickelung der Schwindsucht, wobei jedoch jeder Forscher seine noch nicht bewiesene Anschauung für die richtige hält und darauf hin seine Schlüsse baut. Gehört nicht die biologische Reaction der Eiweisspräcipitine zu den merkwürdigsten, theoretisch und practisch weittragendsten Entdeckungen des wissenschaftlichen Neuerwerbs. Wie R. Kraus im Jahre 1897 zuerst nachgewiesen hat, entstehen in einem spec. Immunserum Niederschläge, wenn man dasselbe mit einem keimfreien Culturfiltrat der homologen Bacterien versetzt. Mit Filtration von Culturen anderer, heterologer Mikroorganismen lässt sich dasselbe nicht erreichen, auch normales Serum ist wirkungslos: es handelt sich also um eine im strengen Sinne spec. Reaction. Die Stoffe, welche den Niederschlag in den Filtraten hervorrufen hat man „Praecipitine" genannt.

„Diese Bacterienpraecipitine", sagt Martius, „reihen sich gleichwertig in die bekannt, schon recht stattliche Zahl der bacteriellen Antikörper ein". Sie sind zwar nicht gerade verständlicher, aber auch keineswegs geheimnisvoller, wie die Antitoxine, die Bacteriolysine, die Haemolysine, die Cytotoxine, die Agglutinine, die Opsonine, mit denen die Bacteriologie als mit bekannten Grössen rechnet, wenn sie auch noch niemand gesehen oder gar chemisch identificiert hat.

---

können, dass die Mehrzahl der Verstorbenen — 70 — an Tuberculose litten.

Fedeli aus dem Maraglianowschen Institut in Genua hat die Beobachtung gemacht, dass die am gewöhnlichsten vorkommenden Microben, der Diplococcus Fraenkel, der Streptococcus und Staphylococcus aureus und der Tetragenus mit Tuberkelbacillen Meerschweinchen, Kaninchen und weissen Mäusen eingeimpft, in ihrer Virulenz erhöht werden und dass auf diesem Wege eine bestimmte Microbenart für bestimmte Tiere pathogen wird, während sie an und für sich unschädlich sind.

*) Anmerkung. Die Ubignität des Tuberkelbacillus steht ja fest. Ich meine natürlich die Ubignität nicht vom bacteriologischen, sondern epidemiologischen Standpunct.

Für die richtige Bewertung des Vererbungsproblems in der menschlichen Pathologie ist es aber garnicht nötig, dass wir zu den letzten und tiefsten Problemen des allgemeinen biologischen Vererbungsproblems endgültig Stellung nehmen, weil ja die ontogenetische Entstehung des hochorganisierten Menschen ihren eigenen Gesetzen folgt, die rein empirisch festzustellen Aufgabe der Erblichkeitsforschung in der Pathologie ist.

Eine stattliche Zahl von Arbeiten über das Vererbungsproblem ist erschienen, „aber", sagt Martius, „die medicinischen Heroen unserer Tage, die anerkannten, genialen Meister einer staunenswerten und ungewöhnlich fruchtbaren Experimentierkunst sind hilflos wie die Kinder, wenn es sich darum handelt, die gewonnenen Erfahrungstatsachen im Sinne der grossen biologischen Probleme, die die Menschheit beschäftigen, gedanklich zu verwerten". Wer das übertrieben findet, der beachte in der Tagesliteratur die immer wieder mit Behagen reproducierten Aeusserungen der benannten Rufer im Streit, wie sie auf den Congressen als Vertreter der alleinseligmachenden, rein experimentellen Richtung das Wort führen, sobald es sich um Dispositions- und Vererbungsfragen handelt, er wird eine geradezu verblüffende Vernachlässigung der allerelementarsten biologischen Grundprincipien finden, ohne deren Berücksichtigung in diesen Fragen mitzureden gerade so viel und so wenig Sinn hat, wie wenn etwa der reine Stubengelehrte und blosse Theoretiker ohne jede Kenntnis der Nährböden und Färbemethoden über technische Specialfragen der Bacteriologie abzuurteilen sich unterfängt. „Es muss das offen und freimütig ausgesprochen werden", sagt Martius, „Gleiches Recht für alle — in erster Linie in der Wissenschaft!"

Auf Grund alles gesagten kommen wir zum Schluss, dass bei der Entstehung der Phthise der constitutionelle Factor die Hauptrolle spielt. Der Phthisiker, stammt, wie schon Hippokrates sagte, vom Phthisiker ab.

Es wird gewiss ein reichliches Material für Infection von Gesunden produciert, aber diese Keime müssen erst unter geeigneten Bedingungen in die Lungen gelangen und inficieren, aber das ist noch keine Phthise, sondern kann erst zur Phthise werden, wenn die Tuberkelbacillen im Gewebe auswachsen können. Viele der eingedrungenen Mikroben befördern die Lungen hinaus oder vernichten sie oder hindern sie am Auswachsen. Die Widerstandsfähigkeit desselben Individuums ist ausserdem nicht zu allen Zeiten gleich und eine mässige kann durch eine grosse Zahl von Keimen überwunden werden. Diese Möglichkeit ist aber dort am grössten, wo die meisten Keime in die Aussenwelt gelangen, d. h. in der Nähe eines Phthisikers, und es ist menschlich ganz begreiflich, dass man den Kranken meidet und sich nicht unnötig der Gefahr aussetzt. Nur darf dieses instinctive Schutzbestreben nicht bis zur Ausstossung der Kranken gehen. „Wir wollen gegen die Tuberkulose und nicht gegen die Tuberculösen kämpfen". (Saugmann).

Bei richtiger Wahl des Personals, richtiger Wohnung und Ernährung, be gründlicher hygienischer Schulung bietet die gesteigerte Infectionsgelegenheit in Sanatorien, Curorten, Hospitälern und Privatwohnungen sowie Haus-Sanatorien keine Gefahr. Wenn das für die am meisten Exponierten gilt, muss es für die weitere Bevölkerung erst recht gelten. Die einheimische Bevölkerung der Curorte hat nirgends eine Zunahme an Tuberculose erkennen lassen. Der richtig erzogene Phthisiker ist somit keine Gefahr für die Umgebung. Der Kampf gegen die Tuberkelbacillen ist aber, selbst wo sie in ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häufter Weise in Betracht kommen, doch im Grunde nur ein Kampf für Reinlichkeit und kann durch Erziehung zur Reinlichkeit erfolgreich geführt werden. Das belastete Individuum aber ist therapeutisch zu behandeln durch Stärkung des Organismus vermittelst hygienisch-diätetischer Massnahmen. Auf diesem Wege werden die aus gesunden, aber zuweilen recht schwachen Determinanten entstandenen Eigenschaften im Organismus gestärkt im Kampfe mit den aus pathologischen Determinanten hervorgegangenen, die ihrerseits auch qualitativ verschieden sind, und somit ist im Kampf auf günstigen Erfolg natürlich in gewissen Grenzen zu hoffen; zuweilen sind die Eigenschaften so stark entwickelt, dass keine Mittel helfen, sie zu bekämpfen, und der Organismus muss erliegen.

Die Bacillen muss man vernichten, wo man ihrer habhaft werden kann, aber zu glauben, dieselben einmal ganz aus der Welt zu schaffen, ist ja eine Utopie. Stärkung des ganzen Organismus macht denselben fähig, den erfolgreichen Kampf mit Tuberkelbacillen durchzuführen, und darauf muss unser Hauptaugenmerk gerichtet werden.

Bei der Schwindsucht spielt somit die vererbte Anlage, d. h. die vererbte Disposition — endogenes Moment — die praevalierende Rolle, gegen welche wir mit hygienisch-diätetischen Massregeln am schnellsten mit Erfolg zu Felde ziehen. Die vererbte Disposition zur Schwindsucht ist also kein Wort „pour masquer notre ignorance", sondern sie stellt einen Factor dar, mit dem man unbedingt rechnen muss.

Literatur:

Weissmann: Das Keimplasma. 1892. Derselbe: Vorlesungen über Descendenztheorie. 1904. De Vries: Befruchtung und Bastardierung. 1903. Boveri: Ergebnisse über die Konstitution der chrom. Substanz. 1904 und Entwickelungen v. F. Merkel. Bd. XVI. 1906. R. Fick: Vererbungsfragen etc. Ergebnisse der Anatomie. Petrunkewitsch: Gedanken über Vererbung. 1904. Ziegler: Die Vererbungslehre in der Biologie. 1905. Hertwig: Ergebnisse und Probleme der Zeugungs- und Vererbungslehre. 1905. Helder: Vererbung und Chromosome. 1906. Martius: Pathogenese innerer Krankheit. 1906—1909. Riffel: Die Erblichkeit der Schwindsucht etc. 1890 u. 1902. Unterberger: Zur Frage über die Erblichkeit der Schwindsucht. 1901. Derselbe: Der constit. Factor in d. Schwindsuchtsfrage. 1905. Derselbe: Vererbung der Schwindsucht im Lichte biologischer Forschungen. 1907. Schlüter: Die Anlage zur Tuberculose. 1905. Baginsky, Adolf: Die jüngste Diphtherieepidemie und die Serumtherapie. Berliner. klin. Wochenschrift, Nr. 27. 1908. Fedeli: Beitrag zum Studium der Mischinfection bei der Tuberculose. Ref. Münch. m. W. Nr. 37. 1908. Meissen: Tuberculose-Infection und Tuberculose-Erkrankung. Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. XI, 1908. Cornet: Die Tuberculose. 1907.

Referate.

van Crigern: Zur Behandlung der Spätcontracturen der Hemiplegiker. Fortschritte der Medicin. Nr. 1. 1909.

Ausgehend von der alten Brissandschen Beobachtung, dass nach Anlegen der Esmarchschen Binde um eine hemiplegisch gelähmte Extremität sich die activen Contracturen vollständig lösen, und gestützt auf eigene Beobachtung über das physiologische Verhalten ermüdeter Extremitäten und besonders der «Ermüdungssteifigkeit», hat Verf. eine eigene Behandlungsmethode ausgearbeitet, welche abgesehen von ihrem therapeutischen Werte, welcher auch vom Verf. nicht allzuhoch angeschlagen wird, theoretisch sehr interessante Ergebnisse liefert. Practisch besteht die Methode im Anlegen der Esmarchschen Binde und darauf Hochlagerung der Extremität, wonach die Binde abgenommen wird. Nun folgen Uebungen in den einfachsten Bewegungen, aber nur kurze Zeit, denn Uebermüdung muss durchaus vermieden werden. In schweren Fällen, lässt man üben, während die Binde liegt. Die Contracturen lassen häufig dauernd nach, und die cerebralen Muskelatrophien bessern sich auffallend. Weniger beeinflusst wird die Kraftentwickelung und die Ataxie. Verf. betont die Leichtigkeit, mit welcher sich die cerebrale Ataxie an den decontracturierten Extremitäten nachweisen lässt.

F. Holzinger.

W. Zeuner: Ueber Hämorrhoisid. Deutsche Medic. Zeitung. Nr. 8. 1909.

Das Hämorrhoisid wird von der chemischen Fabrik in Erfurt-Ilversgehofen in Tablettenform dargestellt. Es enthält als wirksames Princip Extractum Pentjasonae, welches von der Cucumis Pentjasonae stammt, einer in Südasien einheimischen Cucurbitacee. Der Inhalt einer Originalpackung von 30 Tabletten besteht aus 10,0 Extr. Pentjasonae, 0,6 Extr. Cosearae sagrad. 9,4 Cacao sine oleo, 10,0 Sachar. Eine andere Sorte von Tabletten enthält mehr Chokolade, welche den etwas bitterlichen Geschmack des Präparates vollständig verdeckt. Verf. lobt die Wirkung dieser Tabletten und empfiehlt ihren Gebrauch gegen Hämorrhoiden.

F. Holzinger.

Lafite-Dupont und Molinier (Bordeaux): Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale (Rhino-réaction). La Presse médicale. 1909. Nr. 21.

Im Hinblick auf die Gefährlichkeit der Ophthalmoreaction prüften die Verf. die Einwirkung des Tuberculins auf die Naseuschleimhaut zu diagnostischen Zwecken. Linsengrosse Wattebäusche wurden in einer 1 pCt. Tuberculinlösung des Institut Pasteur in Lille getränkt und dann auf 10 Minuten auf die Schleimhaut der Nasenscheidewand oder der unteren Muschel gelegt, wo sie leicht hafteten. Nach 18 bis 48 Stunden tritt bei Tuberculösen eine deutliche Reaction ein, die in der Bildung eines begrenzten Exsudats besteht, welcher eine mehr oder weniger intensive Congestion der Mucosa vorangeht, die häufig auch nach der Bildung des Exsudats bestehen bleibt. Das Exsudat trocknet bald zu einer kleinen gelblichen Kruste ein, welche rote Blutpünctchen aufweist infolge des Austritts von roten Blutkörperchen aus den Gefässen. Die Kruste kann leicht entfernt werden, wenn sie nicht von selbst abfällt. Die Reaction hält 7 bis 8, zuweilen sogar 10 bis 11 Tage an. In dem noch nicht eingetrockneten Exsudat lassen sich zahlreiche, meist polynucleäre Leucocyten mit alterierten Kernen nachweisen. Im ganzen wurde die Reaction an 100 Kranken ausgeführt und nur bei Tuberculösen war das Resultat ein positives.

F. Dörbeck.

M. Peukert: Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XXIX. H. 2.

Die Fälle von Tabes und Gravidität sind sehr selten und die älteren Mitteilungen darüber nicht ganz einwandsfrei. P. hatte Gelegenheit, einen solchen zu beobachten, dessen interessanten Verlauf er ausführlich beschreibt. Er weist besonders darauf hin, dass Erbrechen, welches die ganze Schwangerschaft anhielt und in Intervallen von 2—3—4 Wochen auftritt, Verdacht auf Tabes hervorrufen muss, so dass man, um vor unangenehmen Ueberraschungen bewahrt zu bleiben, nach anderen Symptomen dieser Krankheit suchen muss. Die Geburt verläuft bei Tabes fast schmerzlos, was geradezu typisch ist. — Da die Schwangerschaft keinen ungünstigen Einfluss ausübt, so ist eine Untersuchung derselben nicht indiciert. — Die Neugeborenen entwickeln sich gut und sind vollkommen gesund.

Fr. Mühlen.

L. Prochownich: Zur operativen Anzeigestellungen bei chronischen entzündlichen Adnexerkrankungen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXIX. H. 2.

Die Frage, wann bei chronischen Entzündungen der Adnexe operativ eingegriffen werden soll, ruft noch immer Meinungsverschiedenheiten hervor. Seine Erfahrungen darüber fasst Prochownich in Folgendem zusammen: Schwerkranke, die jeder Behandlung trotzen, operiere man nach einer genauen klinischen Beobachtung von 5—6 Wochen, wenn keine Tuberculose als Complication im Spiele ist. Allen Frauen, die nach längerer conservativer Krankenhausbehandlung keine objective Besserung der Befunde zeigen und schnell rückfällig werden, ist ein operativer Eingriff anzuraten. Nur wenn Abscessentlarvung in Aussicht steht, versuche man eine wiederholte conservative Therapie. Frühzeitiges Eingreifen gestattet hier oft Erhaltung von Organen und Function. Unbedingt früh zu operieren ist bei einseitigen Geschwülsten, wenn ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zusammenhang mit Blinddarmerkrankung sicher oder stark wahrscheinlich ist. Bei Zusammentreffen von Tuberculose mit anderen Infectionen — insbesondere Gonorrhoe — so wie bei reiner Tuberculose ist nur bei schweren örtlichen Leiden, wenn Lunge und Harnorgane zurzeit frei oder nahezu frei sind, operativ vorzugehen, und zwar stets radikal. Dauernde Fistelgeschwülste, in erster Linie bei Verbindung von vereiterten Adnextumoren mit Darmabschnitte, sollen, wenn sie nicht extraperitoneal für ausgiebige Drainage zugängig sind, möglichst früh und radikal angegriffen werden.

Fr. Mühlen.

I. Pfannenstiel: Zur Behandlung der Placenta praevia, Beitrag zur Discussion über die neueren Vorschläge von Krönig und Sellheim. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXIX. H. 3.

Die streng chirurgische Behandlung der Placenta praevia durch den Kaiserschnitt, die Krönig und Sellheim befürworten, lässt sich doch nicht in allen Fällen durchführen, da sie an den Schwierigkeiten der practischen Verhältnisse scheitert. Gute Resultate für die Mütter und befriedigende für die Kinder erzielte man durch die Metreuryse und in selteneren Fällen durch einfache Sprengung der Blase. Letztere eignet sich für Placenta praevia partialis und Kopflage und kann beim Misslingen sofort durch die Metreuryse ersetzt werden. Technisch richtig ausgeführt wird letztere folgendermassen:

1. Der Ballon wird am besten im Speculum nach Hervorziehen des Muttermundes eingeführt, nachdem erforderlichenfalls die Cervix mit Dilatatoren hinreichend erweitert ist. Zur Einführung des Ballons gehört eine bestimmte Zange, dieselbe soll lang genug sein, eine Beckenkrümmung haben und an den Innenflächen glatt sein.

2. Man sucht das Ei zu sprengen und den Ballon in das Ei zu legen. Wenn letzteres nicht gelingen will, so kann der Ballon auch unter das Ei in das Uteruscavum gelegt werden, ohne das dadurch ein stärkeres Ablösen der Placenta zu befürchten ist; nur muss die Blase gesprengt sein.

3. Man sprengt das Ei am besten mittelst der mit dem Ballon armierten Zange. Beim Misslingen bedient man sich einer Hackenzange, erweitert das Loch mit dem Finger und führt dann den Ballon ein.

4. Man muss darauf Bedacht nehmen, die dünnste Stelle der Placenta in der Nähe des Muttermundes zu finden, erforderlichenfalls direct die Placenta zu durchbohren.

5. Der Ballon ist in der Regel mit 500 ccm. steriler Kochsalzlösung zu füllen und durch einen Gewichtszug mit einem Kilo zu belasten.

6. Der Ballon darf nicht nach einiger Zeit wieder willkürlich entfernt werden, um dann zu wenden oder sonst zu entbinden, sondern es soll die Spontangeburt des Ballons abgewartet werden, weil dann der Muttermund derart vereitert ist, dass die Geburt sofort beendigt werden kann, was in der Regel durch innere Wendung und Extraction geschehen wird.

Auf diese Weise wird es in den meisten Fällen gelingen der Blutung Herr zu werden und den Fall glatt zu beendigen.

Fr. Mühlen.

I. Thies: Zur Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXIX. H. 3.

In der Geburtshilflichen Klinik und Poliklinik der Charité kamen vom Jahre 1904—1908 im Ganzen 179 Fälle von Placenta praevia zur Beobachtung mit einer Mortalität der Mütter von nicht ganz 3 pCt., der Kinder von 60 pCt. Wenn man dabei die unreifen Kinder abrechnet, so beträgt die Mortalität der Kinder 41,3 pCt.

In einfachen Fällen von Placenta praevia partialis wurde die Blutung durch Blasensprengung gestillt; gute Resultate erzielte man ferner durch Scheidentamponade mit Gaze oder vermittelst des Colpeurynters.

Ungünstig gestalteten sich die Aussichten für die Kinder bei der combinierten Wendung; diese Methode wurde in 58 Fällen ausgeführt, und zwar starben 80 pCt. der Kinder. Ebenso ungünstig verlief die innere Wendung und Spontangeburt mit 80 pCt. Mortalität, wie auch die innere Wendung mit angeschlossener Extraction.

In 12 Fällen von vaginalem Kaiserschnitt wurden 50 pCt. der Kinder totgeboren, wobei fast nur die unreifen und lebensschwachen Kinder umkamen, die reifen Kinder aber alle am Leben blieben. Durch Metreuryse wurden 21 Frauen entbunden, 18 Kinder waren lebend, was nur eine Mortalität von 14 pCt. ergibt.

Diese Resultate sprechen zur Genüge dafür, dass man mit den alten bewährten Methoden bei der Behandlung der Placenta praevia vollständig auskommen und nicht unnötiger Weise den Kaiserschnitt ausführen wird. Besonders wenn man die combinierte Wendung nur auf dringende Fälle beschränkt bei schweren Blutverlusten und Blutungen in früheren Monaten der Schwangerschaft, so kann man von der Metreuryse einen ausgiebigen Gebrauch machen. Die stärkste Blutung kann durch Einführung und geringen Zug am Metreurynter zum Stehen gebracht werden. Nur bei Erstgebärenden und Frauen mit sehr rigider Portio wird der vaginale Kaiserschnitt bessere Erfolge für Mutter und Kind geben.

Fr. Mühlen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Marcuse, Julian: Körperpflege durch Wasser, Luft und Sport. Eine Anleitung zur Lebenskunst. Mit 121 Abbildungen. 1908, Verlagsbuchhandlung von J. J. Weber in Leipzig.

Unsere Wasser-, Luft- und Sportfremde nordische Gegend kann es in jeder Gesellschaftsschicht brauchen etwas über die Bedeutung und den Nutzen der Körperpflege zu erfahren, und auf diesem Gebiete belehrt zu werden. In dem vorliegendem Buch finden wir diesen Zweck durch populäre aber ausführliche Darstellung erreicht, wobei die Ausstattung eine elegante genannt werden muss.

Nach einer allgemeinen Einleitung, in der über Gesundheit und Leben orientierende Hinweise gegeben werden, wird die Beziehung des Menschen zum Wasser, zur Luft und zum Sport in 3 Capiteln behandelt. Das Wasser als Mittel zur Reinigung, zur Abhärtung und als Heilmittel wird eingehend und allgemein verständlich besprochen, zahlreiche Abbildungen illustrieren in vortrefflicher Weise das Gesagte. Weiter werden die Luft- und Sonnenbäder ausführlich geschildert und endlich wird dem Sporte ein grosses Capitel gewidmet, in welchem sowohl der Nutzen, als auch alle Details, die beim rationellen Betreiben des Sportes in Betracht kommen, behandelt werden.

Mit Gymnastik angefangen werden weiter das Reiten, Radfahren, Rudern, Schwimmen, dann die verschiedenen Ballspiele, das Fechten und endlich der Wintersport in seinen verschiedenen Formen geschildert.

Ucke.

G. Korach-Posen. Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indicationen zur Einleitung des Aborts. Benno Konegen Verlag. Leipzig. 1908. Preis 0,70 Mk.

Von grösster Wichtigkeit ist es für den practischen Arzt genau orientiert zu sein über die sog. Schwangerschaftskrankheiten. Es können innere Krankheiten durch Schwangerschaft hervorgerufen werden, ebenso wie solche einen anderen Verlauf nehmen können sobald sie mit derselben compliciert sind. In wenigen der gebräuchlichen Lehrbücher finden wir aber darüber eine einheitliche Zusammenstellung, die eine schnelle und bequeme Orientierung ermöglicht. Daher ist diese Broschüre von Wert, da wir in derselben alles systematisch geordnet und besprochen finden, was dieses Gebiet betrifft und wissenschaftlich festgestellt ist. Zum Schluss erwähnt Verf. 2 Stoffwechselerkrankungen, deren Zusammenhang mit der Schwangerschaft noch immer nicht klar ist, nämlich den Diabetes der Schwangeren und die Osteomalacie.

Fr. Mühlen.

Protocollauszug der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 2. Februar 1909.

Anwesend 21 Mitglieder und 4 Gäste.

P. 7. Wistinghausen demonstriert einen Pat. der durch ein abgesprungenes Schleifsteinstück eine Schädelfractur mit Verlust eines Teils des l. Stirnhirns davongetragen hat. Der über 6 ctm. lange Splitter des Schleifsteins war dem P. mit grosser Kraft zu ³/₄ keilartig ins l. Stirnbein über dem Auge getrieben worden, so dass der Oberkiefer mitgespalten war. Nach Entfernung des Keils trat reichliche Menge Gehirn zu Tage. Die Wunde wurde offen behandelt und ist ohne Complicationen geheilt. Der P. war anfangs einige Zeit etwas konfus, zeigte aber keine Störungen der motor. Sphäre. Seine Frau gibt an, er sei weniger intelligent als früher, doch lassen sich keinerlei Ausfallserscheinungen und kein Intelligenzdefect nachweisen.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discussion:

Weiss sieht in diesem Fall einen Beweis mehr für die Tatsache, dass auch grosse Verluste im Stirnhirn gut vertragen werden.

P. 8. Haller hält seinen angekündigten Vortrag über die Diagnose der Lungentuberculose und beleuchtet in kritisch referierender Weise die neueren Methoden der Frühdiagnose.

Die sicherste Stütze der Diagnose ist der Bacillennachweis, der durch Zuhilfenahme besonderer Methoden (Spengler, Biedert, Hesse etc.) auch da oft möglich ist, wo im Sputum nur sehr spärlich Bacillen vorhanden. Die Muchschen Granula als infectiöse Erscheinungsform des Tbc-virus bedürfen noch der Bestätigung durch Nachprüfung und sind dann imstande für Aetiologie und Diagnose der Tuberculose neue Ausblicke zu eröffnen. Die specifische Diagnostik mittelst Tuberculin hat keinen absoluten Wert: die subcutane Prüfung empfiehlt sich nur für geschlossene Anstalten und kann, auch wenn sie vorsichtig angewandt wird, zu vorübergehenden Schädigungen führen. Ihr negativer Ausfall ist von entscheidender Bedeutung, während der positive oft schwer zu deuten ist und durch das Fehlen der Localreaction in etwa 90 % der klinischen Diagnose häufig nicht die gewünschte Klärung schafft. Die Conjunctivalreaction ist mitunter auch mit Schädigungen verbunden; sie ist zur klinischen Diagnose wenig nutzbar, ihre prognostische Bedeutung bei bereits festgestellter Tuberculose wahrscheinlich von Wert. Die cutane und percutane Probe ist für Erwachsene zu fein, für Kinder von gewissem Wert. Die Röntgenoskopie ist imstande wertvolle Beihilfe zu gewähren, kann aber allein die Diagnose nicht bestimmen. Die Frankeschen Gefässstreifchen sind ein unsicherer Befund, die Algeoskopie ist beachtenswert, aber nicht pathognomonisch; ebenso die anderen Begleitsymptome der Frühtuberculose, die von scharfen Beobachtern gefunden sind.

Die physikalischen Untersuchungsmethoden haben durch die Lungenspitzenprojection nach Krönig eine wertvolle Bereicherung erfahren; die Goldscheidersche Schwellenwertpercussion ist weniger wert, Masings Bronchophonie der Flüsterstimme muss auf ihren Wert noch nachgeprüft werden.

Bei der Auscultation sollte man auf das rauhe Atmen Grauchers nicht allzu viel Wert legen; erst das auch noch so spärliche Rasseln ist für die Diagnose direct zu verwerten, muss aber vom Muskelknarren und atelectatischen Rasseln unterschieden werden. Aber auch der physikalische Befund kann irreführen, da in den Lungenspitzen Influenzerkrankungen und Collapsindurationen, (chronisch fibröse Entzündungen besonders r.) vorkommen, die mit Tuberculose nichts zu tun haben.

Nicht die einseitige Benutzung einer einzelnen Methode, sondern die zweckmässige Auswahl und Combination aller vorhandenen, wird den Diagnosten zum Ziel führen; es werden aber auch dann noch Fälle nachbleiben, wo wir von einem «non liquet» stehen. Stets ist der Ausspruch A. Fränkels zu beherzigen: die vorzeitige Diagnose eines tuberculösen Lungenspitzenkatarrhs ist ein fast ebenso schwerer Missgriff, wie die gänzliche Verkennung desselben.

Discussion:

v. Dehn pflichtet den Ausführungen des V. über die Grenzen der Röntgenologie bei; aber vergrösserte und pathologisch veränderte Hilusdrüsen, die so wichtige Verknöcherung der 1. Rippe und kleine Verdichtungsherde decken erst die Röntgenstrahlen auf. Er demonstriert 3 Röntgenographien:

1. Tuberculöse Hilusdrüsen, die zum Teil verkalkt sind.
2. Verknöcherung der 1. Rippe und kleiner Verdichtungsherd links.
3. Vergrösserte Hilusdrüsen nach Influenza, die gegenüber tuberculösen Drüsen in Gestalt und Zeichnung gewisse Verschiedenheiten darbieten, Unterschiede, die Köhler bei Veröffentlichung seines Falles von Influenzadrüsen bei einem tuberculosefreien Kinde entgangen zu sein scheinen.

Haller hält auch die Röntgenographie zur Feststellung der Bronchialdrüsentuberculose für unentbehrlich, wenn auch andere Methoden, (der Neissersche Sondenversuch, die vertebrale und paravertebrale Dämpfung etc.) uns wertvolle Aufschlüsse geben.

Im Anschluss an den Vortrag demonstriert Haller an einer Tabelle seine Resultate der conjunctivalen und cutanen Tuberculinprobe an 40 Pat. und an Temperaturcurven das Ergebnis der subcutanen Injection bei 4 Pat., deren Krankheit erst dadurch festgestellt werden konnte.

P. 9. Wistinghausen gibt einen kurzen Bericht über den Umfang der Tätigkeit der chirurgischen Abteilung am Collegium der allgemeinen Fürsorge pro 1908. Es wurden 734 Pat. an 21912 Pflegetagen verpflegt. 30 Tage kommen pro Pat. Diese Zahl findet ihre Erklärung dadurch, dass viele Kranke Unfallspatienten sind, die die Zahlungspflicht der Versicherung ausnutzen. Aus der Stadt kamen 535, vom Lande 199. Es wurden entlassen: geheilt 542, gebessert 59, ungebessert 13, anderswohin übergeführt 16, ohne Angabe 8. Es starben 48, von denen 10 in den ersten 24 Stunden. Unter anderen wurden folgende Krankheiten behandelt: Vulnera 123, Fracturen 113 (davon 49 complicierte) Luxationen 8, Contusionen 83, Angina Ludovici 8, Gasgangrän 1, Empyema pleurae 7, Hernien 38, Incarcerierte Hernien 8, Carcinome 24 (davon Lippencarc. 12, Zungencarc. 3) perforierende Bauchwunden 4, Volvulus 3, Ruptura urethrae 2, Lepra 2.

Operiert wurden 546 P., von denen (ungerechnet die Diphtherietodesfälle, 24 starben. Es wurden 30 Laparatomien und 33 Herniotomien gemacht. Von den 57 Diphtheriepat. (alles Kinder) wurden 36 operiert, 27 davon genasen und 9 starben. Von den nicht operierten 21 P. genasen 20 und starb 1.

P. 10. Wistinghausen referiert einen Fall von Ileus infolge von Appendicitis, der infolge besonderer Häufung von Hindernissen interessiert. Der Pat. hatte 4 Wochen vorher eine Appendicitis mit grossem, schnell zurückgehendem Exsudat gehabt und war nun plötzlich mit den Erscheinungen von Darmocclusion erkrankt. Nach Injection von Atropin und Morphium besserte sich der Zustand vorübergehend, doch die starken Schmerzen, der hohe Puls und Meteorismus machten am 2. Tage seines Hospitalaufenthalts die Operation nötig. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand W:

1) das Netz schnurförmig aufgerollt;
2) vom Appendix ausgehende, Darmschlingen strangulierende Adhäsionen in dreifacher Wiederholung;
3) nach freigelegtem Appendix, der amputiert wurde, einen mandelgrossen Kotstein, der nach Trennung der Adhäsionen frei in der Bauchhöhle lag;
4) ein Stück des Ileum fest adhärent am Becken, an der Blase bis zur Ampulle hinunter; der zurückführende Schenkel war mit diesem grösstenteils fest verwachsen; im oberen Teil liess er eine Pforte offen, in die ein Stück oberen Dünndarms hineingeraten war. Dieses war livide verfärbt und sah schlecht aus. Der Darm musste mehrfach punctiert werden, um ihn in die Bauchhöhle zurück zu bekommen; die Wunde wurde tamponiert. Glatte Heilung.

Sitzung am 16. Februar 1909.

Anwesend 16 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 4. Kuegelgen hält seinen angekündigten Vortrag über Verblödung. Vortragender will unter Verblödung jede durch eine Hirnkrankheit dauernd verminderte psychische Leistung verstanden wissen, wobei es nicht zu Anpassungsversuchen der Defecten an die dadurch veränderten Bedingungen kommt.

Die der Minderleistung zugrunde liegende Veränderung tritt während der acuten Phase der Krankheiten weniger deutlich hervor, weil sie von der individuellen Reaction der Psyche mehr oder weniger verdeckt wird; die Verblödeten lassen die Grundstörung leichter erkennen.

Die auch diagnostisch wertvollen Züge hebt V. in der Gegenüberstellung zweier Krankheitsgruppen hervor.

Die erste Gruppe umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern, deren pathologisch-anatomische Processe weitaus am besten bekannt sind und bei denen die Verblödung sich im Wesentlichen aus einer Störung auf dem Gebiete des Denkens ableiten lässt. Die Schädigung der Intelligenz und des Urteils ist hier der Untersuchung leicht zugänglich durch Prüfung der Merkfähigkeit des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der Auffassung, deren Störung in verschiedenen Combinationen die Bilder der Verblödung dieser Gruppe von Hirnkrankheiten charakterisiert. Wesentlich schwieriger ist das Eindringen in den durch den Process der Kraepelinschen Dementia präcox gestörten psychischen Mechanismus. Sicher scheint, dass die Hauptschädigung hier das Fühlen und Wollen betrifft, deren Verfall in seinen Phasen die Richtung der an sich unbegrenzten Verblödung bestimmt. Ueber das Wesen der Störung belehrt uns noch kein Wissen; die Darstellung geht eben von einer angenommenen Spaltung des Ichkomplexes aus, eine Vorstellung, die der letzthin vorgeschlagene Name Schizophrenie bezeichnet. Psychoanalytisch ist man auch zu der Annahme einer Absperrung des an sich intacten Fühlens und Denkens gekommen. Das klinische Bild bietet immer einen dem Gesunden unbegreiflichen Widerspruch zwischen den psychischen Hauptfactoren, den der Name «Paraphrenie», den V. vorschlägt, bezeichnen würde. Das Paradoxe, das die frühere Anschauung in der Paranoia auf dem Gebiet des Verstandes suchte, wäre damit richtiger der ganzen Phrene zugewiesen. V. führt dann aus, wie die besonders im Anfang dem Kranken qualvoll bewusste Veränderung des Fühlens die Beziehungen des «Paraphrenen» zum innern und äussern Erleben bestimmt, wie Entwicklung und Anpassung dadurch ausgeschlossen sind. Das äussere Verhalten

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

dieser Kranken, das schon durch den Fortfall von Interesse und Langeweile mitbedingt ist, trägt das Gepräge einer tiefen Störung des Wollens. Der «Paraphrene» bestimmt sich nicht mehr selbst, darauf weisen mit Angst und Protest verbundene Vorstellungen von Beeinflussung und Zwang, das zeigt aber am deutlichsten die völlige Gefügigkeit dieser Kranken. Der richtige Vorgang des Entschlusses, bei dem Wollen und Fühlen zur freien Handlung den gedanklichen Controllapparat einen Augenblick abstellen, kommt nicht mehr zustande; daher die Wehrlosigkeit der Verblödeten dem Leben gegenüber, das beständig Entschlüsse fordert.

(Autoreferat.)

Discussion.

Weiss bittet den V. die Bezeichnung «paraphrenische Verblödung» genauer zu definieren und weist darauf hin, dass es ausser den besprochenen Verblödungsformen noch eine Art gebe: die posttraumatische Verblödung. Sie darf nicht identificiert werden mit Folgezuständen der traumatischen Neurose, die oft fälschlich postraumatische Demenz genannt werden.

Kuegelgen: **Kräpelin** hat den Namen «Dementia präcox» geschaffen, der unbequem ist und das Krankheitsbild nicht treffend bezeichnet. Früher sprach man einfach von «Verrücktsein», Paranoia; jetzt hat man erkannt, dass Störungen des Gemütslebens das Krankheitsbild beherrschen und Paraphrenie (φρην — Geist, Gemüt) erscheint als treffende Bezeichnung für die Gruppe der Katatoniker, Paranoiker und Hebephrenen. — Die posttraumatische Demenz ist sehr selten und gibt pathologisch-anatomisch, wie klinisch Bilder, die von arteriosclerotischer Hirnentartung oft nicht zu unterscheiden.

P. 5. **Greiffenhagen** stellt einen 19-jährigen jungen Herrn vor, dem vor einigen Jahren 3 Finger der linken Hand durch unzeitiges Platzen einer Patrone zerrissen und danach z. T. amputiert wurden. Vor 3 J. wurde ihm noch ein grösserer Metallsplitter aus der Hand entfernt. Später bildete sich in der Nähe der Narbe ein kleiner, derber Knoten, der durch die Schmerzen, die er verursacht, sich als Neurom kennzeichnete und im Nov. 1908 von Gr. durch Excision entfernt wurde. Die Schmerzen hörten sofort auf, aber nach etwa 2 Monaten war das Neurom recidiviert. Es wurde vor 3 Wochen entfernt, wobei etwa 2 ctm. des Hautnerven mit der **Thierschen** Zange vorgezogen und excidiert wurden. Die Schmerzen schwanden wieder prompt aber schon nach 10 Tagen begannen sich Beschwerden einzustellen und jetzt ist wieder ein kleiner Knoten zu fühlen, der spontan und besonders auf Druck Schmerzen bis in den Ellbogen hinauf macht.

v. Dehn demonstriert dazu das mikroskopische Präparat des Neuroms und erklärt, dass es sich um ein zellreiches Fibrom handelt, das um die Nervenfasern gewuchert ist.

Discussion.

Greiffenhagen: Wir unterscheiden Stumpf- und Trennungs-, Stamm- und Rankenneurome und die Tubercula nodosa, die ausschliesslich aus Bindegewebe bestehen. In diesem Präparat sind ausser Bindegewebszellen auch Nervenfasern zu sehen. Es handelt sich um ein Amputationsneurom, ein sehr seltenes Vorkommnis. Gr. hat dieses als erstes gesehen. Therapeutisch kämen, nachdem hier die Exstirpation des Nerven keinen dauernden Erfolg gebracht, Injectionen von Osmiumsäure, Alcohol und ev. Thiosinamin in Betracht. Mit letzterem hat Gr. keine ermutigenden Erfahrungen gemacht. Endlich könnte man die schlingenförmige Einstülpung des Nerven in sich selbst, was bei diesem kleinen Hautnerven allerdings erhebliche technische Schwierigkeiten bereiten würde, oder die Anastomosenbildung mit einem andern Nerven versuchen. Gr. will es hier zunächst mit Injectionen versuchen und fragt, ob die Collegen darüber Erfahrungen haben.

Wistinghausen hat Amputationsneurome bisher nicht beobachtet. Die Therapie darf aber der einer Neuralgie nicht gleichgestellt werden, da das Neurom eine Art Neubildung ist, der neuralgische Nerv aber nur entzündliche Verdickungen zeigt.

Greiffenhagen: bei Recidiven nach Trigeminusneuralgien sind ja auch Neurome die Ursache; **Schlosser** berichtet über gute Resultate durch Alcoholinjectionen und **Winiwarter** empfiehlt Osmiumsäure gerade bei Stumpfneuromen.

Weiss hat selbst keine Alcoholinjectionen gemacht; es sind ihm aber 2 Fälle bekannt, die von **Schlosser** wegen Quintusneuralgie mit Alcohol behandelt wurden: der eine ist jedes Mal nach der Behandlung circa 1 Jahr lang schmerzfrei gewesen. Die therapeutische Grundlage ist die Abtötung der Nervenfasern; gelingt das bei diesem Neurom, so ist Schmerzfreiheit gesichert. Darum hält er hier Alcoholinjectionen für angebracht.

Armsen hat bei Ischias Osmiumsäureinjectionen gemacht; obwohl er nicht sicher ist, den Nerv getroffen zu haben, ist er mit dem Erfolg zufrieden gewesen.

Kuegelgen erinnert daran, dass man früher auch Massage anwandte: vor 15 Jahren hat **Weltz** in Dorpat ein Stammneurom mit Massage behandelt und K. hat sich vom guten Erfolg überzeugt.

Greiffenhagen ergänzt, dass auch hier Massage versucht wurde, aber wegen der heftigen Schmerzen aufgegeben werden musste.

Thomson hat über Fibrolysin Erfahrungen gesammelt: bei Brandnarben hatte er keinen Erfolg; dagegen hatten die Injectionen bei einer Contractur infolge Schussverletzung nach kurzer Zeit guten Erfolg und bei einer Messerstichverletzung des Auges, als deren Folge das Sehvermögen ganz aufgehoben war, nach länger dauernder Behandlung auch den Erfolg, dass der P. jetzt lesen kann. Im Allgemeinen sind die Misserfolge bei Fibrolysin grösser als bei Thiosinamin.

Secretär: **Haller**.

(Fortsetzung folgt.)

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— **Die Gesetzvorlage betreffs Einführung einer Kanalisation und Verbesserung der Wasserverhältnisse in St. Petersburg** ist vom Ministerrat angenommen. Beides ist von der Regierung angeordnet und muss von der Stadtverwaltung ausgeführt werden. Geleitet wird die Angelegenheit von einer speciellen Commission beim Ministerium des Innern, welche binnen 3 Jahren den Typus der Canalisation für Petersburg und die Art der Reinigung der Abwässer festzustellen hat, wobei angegeben werden muss, wie trockne Abfälle weggeschafft und vernichtet werden müssten, ferner eine Aufzeichnung eines allgemeinen Planes der Ausführung der bevorstehenden Arbeiten, welche auf die einzelnen Jahre zu verteilen sind. Die Gesetzvorlage soll noch vor dem 1. April der Reichsduma zur Prüfung vorgelegt werden.

— Die Zeitschrift der **Pirogow-Gesellschaft «Obschtschestwenny Wratsch»** ist auf Verfügung der Administration **geschlossen** worden.

— In Nr. 57 des Regierungsanzeigers (Prawitelstwennyi Westnik) sind die neuen von der «Commission zur Bekämpfung und Vorbeugung der Pest» ausgearbeiteten Regeln zur Verhütung der Verbreitung von Cholera und Pest veröffentlicht, welche aus 23 Paragraphen bestehen und die von derselben Commission im Jahre 1903 herausgegebenen Regeln ersetzen sollen.

— Die ständige **Commission der Verwaltung der Pirogowschen Gesellschaft zur Erforschung der Tuberculose** veranstaltet von 2.—4. April 1909 in Moskau allgemeine Sitzungen mit Hinzuziehung von Vertretern aller in Russland bestehenden Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberculose und von sonstigen Persönlichkeiten, die sich auf diesem Gebiet hervorgetan haben. Ins Programm sind folgende Fragen aufgenommen: 1) Mitteilungen über die Aufgaben und die Tätigkeit der bestehenden russischen Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberculose. 2) Organisation und Tätigkeit nationaler Verbindungen im Auslande und der internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberculose. 3) Die gegenwärtige Organisation der Massregeln zur Bekämpfung der Tuberculose in den verschiedenen Staaten. 4) Die Frage inbetreff der Gründung einer russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose und die Ausarbeitung a) von Statuten der russischen Liga, b) eines normalen Muster-Statuts für die örtlichen Gesellschaften zur Bekämpfung der Tuberculose in Russland. 5) Die Bedeutung von Sanatorien, Ambulatorien, Dispensaires und ähnlichen Organisationen zum Zweck der Bekämpfung der Tuberculose. 6) Die Anforderungen, denen die gegenwärtigen Sanatorien und ähnliche Heilanstalten für Tuberculösekranke genügen müssen. Ausser Referaten über programmässige Fragen werden Mitteilungen über specielle Themata gestattet. Adresse des Vorsitzenden der Commission: Москва, Знаменка, д. Шепырина.

— Die **Moskauer Stadtduma** hatte die Frage der Ehrung des Andenkens **N. J. Pirogows** von seiten der Stadt einer Commission zur Ausarbeitung übergeben und hat in der Sitzung v. 3. März folgende Beschlüsse der Commission angenommen: 1) Die «Grosse Zarizyn-Strasse» ist in «Pirogow-Strasse» umzubenennen. 2) Das Stadtamt wird beauftragt, zuständigen Orts um die Umbenennung des 1. Stadthospitals in ein «**Hospital Namens Pirogow**» nachzusuchen. 3) Eine **Prämie** auf den Namen **N. Pirogow** für die beste Arbeit in der Chirurgie zu stiften. 4) Die Stadtverwaltung zu beauftragen, in Vereinbarung mit der med. Facultät der Moskauer Universität Statuten über eine **Pirogowprämie**

auszuarbeiten. 5) Vom Jahre 1910 an sind zur Bildung der Pirogowprämie 200 Rbl. jährlich ins Stadtbudget aufzunehmen. 6) Nach längeren Debatten wurde der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow, die Bitte um sofortige Landzuteilung zur Erbauung eines Pirogow-Hauses abgeschlagen; gleichzeitig wurde der Beschluss gefasst, dieses Land ohne besondere Notwendigkeit nicht zu bebauen im Verlauf von 10 Jahren (d. h. bis die Gesellschaft die zum Bau nötigen Mittel gesammelt hat) und dann der betreffenden Gesellschaft zur Verfügung zu stellen, sobald die nötigen Mittel beisammen sind. 7) Es wurde beschlossen, den Antrag des Stadtverordneten Titow betr. Stiftung einer jährlichen Pirogow-Prämie von 800 Rbl. zur Abkommandierung ins Ausland eines jüngeren Chirurgen, der nicht weniger als 5 Jahre an Stadtkrankenhäusern gearbeitet hat, einer Commission zur Prüfung zu übergeben.

Die beiden Städte, die eigentlich am meisten Veranlassung hätten, das Andenken des grössten russischen Chirurgen zu ehren — nämlich Petersburg und Dorpat — haben bis jetzt nichts dafür getan.

— Auf Beschluss des 8. Congresses russischer Chirurgen ist bei der Gesellschaft Russischer Chirurgen ein Fond auf den Namen des kürzlich verstorbenen Prof. P. J. Djakonow gestiftet worden, zur Austeilung von Prämien für wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie. Beiträge nimmt der Cassierer der Gesellschaft. Dr. Th. Bereskin — Москва. Яузская больница — entgegen.

— Im klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna findet vom 12. bis zum 25. März a. c. eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten, Verbandmaterial, elektrischen Apparaten und Spiritus-Lampen statt. Geöffnet ist die Ausstellung täglich von 11 bis 4 Uhr.

— Dr. N. Weliaminoff, Professor der Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie zu St. Petersburg ist von dem Royal College of Surgeons of England einstimmig zum Ehrenmitglied erwählt.

— Henny Phipps hat für die psychiatrische Klinik des John-Hopkins Hospitals in Baltimore 200000 Pfd. Sterling gespendet.

— In Philadelphia fand am 14. Februar ein eigentümliches Festessen statt: die 150 Teilnehmer desselben waren Aerzte, die glücklich die Appendicitis-Operation überstanden hatten.

— Die 3. Jahresversammlung der «Gesellschaft Deutscher Nervenärzte» findet am 17. und 18. September d. J. in Wien statt. Das Referat über die Lehre von den Herzneurosen wurde von Prof. Dr. Romberg (Tübingen) und Prof. Dr. August Hoffmann (Düsseldorf), dasjenige über chronische organische Hirn- und Rückenmarksaffectionen nach Trauma von Geheimrat Prof. Dr. Friedrich Schultze (Bonn) übernommen. Anmeldungen für Vorträge und Demonstrationen sind zu richten an Geheimrat Dr. W. Erb (Heidelberg), I. Vorsitzender, Prof. Dr. v. Frankl-Hochwart (Wien, IX, Schwarzspanierstr. 15), geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Doc. Dr. Siegfr. Schoenborn (Heidelberg), I. Schriftführer.

— Das Deutsche Central-Comitee zur Bekämpfung der Tuberculose hat ein Tuberculose Wandermuseum zusammengestellt, das zur Aufklärung weiter Volkskreise über das Wesen, die Gefahren, die Verhütung und Bekämpfung der Tuberculose beitragen, und zu diesem Zwecke in die verschiedenen Landesteile versendet werden soll. Zunächst soll es eine Wanderung in die Rheinprovinz antreten und Anfang April zum ersten Mal in Kreuznach zur Aufstellung gelangen. Vorher aber wird es am 20. März, vormittags 11 Uhr, durch einen Kreis geladener Herren in der Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Charlottenburg, Traunhoferstr. 11, wo sich auch das ständige Tuberculose-Museum des Deutschen Centralcomitees befindet, einer Vorbesichtigung unterzogen werden. Dem Wandermuseum ist ein Führer beigegeben, der den von Aerzten im Museum zu haltenden erläuternden Vorträgen als Anhaltspunct dienen und auch den Besuchern des Museums die zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberculose erforderlichen Massnahmen dauernd vor Augen führen soll.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 22. bis zum 28. Febr. 1909 522 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 46, Typh. exanth. 9, Febris recurr. 45, Pocken 10, Windpocken 7, Masern 137, Scharlach 68, Diphtherie 98, acut. Magen-Darmkatarrh 24, Cholera 37, an anderen Infectionskrankheiten 41.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 13159. Darunter Typhus abdominalis 542, Typhus exanth. 34, Febris recurrens 403, Scharlach 280, Masern 112, Diphtherie 168, Pocken 44, Windpocken 2, Cholera 125, crupöse Pneumonie 121, Tuberculose 615, Influenza 232, Erysipel 79, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 87, Lepra 0, Syphilis 551, venerische Krankheiten 347, acute Erkrankungen 2103, chronische Krankheiten 1714, chirurgische Krankheiten 1447, Geisteskrankheiten 3229, gynäkologische Krankheiten 250, Krankheiten des Wochenbetts 50, verschiedene andere Krankheiten 114.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 877 + 46 Totgeborene + 51 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 3, Pocken 1, Masern 36, Scharlach 16, Diphtherie 10, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 43, katarrhalische Pneumonie 91, Erysipelas 9, Influenza 20, Malleus 0, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 28, Dysenterie 2, Cholera 6, Magen-Darmkatarrh 36, andere Magen- und Darmerkrankungen 35, Alcoholismus 14, angeborene Schwäche 69, Marasmus senilis 31, andere Todesursachen 280.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankt u. gestorben. v. 8. bis zum 14. März.		Erkrankt u. gestorben in der vergang. Woche.		Erkrankt u. gestorben seit Beginn der Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	25	(5)	42	(6)	10182	(4000)	24. Aug. 1908
Gouv. Jaroslaw	—	—	3	(2)	397	(195)	6. » »
	25	(5)	45	(8)	10579	(4195)	

Im Ganzen sind aber seit Beginn der Choleraepidemie in Russland 31874 Personen erkrankt und 14874 gestorben.

— Vom 18. bis zum 19. März erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 1 Personen, starben 0 und genasen 1. In Behandlung verblieben in den Hospitälern 51 Kranke. Vom Beginn der Epidemie sind 10283 Personen erkrankt, 4001 gestorben und 6231 genesen.

— Nekrolog: Gestorben sind: 1) In Charkow der Prof. für operative Chirurgie und topographische Anatomie Dr. W. F. Woskressenski, geb. 1853. Arzt seit 1881. 2) Im Gouv. Kiew der Landschaftsarzt Dr. M. N. Lopatin, geb. 1864. Arzt seit 1893, am Flecktyphus. 3) Im Gouv. Pensa der Landschaftsarzt Dr. M. M. Simsen am Flecktyphus. 4. In Lgow Dr. Buchstab am 3. März am Flecktyphus. 5) In Kowno am 1. Febr. Dr. Sljepjan, geb. 1862. Arzt seit 1884. 6) In Brest-Litowsk Dr. M. M. Akimow. 7) In Berlin Prof. Dr. v. Renvers im Alter von 55 Jahren.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins

findet am 31. März 1909 eine

Festsitzung

im grossen Saal der St. Petrischule um 5 Uhr nachmittags statt und danach ein Fest-Diner um 7½ Uhr im Restaurant Donon (Мойка 24).

Alle activen und correspondierenden Mitglieder des Vereins, die an dem Diner teilzunehmen wünschen, werden gebeten, Anmeldungen per Postcarte an Dr. W. Beckmann (Ковенскій пер., № 4) oder an Dr. Lehmann (Вас. остр., 1 линія, 38), einzusenden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. April 1909.

Tagesordnung: Dr. C. Wiedemann: Ueber Eklampsie

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 13 St. Petersburg, den 28. März (10. April) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Zur Feier
des 50-jährigen Bestehens des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Am 31. März vollenden sich 50 Jahre seit der ersten wissenschaftlichen Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte. Aus dem in dieser Veranlassung erscheinenden Bericht über die Tätigkeit des Vereins während dieser Periode ist zu ersehen, was der Verein an wissenschaftlicher Arbeit geleistet hat. An dieser Stelle soll hierauf nicht näher eingegangen werden. Wir nehmen hier nur mit Freuden die Gelegenheit wahr, dem Verein zu der Feier seines 50-jährigen Bestehens unseren innigsten Glückwunsch auszusprechen und ihm auch fernerhin Blühen und Gedeihen zu wünschen.

Die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, die es sich zur Ehre anrechnet, das Organ sämtlicher deutschen ärztlichen Vereinigungen in Russland zu sein, steht zum Verein St. Petersburger Aerzte in besonders naher Beziehung. Der Begründer der Wochenschrift, Dr. E. Moritz, war nicht nur Mitglied des Vereins sondern auch langjähriger Präsident desselben, und nachdem er sich von der Redaction zurückgezogen, waren alle folgenden geschäftsführenden Redacteure Mitglieder des Vereins. Schon durch diesen Umstand war die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift immer mit dem Verein eng verbunden, und ihre Existenz und ihr Gedeihen war stets direct abhängig von dem Bestehen und Wirken des Vereins. Von der Gründung der Wochenschrift an wurden in ihr die Sitzungsberichte des Vereins veröffentlicht, und die meisten der im Verein gehaltenen Vorträge sind hier als Originalartikel erschienen. Somit spiegelte sich in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift die ganze wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins wieder. Aber hiermit nicht genug, haben die Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte es sich von jeher angelegen sein lassen, in jeder Weise für die Existenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift aufzukommen und in schweren Zeiten nicht nur nicht gesäumt, ihr materiell zu helfen, sondern auch keine Opfer gescheut, um durch Vorschüsse, Subventionen und Bildung eines Garantenfonds dafür zu sorgen, dass ihr Bestehen und Fortkommen auch in Zukunft sicher gestellt würde. Darum sei an dieser Stelle dem Verein St. Petersburger Aerzte ausdrücklich herzlicher Dank ausgesprochen für Alles, was der Verein der Wochenschrift im Laufe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Jahre geboten und geleistet und zugleich sei dem Wunsch Ausdruck gegeben, dass die guten innigen Beziehungen zwischen dem Verein und der Wochenschrift auch fürderhin zum Wohle beider weiter bestehen bleiben, dass das wissenschaftliche Leben des Vereins sich möglichst reich und voll entwickele und dass der Verein nach wie vor das bleibe, was seine Gründer im Auge hatten: eine Verbindung von Aerzten ohne Rücksicht auf Nationalität und Sprache, wo jeder einzelne College zu jeder Zeit Anregung und Stütze fände.

Der Verein St. Petersburger Aerzte wachse, blühe und gedeihe!

F. D.

Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe *).

Von

Th. Dobbert.

Die Geburt ist ein physiologischer Vorgang, welcher in den meisten Fällen spontan verläuft, — eine operative Hilfeleistung ist nur dann angezeigt, wenn Gefahr für Mutter oder Kind droht, wobei das Leben der Mutter höher einzuschätzen ist als dasjenige des Kindes — so lautete die Lehre der alten Meister der Geburtshilfe. Die durch theoretische Studien gegründete und durch sorgfältige Beobachtung am Kreissbette gestützte Lehre hat sich über ein Jahrhundert lang bewährt und ihre glänzendsten Erfolge gefeiert, seitdem die Antisepsis bei Leitung der Geburten Allgemeingut geworden. Die Asepsis, welche die operative Gynäkologie so schnell zu üppiger Blüte gebracht hat, schien auch auf dem Gebiete der Geburtshilfe zu ähnlichen Hoffnungen zu berechtigen. Gestützt auf Erwägungen social-politischen Charakters, welche das kindliche Leben höher bewerten und demjenigen der Mutter gleichstellen, hat daher in neuerer Zeit eine „active Therapie" in der Geburtshilfe Platz gegriffen. Die operative Aera hat nicht nur eine ganze Reihe grosser Eingriffe wie die instrumentelle Erweiterung des Muttermundes nach Bossi, den vaginalen Kaiserschnitt, die Hebosteotomie, den suprasymphysären Kaiserschnitt und die Entbindung durch die Uterus-Bauchdeckenfistel entstehen lassen, sondern auch Blüten gezeitigt wie die digitale Erweiterung des Muttermundes zur Abkürzung der Eröffnungsperiode bei normalen Geburten, die Luxuszangen, den Kaiserschnitt bei placenta praevia und manches andere.

Die Vielgeschäftigkeit bei Leitung einer Geburt, die Fülle von eingreifendsten Operationen, durch welche die Frau unserer Zeit von ihrer Leibesfrucht befreit werden kann, ist ein Erzeugnis der letzten Jahre, und keine der genannten Massnahmen kann sich eines längeren Daseins rühmen als höchstens eines Decenniums. In der Meinung, aseptisch operieren zu können, glaubte man einer Gebärenden ebensoviel zumuten zu können wie einer gynäkologischen Patientin. Wäre die Prämisse richtig, könnte die behandschuhte Hand jede Infection von der Gebärenden fern halten, und würden die Gewebe einer Gebärenden dieselbe Widerstandskraft eingeführten Keimen gegenüber besitzen wie die Peritonealhöhle, so könnte allenfalls eine Vielgeschäftigkeit bei der Geburt als erlaubt, wenn auch nicht als wünschenswert bezeichnet werden. Die Prämisse ist aber falsch. Wir wissen, dass mit den uns zu Gebote stehenden Desinfectionsmethoden nicht einmal die Hände in keimfreien Zustand versetzt werden können, geschweige denn die Haut der Geschlechtsteile und die Schleimhaut der Geburtswege, welche einer ganzen Blütenlese verschiedenster pathogener Keime von bald geringerer, bald bedeutenderer Virulenz zum Aufenthaltsorte dient. Das Operationsfeld kann somit nicht keimfrei gemacht werden — eine Durchführung der Asepsis wird illusorisch, weil ein Verschlepptwerden der Keime, selbst mit der aseptischen, behandschuhten Hand, nicht zu umgehen ist. Die Gewebe einer Gebärenden müssen ferner dank der Auflockerung und den erweiterten Lymphräumen einer Infection gegenüber viel empfänglicher sein als diejenigen einer Frau, welche sich nicht in „gesegneten Umständen" befindet. Belege für die Richtigkeit dieser Auffassung können ohne Schwierigkeit aus der Praxis angeführt werden. Treten doch leider nur zu häufig nach Untersuchungen mit der sorgfältigst desinficierten oder behandschuhten Hand Puerperalerkrankungen auf, welche durchaus nicht immer unschuldiger Natur sind — machen doch eine ganze Anzahl Frauen, welche garnicht untersucht wurden, ein schweres Krankenlager durch oder gehen an Autoinfection zu Grunde. Wenn unter solchen Verhältnissen während der Geburt noch ein Trauma gesetzt wird, wenn neue Eingangspforten der Infection geschaffen werden, so ist damit eine der wichtigsten Bedingungen für das Entstehen eines Kindbettfiebers gegeben.

Diese Tatsachen lassen sich nicht verleugnen, sie sind theoretisch begründet und, was noch mehr sagen will, durch vielfältige Beobachtungen am Krankenbette unumstösslich festgelegt. Man braucht nur eine beliebige Statistik einer grösseren Gebäranstalt zu durchmustern, und man wird stets finden, dass die Zahl der Wochenbetterkrankungen nach operativen Eingriffen eine grössere ist als die der nach spontan verlaufenen Geburten, und dass die Sterblichkeit nach operativen Eingriffen eine bedeutendere ist. Mir liegt zufällig eine Tabelle aus einer Abhandlung Hegars vor, welche die Todesfälle nach künstlichen Niederkünften in Baden veranschaulicht. Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, dass die Sterblichkeit nach Operationen $^1/_4$—$^1/_3$ der Gesamtsterblichkeit ausmacht. Die Sterblichkeit nach Operationen, in $^0/_0$ der Operationen ausgedrückt, ist in der Zeit mit gut ausgebildeter Asepsis entschieden geringer als in den Perioden ohne alle oder mit unvollkommener Asepsis (3,2 : 5,2—8). Die Sterblichkeit nach Operationen, in $^0/_0$ sämtlicher Geburten ausgedrückt, ist dagegen in der Zeit mit vollkommener und ohne alle Asepsis fast vollständig gleich (0,204 : 0,212). Der Schluss Hegars ist daher wohl berechtigt, dass die grössere Frequenz der Operationen in der aseptischen Zeit (1 : 15,4) im Gegensatz zu der geringeren Frequenz (1 : 25) in der Zeit ohne alle Asepsis, das wieder verdarb, was die Asepsis und wohl auch die bessere Technik Gutes erzielte.

Von einem Nichtgefährdetwerden der Mutter bei activem Vorgehen während der Geburt, wie es immer wieder von den Anhängern der activen Therapie hervorgehoben wird, kann demnach nicht die Rede sein.

Als zweiter Beweggrund, welcher zu einem activen Vorgehen berechtigen soll, wird die Notwendigkeit betont, das kindliche Leben jetzt höher einschätzen zu müssen, als es früher der Fall war. Es soll daher unstatthaft sein, die lebende Frucht zu Gunsten der Mutter in utero

*) Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte den 10. Februar 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

absterben zu lassen oder abzutöten. Im Interesse des Kindes seien selbst gefährliche Operationen an der Mutter zu befürworten. Die Frau müsse die Folgen der Conception bis zum äussersten auf sich nehmen, und weder sie, noch der Vater, noch der Arzt haben das Recht, über das Leben des Kindes zu entscheiden. So lautet das moderne Dogma. Um sich ein Urteil darüber zu bilden, ob diese Forderungen berechtigt sind, müssen wir 2 Fragen zu beantworten suchen. 1. Ist die Zahl der Kinder, welche durch eine active Therapie gerettet werden kann, eine irgend nennenswerte? und 2. Ist aus bevölkerungspolitischen Rücksichten ein verstärkter Zuwachs an Kindern erforderlich?

Auf dem Wege der Statistik, wie es z. B. auch Hegar tut, fällt es nicht schwer, nachzuweisen, dass durch eine zu Gunsten des Kindes durchgeführte active Therapie nur eine sehr beschränkte Zahl Kinder erhalten werden kann, im günstigsten Falle einige Tausende, welche gegenüber den Millionen jährlich neugeborener Kinder nicht in Betracht kommen. Eine hohe Geburtsziffer kann im übrigen an und für sich weder als günstig noch als ungünstig betrachtet werden. Ihre Bedeutung lässt sich nur beurteilen im Zusammenhang mit den gesamten socialen Verhältnissen, insbesondere auch mit der Sterblichkeitsziffer der ganzen Bevölkerung. Neben den Geburten ist daher bekanntlich die Sterblichkeit ein wichtiger Factor des Ganges der Bevölkerung, welche zu oder abnimmt, je nachdem die Zahl der Geburten die der Todesfälle übersteigt, und umgekehrt. Das wirkliche Wachstum der Bevölkerung grösserer Länder weist nun innerhalb längerer Perioden eine gewisse Stetigkeit auf. Diese Gesetzmässigkeit ist darin begründet, dass die wichtigsten Ursachen der Bewegung der Bevölkerung sich nicht in kurzer Zeit ändern. Fast in allen Kulturstaaten hat sich die Bevölkerung im Laufe des vorigen Jahrhunderts vermehrt. Russland steht mit 15,2% an der Spitze, es folgt England mit 13,5, Norwegen mit 12,0 u. s. w., während Frankreich mit 4,1% die Reihe schliesst. In den letzten Decennien hat allerdings ein geringes Sinken der Geburtsziffern stattgefunden, sie sind aber durchweg noch so hohe, dass ein genügender Zuwachs der Bevölkerung zu constatieren ist. Sollte sich aber jemals eine ungenügende Schnelligkeit der Zunahme oder gar eine Abnahme der Bevölkerung eines Staates bemerkbar machen, so könnte dem Uebel entschieden nicht der minime, durch activere Leitung der Geburt zu erzielende Zuwachs der Geburtsziffer abhelfen. Die Aufbesserung der hygienischen Bedingungen wäre wohl vom volkswirtschaftlichen Standpuncte eine geeignetere Massnahme, um durch die Verminderung der Sterblichkeit im allgemeinen und derjenigen im ersten Kindesalter insbesondere einen besseren Aufbau der Bevölkerung zu erzielen. Ein actives Vorgehen bei Geburten begünstigt, wie wir gesehen haben, die Infection und bewirkt eine Vermehrung der Wochenbettserkrankungen. Der eventuell zu erzielende Ueberschuss an lebenden Kindern wird durch grössere Morbidität und Mortalität im Wochenbette zum mindesten abgeschwächt, wenn nicht ganz paralysiert. „Tatsache ist", sagt Krönig, „dass die Zahl der Wochenbettserkrankungen, besonders in der allgemeinen Praxis, keineswegs stark abgenommen hat, ja man darf behaupten, dass in den letzten Jahren sogar eine Zunahme der puerperalen Mortalität in einigen Bezirken zu constatieren ist. Es versagen also entweder die aseptischen Massnahmen in der allgemeinen Praxis, oder sie werden wegen ihrer Compliciertheit nicht so befolgt, wie es die Vorschrift verlangt. Tertium non datur!" Kann unter den obwaltenden Verhältnissen einem Verfahren das Wort geredet werden, welches eine solche Calamität zu vergrössern nur zu geeignet ist?

Die Beweggründe für eine activere Geburtshilfe, deren Hinfälligkeit ich nachgewiesen zu haben glaube, sind nicht nur von practischen Aerzten, sondern zum grössten Teil von Lehrern der Geburtshilfe namhaft gemacht worden — von Fachleuten, welchen der Sachverhalt nicht unbekannt sein dürfte. Man kann sich des Eindruckes kaum erwehren, dass ihrer Heranziehung etwas Gekünsteltes anhaftet, ja noch mehr, dass sie zuweilen benutzt werden, um als wissenschaftlicher Deckmantel zu dienen für Beweggründe anderer Natur. Vom unlauteren Wettbewerb unsauberer Collegen will ich nicht reden. Ich habe schon erwähnt, dass die modernen Empfehlungen in jüngster Zeit, viele von ihnen sogar im Laufe des letzten Jahres, an die Oeffentlichkeit gelangt sind. Nun hat sich aber in den letzten Jahren ein Wechsel in der Besetzung der Lehrstühle für Geburtshilfe an einer ganzen Reihe von Universitäten Deutschlands vollzogen. Es sind neue, junge Kräfte ans Ruder gekommen und haben schaffensfreudig das längere Zeit scheinbar brach liegende Feld der Geburtshilfe in Arbeit genommen. Und wie dem heutigen socialen Leben die Concurrenz, das stetige Hasten und Vorwärtsstreben sein charakteristisches Gepräge aufdrückt, so scheint auch das wissenschaftliche Leben unter demselben Zeichen zu stehen. Daher auch die Hochflut neuer Empfehlungen. Dadurch ist auch die Tatsache zu erklären, dass allein von einem Lehrer der Geburtshilfe im Laufe eines Jahres empfohlen werden: Skopolamindämmerschlaf bei Geburten zu Linderung der Wehenschmerzen, Frühaufstehen der Wöchnerinnen, Kaiserschnitt bei placenta praevia, ausschliessliche Untersuchung per rectum bei Geburten. „Der Director einer Klinik steht inmitten der Fortschritte und Entdeckungen seiner Zeit. Er kann sich ihnen anschliessen, er darf und muss sich an vielversprechenden Heilmethoden der Gegenwart beteiligen, denn die Klinik ist offenbar die würdigste Behausung, in welcher das Neue erprobt und über sein Schicksal entschieden werden darf." Dieser schon vor 60 Jahren von Kilian gemachte Ausspruch hat, wie Sellheim richtig bemerkt, wohl heute noch volle Gültigkeit, nur muss das Neue wirklich erprobt und allseitig beleuchtet worden sein, bevor es als alleinseligmachendes Mittel in die Welt hinausposaunt wird. Es entbehrt für mich nicht einer gewissen Komik, wenn Krönig mit Stolz in seiner offenen Antwort an A. Martin anführt, dass er zu Gunsten seiner Empfehlung 8 von ihm selbst und 8 von Sellheim ausgeführte Kaiserschnitte bei placenta praevia anführen könne. Man beachte doch dieses erdrückende Beweismaterial! Wie gross war aber die Zahl der operierten Fälle, als das Mittel empfohlen wurde? Es waren ihrer nur 6. Charakteristisch ist, dass Krönig zu seiner Verteidigung anführt, dass Bumm und Döderlein, als sie den vaginalen Kaiserschnitt zu demselben Zwecke empfahlen, auch nicht über grössere Zahlen verfügten. Wenig lobenswert, wenn sie es getan haben, denn dass so kleine Zahlen nicht überzeugend wirken, und dass auf dieselben sich stützende Empfehlungen, auch wenn sie von autoritativer Seite erfolgen, angezweifelt werden können, beweist Krönig selbst am besten, wenn er in derselben offenen Antwort angibt, dass er (also im Gegensatz zu Bumm und Döderlein) „den vaginalen Kaiserschnitt bei Placenta praevia im allgemeinen für eine gewagte Operation" halte.

M. H., wir sind bis jetzt gewohnt gewesen, mit Stolz die Leistungen Deutschlands auf medicinischem Gebiete anzuführen. Selbst in den beiden Nachbarstaaten, Frankreich und Russland, in welchen sonst nicht viel Sympathie für etwas Deutsches zu haben war, ist den durch grosse Sorgfalt und Gründlichkeit ausgezeichneten Leistungen volle Anerkennung zuteil geworden. Die Namen deutscher Geburtshelfer und Gynäkologen hatten einen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

guten Klang. Wird dem aber auch noch in Zukunft so sein, wenn die Pflanzstätten der Wissenschaft nicht aufhören werden, die Länder mit neuen Empfehlungen zu überschwemmen, welchen die nachgerühmte Zuverlässigkeit fehlt, wenn sie fortfahren werden, eine Geburtshilfe zu cultivieren, welche nichts gemein haben kann mit der allgemeinen Praxis. Dass die practische Geburtshilfe nicht weiter kommt, wenn nicht die Klinik vorangeht, ist selbstverständlich, aber sehr richtig hebt A. Martin in seinem offenen Brief an die Herren Professoren Krönig und Sellheim hervor, „dass wissenschaftliche Ueberlegung und die Hilfsmittel einer Klinik unser Handeln nachhaltig beeinflussen müssen. Eine natürliche Grenze findet aber die weitere Ausbreitung hier gewonnener Erfahrungen in der Rücksicht auf die vornehmste Aufgabe der klinischen Unterrichtsanstalten, in der Erziehung der heranwachsenden Aerzte."

Wie die Verhältnisse sich jetzt an einigen Universitäten Deutschlands gestalten, liegt die Gefahr vor, dass die Kliniken in Zukunft dem Mediciner nicht mehr das bieten werden, wessen er in seinem späteren Berufe bedarf, und was der Staat resp. die Bevölkerung von ihm zu erwarten berechtigt ist.

Von einigen Lehrern der Geburtshilfe wird es ja schon unumwunden ausgesprochen, dass es nicht mehr angängig sei, die Geburtshilfe der Praxis und die Geburtshilfe der Klinik von gleichen Gesichtspuncten aus zu betrachten.

Die Operationen, welche ich aufgezählt habe, setzen ausser einem gewissen Grade technischer Fertigkeit eine geschulte Assistenz und einen vollständigen aseptischen Apparat voraus, Bedingungen, welche in der Praxis nur ausnahmsweise anzutreffen sind. Es hat sich eben in der modernen Geburtshilfe nicht nur die Quantität, sondern besonders auch die Qualität der operativen Eingriffe verändert. Ganz abgesehen von der grösseren Gefährlichkeit sind manche der modernen Eingriffe so schwierig auszuführen oder können eventuell zu so ernsten Complicationen führen, dass für dieselben die von vielen Seiten aufgestellten Forderungen berechtigt scheinen, dass sie nur für Kliniken reserviert bleiben müssen und in „reinen" Fällen anzuwenden sind. Auf der Universität wird der Student aber mit ihnen bekannt gemacht, er sieht die mit denselben erzielten glänzenden oder betrübenden Resultate, aber mit dem, was er in der Praxis tun soll, wird er garnicht oder nur oberflächlich bekannt gemacht. Ein einheitlicher, methodischer geburtshilflicher Unterricht hat zu existieren aufgehört, fast jede Klinik vertritt ihren eigenen Standpunct. Für dieselben Verhältnisse werden die verschiedensten, oft gerade entgegengesetzten Massnahmen empfohlen. Der Erfahrene kennt sich aus, dem weniger Erfahrenen kann man es aber nicht übel nehmen, wenn er sich nicht mehr zurechtfindet und oft, seine Kräfte überschätzend, activ eingreift, selbst schwere Täuschungen erlebt, die sich ihm anvertrauende Gebärende aber schwer schädigt oder gar ins Jenseits befördert. Derartige Misserfolge gelangen nur in den seltensten Fällen an die Oeffentlichkeit, und doch ist von den veröffentlichten schon eine stattliche Reihe vorhanden.

Man wird mir einwenden, dass sich der junge Mediciner, bevor er in die Praxis tritt, erst einige Jahre an einer grösseren Anstalt betätigen müsse, wie es ja auch schon in einigen Teilen Deutschlands eingeführt ist. Die Gebäranstalten sollen das nachholen, was die Kliniken versäumt haben. Hier zeigt sich aber schon der Fluch der bösen Tat. Im Bestreben, auf der Höhe zu bleiben und nicht als veraltet zu gelten, sehen sich die grösseren Gebäranstalten in die Notlage versetzt, es den Kliniken gleichzutun oder dieselben zu übertreffen. Verfügen doch die meisten derselben über die gleichen Hilfsmittel und Kräfte wie die Kliniken — warum sollten sie also von einem Wettbewerbe ausgeschlossen sein?

M. H., ich bin gezwungen, hier pro domo zu sprechen. Auch im Alexandra-Stift sind die wichtigsten modernen Empfehlungen geübt worden. Ueber die meisten dieser Operationen und die mit denselben erzielten Resultate ist Ihnen seinerzeit von den Collegen Luchsinger und Küttner berichtet worden. Ich kann mich daher auf eine summarische Aufzählung beschränken.

Das Bossische Instrument ist bei uns 11 Mal gebraucht worden. In 2 Fällen handelte es sich um Aborte, in den andern 9 um Kinder im 8—10 Lunarmonate, unter diesen 6 ausgetragene. In 7 von diesen Fällen erhielten wir mehr oder weniger schwere Verletzungen. 2 Pat. starben. Eine an Miliartuberculose, die andere indirect an den Folgen der Operation, indem ein bei der Dilatation entstandener Cervixriss, bei der nötig gewordenen Extraction des Kindes weiterriss und zu unstillbarer Blutung führte, derentwegen eine Laparatomie notwendig wurde. Von 9 Kindern kamen 6 lebend, 3 tot zur Welt. Von den lebenden Kindern sind in den folgenden 3×24 Stunden noch 3 an intracraniellen Blutergüssen gestorben. Die Wochenbetten verliefen günstig, so dass die Pat. durchschnittlich am 16 Tage die Anstalt verlassen konnten.

Der vaginale Kaiserschnitt ist 2 Mal ausgeführt worden. Beide Operationen verliefen glatt. Eine der Pat. starb an Eklampsie, die andere genas. Von den Kindern kam eins tot, das ander schwach entwickelt zur Welt. Das Wochenbett verlief in dem überlebenden Fall nicht ganz tadellos.

Die Pubio — resp. Hebosteotomie ist 3 Mal percutan, 6 Mal subcutan gemacht worden. Zu Verletzungen der Nachbarorgane während der Operation resp. der nachfolgenden Extraction kam es in keinem der Fälle. Die Wochenbetten zeichneten sich nicht immer durch afebrilen Verlauf aus, gaben jedoch keinmal zu ernsteren Besorgnissen Veranlassung. Von den Müttern starb eine am 7-ten Tage nach der Operation an doppelseitiger Pyonephrose; die übrigen wurden gesund und gehfähig entlassen. Die Kinder kamen alle lebend zur Welt.

Den suprasymphysären Kaiserschnitt haben wir einmal gemacht mit günstigem Ausgang für die Mutter; das Kind starb einige Tage nach der Geburt an einer Pneumonie.

M. H., ich höre schon Ihre Frage: Wozu der viele Lärm, wenn, wie ersichtlich, mit den neuen Operationen durchschnittlich doch nicht schlechte Resultate erzielt werden können? Nun — eine Schwalbe macht noch keinen Sommer. Dass wir keine schlechteren Resultate erzielt haben, besonders dass wir nur wenige Mütter verloren haben, verdanken wir in erster Reihe der zeitgemäss eingerichteten Anstalt und dem Umstande, dass wir sehr kritisch an jeden Fall herangetreten sind. Nach den von uns gemachten Erfahrungen müssen wir vor der Ausübung dieser Operationen in der allgemeinen Praxis unbedingt warnen. In Kliniken und Anstalten mögen so eingreifende Massnahmen gestattet und wohl auch nutzbringend sein, für die Praxis sind sie es nicht, hier können Misserfolge nicht ausbleiben. Es ist daher auch nicht zu billigen, wenn Eingriffen wie der Perforation, der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, der combinierten Wendung, der Metreuryse u. s. w. — Verfahren, durch welche schon tausende von Menschenleben gerettet worden sind, eine fernere Existenzberechtigung abgesprochen wird.

Ich ergreife an dieser Stelle die Gelegenheit, Ihnen, m. H., über eine gleichfalls moderne Operation zu berichten, welche mehr als die oben angeführten geeignet erscheint, auch Eingang in die allgemeine Praxis zu fi..-

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

den. Sie schon jetzt dem practischen Arzte zu empfehlen halte ich für verfrüht. In Fällen, wo zwingende Indication zur Geburtsbeendigung vorliegt und eine Unmöglichkeit besteht, dieselbe auf natürlichem Wege auszuführen, verfügte der Geburtshelfer, falls schon eine Infection des Uterusinhaltes vorhanden war, nur über ein Mittel, um Mutter und Kind zu retten, nämlich die supravaginale Entfernung der schwangeren Gebärmutter resp. den Kaiserschnitt nach Porro. Für diese nicht häufigen Fälle hat Sellheim vor Jahresfrist ein Verfahren empfohlen, durch welches der Mutter das Zeugungsorgan erhalten werden kann, und welches er Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel nennt. Der Eingriff besteht in seinen Hauptzügen darin, dass nach Eröffnung der Bauchhöhle in der linea alba die Gebärmutter zuerst in innige Verbindung mit den Bauchdecken gebracht wird und dann erst eröffnet resp. von ihrem inficierten Inhalte befreit wird. Es wird also analog verfahren, wie in der Abdominalchirurgie überhaupt bei Hohlorganen mit infectiösem Inhalt vorgegangen wird, wenn von einer Exstirpation Abstand genommen werden muss. Die nach Entleerung des Uterus bestehenbleibende Communicationsöffnung zwischen dem Uterus und den Bauchdecken zeigt im Wochenbett eine starke Neigung, sich zu verkleinern, erfordert jedoch eine Nachoperation, durch welche die Integrität der Uteruswand und der Bauchdecken wieder hergestellt wird, der Uterus aber dauernd an die Bauchwand fixiert bleibt. Diese Operation ist bei uns auch einmal an einer inficierten Erstgebärenden mit allgemein verengtem Becken ausgeführt worden. Die Pat. machte ein gutes Wochenbett durch, stillte ihr Kind selbst und konnte, nachdem die Nachoperation am 28-ten Tage post partum mit gutem Resultate ausgeführt worden war, mit ihrem sich sehr gut entwickelnden Mädchen geheilt entlassen werden. Die Technik der Operation ist eine so einfache, dass jeder practische Arzt sie ausführen kann. Sollte er sich zur Nachoperation nicht entschliessen, so wird die nicht mehr bettlägerige Pat. ungefährdet einer Anstalt überwiesen werden können.

Von weiteren modernen Massnahmen haben wir uns ferngehalten — wir haben, um mich des etwas starken Ausdrucks v. Herfs zu bedienen, allen wissenschaftlichen Unfug nicht mitgemacht.

M. H., bis die Folgen der modernen Bestrebungen in der Geburtshilfe in ihrem ganzen Umfange zu Tage treten und sich selbst das Urteil sprechen werden, wird noch so manches Jahr vergehen. Es bleibt auch noch abzuwarten, ob der Ausspruch Fritschs, dass eine Specialität in der Medicin desto fortgeschrittener sei, je chirurgischer, d. h. operativer, sie geworden, inbezug auf die Geburtshilfe sich bewahrheiten wird. Allzugünstig sind die Chancen nicht: die Dilatation nach Rossi gilt heute schon vielen für abgetan, und der Hebosteotomie stimmen einige auch schon Grabgesänge an.

Ich habe des häufigeren die Ehre gehabt, an dieser Stelle vor Ihnen redend auftreten zu dürfen, und habe zu oft das Lob des Messers gesungen, um befürchten zu müssen, für messerscheu gehalten zu werden. Es widerstrebt mir aber, zum Messer zu greifen, nur um ein höchst problematisches Dasein ans Tageslicht zu fördern, wenn ich die Mutter auf eine ihr Leben weniger gefährdende Weise von ihrer Leibesfrucht befreien kann. Gilt dagegen das Leben der Mutter als Einsatz, so wage ich freudigen Mutes jeden beliebigen Eingriff. In diesem Sinne begrüsse ich auch einige der modernen Operationen als Vorläufer einer besseren Zeit in welcher die Frauen, sei es auch nur in Kliniken und Gebäranstalten, werden schonender und in weniger verstümmelnder Weise entbunden werden.

Der Wunsch der Mutter, ein lebendes Kind zu erhalten, kann infolge der Umstände, unter welchen er geäussert wird, für unser Handeln nicht ausschlaggebend sein. Nur ausnahmsweise dürfte der Fortpflanzungstrieb im Weibe so stark entwickelt sein, dass sie ihr Leben für dasjenige ihrer noch nicht geborenen Leibesfrucht herzugeben bereit wäre. In der Mehrzahl der Fälle liegen die Verhältnisse derartig, dass es sich um ein durch langdauernde Geburtsarbeit geplagtes, nicht mehr ganz zurechnungsfähiges Wesen handelt. Eine solche Dulderin ist zu allem bereit, sie willigt auf alles ein, wenn sie nur endlich von ihren Qualen befreit wird. Stellen Sie dieselbe Frage an die Frau zu anderer Stunde und sie werden eine ganz andere Antwort erhalten. Nur in scheinbarem Widerspruch zu dem Gesagten steht die Tatsache, dass sich Pat. zum 2. oder 3. Male eingreifenden Operationen unterwerfen.

Solche Frauen haben die vorhergehenden Operationen gut überstanden, ihnen schwebt noch die Erinnerung vor, wie schnell sie von ihren Qualen befreit worden sind. Häufig genug kann man im Wochenbett Aeusserungen folgender Art hören: „Ich habe mir nicht denken können, dass ich so schnell und schmerzlos mein Kind bekommen würde, nun ich es einmal weiss, will ich in Zukunft immer nur operiert werden“. Eine Pat., welche nicht so glücklich gewesen ist, ein glattes Wochenbett durchzumachen, welche vielleicht noch lange Zeit an den Folgen der Operation zu leiden gehabt hat, willigt nie mehr auf eine entbindende Operation ein, sondern fordert die Unterbrechung der Schwangerschaft.

Mit dem Consens des Mannes hat es auch seine Bewandtnis. An wem sind denn bis jetzt und werden auch in Zukunft fast ausschliesslich die modernen Operationen gemacht werden? An den Frauen des einfachen Mannes. Vergegenwärtigen Sie sich diese meist ungebildete, brutale Persönlichkeit, welche sich noch häufig durch reichlichen Alcoholgenuss zu den bevorstehenden Vaterfreuden vorbereitet hat, und Sie werden mir zugeben müssen, dass ein solches Individuum nicht imstande ist, die Tragweite seiner Einwilligung zu beurteilen. Der intelligente Mann wird lieber das Kind opfern, als sein Weib einer grösseren Gefahr aussetzen, denn abgesehen von ethischen Momenten, ist ihm der Verlust oder das Siechtum seiner Frau gleichbedeutend mit socialem Niedergang, in vielen Fällen sogar mit völligem Bankerott. Eine Ausnahme bilden nur die nicht zu häufigen Fälle, in welchen es sich um Erbfolge oder ähnliche Verhältnisse handelt.

Die modernen Bestrebungen in der Geburtshilfe zu gunsten des Kindes entsprechen, wie ich Ihnen in Kürze darzulegen versucht habe, nicht den Anforderungen des practischen Lebens. Wir practischen Aerzte werden uns daher, ebenso wie es schon einige erfahrene Lehrer der Geburtshilfe getan haben, im allgemeinen nur ablehnend verhalten können gegen eine derartige Handhabung der Geburtshilfe.

Die Geburt ist ein Vorgang, welcher sich so häufig ereignet, dass die Mittel selbst des aufs beste für seine Bürger sorgenden Staates nicht ausreichen dürften, um so viele Gebäranstalten zu gründen und so vollkommene Communicationswege und -mittel zu schaffen, dass jede Gebärende einer Anstalt überwiesen werden könnte. Die überwiegende Mehrzahl der Geburten wird den Händen der practischen Aerzte anvertraut bleiben. Von der allgemeinen Praxis, nicht aber von den Kliniken, könnte daher allenfalls eine Aufbesserung der Bevölkerung erwartet werden. Es müsste daher das Bestreben der Kliniken sein, die Geburtshilfe der allgemeinen Praxis zu heben und Mittel und Wege zu finden, um die Puerperalerkrankungen auf ein Minimum zu beschrän-

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ken. Eine nur klinische Geburtshilfe wird die practische allendlich der wissenschaftlichen Basis berauben und den practischen Arzt zu einem Curpfuscherdasein verdammen.

Videant consules, ne quid respublica detrimenti capiat.

Die Gicht.

Von

Dr. v. Engelhardt.

Correferat, gehalten zum XX. Livländischen Aerztetage in Riga.

M. H. Wenn wir uns auf den cellular-pathol. Standpunct stellen, so müssen wir mit Minkowski den Begriff der Stoffwechselkrankheit für einen provisorischen halten, „der früher oder später fallen muss, wenn wir imstande sein werden, die Anomalien der Function auf Schädigung bestimmter Gewebselemente zurückzuführen". — Wir sind von diesem Ziel in Bezug auf die drei typischen Stoffwechselanomalien — Fettleibigkeit, Gicht und Diabetes- noch weit entfernt und der theoretischen Forderung, dass der eindeutigen Störung auch eine eindeutige anatomische Ursache zu Grunde liege, entsprechen die Resultate der neuesten Forschung durchaus nicht.

Für die Störung des Kohlehydratstoffwechsels werden heute eine Reihe von Organen (Leber, Niere, Pancreas, Muskel- und Nervensystem) verantwortlich gemacht und wohl mit Recht sagt Krehl [1]) „Ganz gewiss wird später eine Auflösung des als Diabetes bezeichneten Symptomencomplexes in mehrere fester umschriebene Krankheitsgruppen notwendig werden".

Das scheint das Schicksal der bestgekannten Stoffwechselanomalie zu sein.

Der Fettsucht gegenüber sind wir in viel schlimmerer Lage. Der nosologische Begriff entbehrt jeglicher sicheren Begrenzung, und dem subjectiven Ermessen ist der weiteste Spielraum gegönnt, weil uns das pathognomonische Zeichen fehlt. Weder im Harn, noch im Blute finden wir einen pathologischen Bestandteil, der uns für die Störung im Fettstoffwechsel einen Massstab abgäbe. So dürfen wir uns hier noch der Illusion hingeben, es mit einem einheitlichen Krankheitsbild zu tun zu haben. Für die Gicht glaubte man in dem vermehrten Harnsäuregehalt des Blutes das pathognomonische Zeichen entdeckt zu haben [2]). Aber sorgfältige Untersuchungen ergaben, dass ihre Vermehrung im Blute des Gichtikers nicht constant sei und man sie andererseits auch bei anderen Krankheitszuständen (Leukämie nach Röntgenbestrahlung, Pneumonie) beobachtet hätte. Aber auch wenn wir sie provisorisch als Kennzeichen der Gicht gelten lassen wollen, so hat das Studium ihres Auf- und Abbaus — wie Sie das soeben vom Herrn Referenten detailliert gehört haben — ergeben, dass dieser Process sich in den verschiedensten Organen (Leber, Muskel, Niere cf. Schittenhelm) abspielt, und somit dem Krankheitsbilde der Gicht das gleiche Schicksal droht, wie dem Diabetes: anstatt einer Stoffwechselanomalie eine Vielheit verschieden bedingter Krankheiten, die nur das eine gleiche Symptom aufweisen. Vielleicht gestaltet sich die Frage dadurch wieder einfacher, dass nach Schittenhelms Untersuchungen zahlreiche Fermente an dem Abbau der Purinbasen beteiligt sind und dort die primäre Störung zu suchen ist.

Einen ähnlichen Gedanken hat wohl Noorden [1]) im Sinne, wenn er eine Fermentwirkung für die gichtischen Vorgänge verantwortlich machen will und energisch dazu rät, „die Theorien, welche die Harnsäure in den ätiologischen Mittelpunct aller gichtischen Erscheinungen rücken, zu verlassen".

Da das Wesen der Gicht nicht geklärt ist, bleibt es unserem Ermessen überlassen, uns auf den engen Standpunct zu stellen, nur die reguläre typische Gelenkgicht als Gicht κατ' ἐξοχήν gelten zu lassen, oder den weiteren zu wählen, der unter dem Namen der visceralen Gicht eine Reihe von Krankheitserscheinungen, vielfach höchst problematischer Natur zu unserer Stoffwechselanomalie in nähere Beziehungen gesetzt wissen will.

Ich wähle den letzteren Standpunct. Mag es einer ferneren Zeit vorbehalten bleiben, hier eine reinliche Scheidung vorzunehmen, der klinische Beobachter hat das Recht, wenn nicht die Pflicht, den Beziehungen des einen Krankheitsbildes zum andern die grösste Aufmerksamkeit zu schenken und ihren möglichen gemeinsamen Bedingungen nachzuspüren, bis die wissenschaftliche Laboratoriumsarbeit ihm das „non licet" zuruft.

Zu dieser engen Umgrenzung hat die wissenschaftliche Medicin noch kein Recht.

Die französischen und englischen Forscher haben früher als der deutsche erkannt, wie practisch die weitere Fassung des Begriffes „arthritisme" oder „harnsaure Diathese" ist, und da für uns in erster Linie das practische Bedürfnis massgebend ist, bitte ich mir die Erlaubnis aus, für die Darstellung der visceralen Gicht einen breiteren Rahmen zu wählen. Ich hoffe Ihnen im zweiten Abschnitt meiner Arbeit „der Therapie der Gicht" den practischen Vorteil darlegen zu können, der sich aus einer solchen Betrachtungsweise ergibt.

Die Erblichkeit spielt in der Gicht eine bedeutende Rolle. Ebstein rechnet die Gicht zu den vererbbaren cellulären Stoffwechselkrankheiten. Da nun erfahrungsmässig der erste typische Anfall in der Hälfte aller Fälle zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auftritt, also die Gicht erst dann manifest wird, so muss bei den Fällen, bei denen die Erblichkeit eine Rolle spielt, doch wohl eine gichtische Anlage angenommen werden, die sich bis zu dem ersten Paroxysmus in den verschiedenartigsten prodromalen Symptomen äussern kann. Der grössere Teil der Gichtiker scheint bis zu ihrer ersten Attaque nicht frei von Beschwerden zu sein, obgleich ich Ihnen über diesen Punct keine sicheren statistischen Daten geben kann.

Das Bild dieser gichtischen Anlage möchte ich Ihnen aber erst kurz skizzieren, nachdem wir die atypische Gicht in ihrem bunten, wechselvollen Bilde kennen gelernt haben.

Zuvor noch einige therapeutische Bemerkungen, die ich nicht umgehen kann, wenn ich meiner Darstellung den Vorwurf der Willkür ersparen will.

---

[1]) Krehl. Pathol. Physiol. 406. Lüthjes Untersuchungen an castrierten Hunden konnten nicht den Nachweis eines Einflusses der Generationsorgane auf den Fettumsatz erbringen.

Loewy und Richter sahen eine Abnahme der O-Aufnahme bei castrierten Tieren.

Thyreoidin beeinflusst Fett- und Eiweisszerfall.

cf. v. Noorden. Fettsucht 7. II. p. 24.

[2]) His W. Das Verhalt. d. U. im tierischen Organismus. Congr. f. innere Medic. 1899. «Die blosse Anwesenheit v. U. im Blute ist noch lange nicht identisch mit Gicht».

Die Harnsäure wirkt (oder das Urat) als «Fremdkörper» und als ««Gewebsgift» erzeugt aber Necrose nur local im Anschluss an den Herd. «Die Ebsteinsche Ansicht von den primären Gichtnecrosen ist heute nicht mehr haltbar». (1899).

[1]) Ebstein weist diese Hypothese als Phrase zurück, (l. c. p. 191) weil die Materia peccans nicht gefunden sei.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

A priori muss, wenn wir mit der Theorie rechnen, welche die Harnsäure in den Mittelpunct der Frage rückt, die Möglichkeit, vielleicht die Wahrscheinlichkeit zugestanden werden, dass der gichtische Process sich in jedem Organ, das mit dem mit Harnsäure überladenen Blut in Berührung kommt, localisieren kann. Es wird von der vitalen Reactionskraft des einzelnen Organs abhängen, ob es der Schädlichkeit widersteht oder einen dauernden Schaden — sei es functioneller, sei es anatomischer Natur davonträgt. Diese Schädigung scheint anfangs uns in congestiven Zuständen zu bestehen, bis aus ihnen ein dauernd entzündlicher wird, der eventuell (nach Ebsteins Ansicht) zur Necrose führen kann. Der Einwand, der gegen eine derartig toxische Wirkung der Harnsäure, gestützt auf die negativen Resultate des Experiments, erhoben wurde, scheint mir hinfällig zu sein, solange man nicht weiss, in welcher Verbindung die Harnsäure im Blute kreist und man infolge dessen garnicht in der Lage ist, diese Theorie experimentell nachzuprüfen. Angenommen aber, dass weitere Untersuchungen doch den Nachweis bringen werden, dass der Harnsäure oder ihrer Verbindung diese hypothetische Wirkung nicht zukomme, so werden zum mindesten diejenigen Organe direct an dem Krankheitsbilde beteiligt sein, in denen nachgewiesenermassen der krankhaft verzögerte Abbau der Purinbasen stattfindet. Man mag sich zur Frage nach dem Wesen der Gicht theoretisch stellen, wie man will — es wird doch eine Mehrheit von Organen an diesem Process beteiligt sein, so dass es durchaus gerechtfertigt erscheint, neben der regulären und irregulären Gelenkgicht auch die Gicht der inneren Organe in den Kreis unserer Betrachtung zu ziehen. Fassen wir zunächst den Verdauungskanal ins Auge:

Pharyngitis und Alveolarperiostitis mit Lockerwerden der Zähne, Psoriasis linguae kommen im Zusammenhang mit Gicht vor. Magen-Darmstörungen treten als acute und chronische auf. Acut als Krisen, die an die tabischen erinnern mit heftigem Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzen im Epigastrium *), die Darmkrisen als Durchfälle mit Koliken. Magnus, Lewy u. a. Autoren fanden beträchtliche Herabsetzung der HCl-Secretion — besonders im Anfall — und der Motilität des Magens. Andere Störungen scheinen von der vermehrten Darmfäulnis (Magnus-Lewy: vermehrter Indikangehalt im Harn) abzuhängen. Ebstein betont die besondere Bedeutung, die der habituellen Stuhlverstopfung bei der Gicht zukäme, da sie eine Quelle verstärkter Aufnahme von Purinderivaten werden könne (durch den Zerfall abgestossener Darmepithelien). (Schittenhelm. D. Arch. f. klin. Medic. 88. 274).

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gicht und Lebererkrankungen stehen sich die Ansichten noch schroff gegenüber. Dass die Leber, als Harnsäure producierendes und zerstörendes Organ, wohl ein gewisses Anrecht darauf hätte, bei dieser Stoffwechselanomalie beteiligt zu sein, erscheint a priori wahrscheinlich, und Charcot hat direct die Gicht „als Ergebnis einer functionellen Störung der Leber“ bezeichnet. In erster Linie hat man interstitielle Leberentzündungen, vorzugsweise die hypertrophische Cirrhose in ursächlichen Zusammenhang mit der Gicht gebracht. (Trousseau cf. Ebstein. 251.) Minkowski bezweifelt diesen Zusammenhang und glaubt eher an ein zufälliges Nebeneinander, bedingt durch die gleiche Schädlichkeit: den Alcohol. Die Entscheidung dieser Frage ist nicht leicht, da Pollaks Untersuchungen auch für den Alcoholiker den Nachweis erbracht haben, dass er die Purinderivate bei purinreicher Kost ebenso langsam ausscheidet wie der Gichtiker.

*) Im Fall Richartz. (Deutsch. Med. Wochenschrift) gingen bei jedem Anfall die chronisch-entzündlichen Reizerscheinungen zurück. Cf. Schittenhelm. Natur und Wesen der Gicht.

Von einer Reihe von Klinikern, besonders französischen, wird das häufige Auftreten von Gallensteinleiden bei Gichtkranken betont. Ebstein hält dieses Zusammentreffen nicht für ein zufälliges, die Gicht soll „unter Umständen“ die Gallensteinbildung begünstigen, was Minkowski direct bestreitet und nur zugibt, dass die Gicht „gelegentlich“ für eine Cholecystitis verantwortlich gemacht werden kann. Mit diesem „unter Umständen“ und „gelegentlich“ können wir wenig anfangen. Wenn die Gicht „gelegentlich“ eine Cholecystitis hervorrufen kann, so kann sie dadurch auch Steinbildung veranlassen — hier auf dem Boden einer toxischen Entzündung — wie nach Naunyns und Riedels Untersuchungen anzunehmen ist, sonst auf dem Boden einer infectiösen Cholecystitis [1]).

Um die Abhängigkeit der Circulationsstörungen von der Gicht wird viel gestritten. Unter 194 Gichtkranken sah Ebstein 72 Mal Störungen der Herzfunction und 7 Mal Angina pectoris, doch mahnt uns der Umstand, dass fast die Hälfte (86) seiner Patienten im Alter zwischen 40 und 70 standen, zur Vorsicht in der Deutung. „Es gibt keine typischen gichtischen Krankheitserscheinungen am Herzen“, sagt Ebstein, und ähnlich Minkowski, der aber hinzufügt „allerdings scheint es unzweifelhaft zu sein, dass arteriosclerotische Veränderungen bei der Gicht ungewöhnlich häufig sind“ [2]). Wieder müssen hier der Alcohol und die Lues als Concurrenten in ätiologischer Hinsicht genannt werden.

Der Blutdruck ist beim Gichtiker (ohne Nierenschrumpfung) normal. Bei einem 25-jährigen, den ich vor wenigen Tagen untersuchte (keine Schrumpfniere), betrug er 180 mm. an der Radialis (Gärtner).

Subjective Herzbeschwerden — oft kurz vor dem Anfall — werden beobachtet: Herzklopfen, Oppressionsgefühl, Herzflattern, Irregularität des Pulses, vasomotorische Störungen, wie Erstarren der Finger, Blässe, Cyanose und der ganze Symptomencomplex der Angina pectoris vasomotoria. Man sollte sich aber vor einer Verwechslung mit der Angina pectoris vera hüten, die bei dem Gichtkranken ebenfalls häufig beobachtet wird. Zur differentiellen Diagnose müssen oft die den Anfall auslösenden Momente herangezogen werden (Romberg).

Auf den Zustand des Darmes ist bei den subjectiven und objectiven Herzerscheinungen besonders zu achten (Füllungszustand, Meteorismus).

Bei den Sectionen von Gichtkranken findet man nur in seltenen Fällen die Niere normal. Das Bild ist das der Granularatrophie event. mit Uratablagerungen in ihrem Papillarteil. Der Verlauf der Erkrankung ist ein schleichender und langwieriger, Albuminurie wird erst spät in $^1/_4$ aller Fälle gefunden. Im Gegensatz zu jener Auffassung, welche die kranke Niere für das Entstehen der Gicht verantwortlich macht, hält Minkowski die gichtische Dyskrasie für die primäre Störung, welche als prädisponierendes Moment oder directe Ursache einer Nierenatrophie zu gelten hat. Ebstein trennt die secundäre Gra-

[1]) Ebstein erzeugte durch Verfütterung eines Ammoniakderivates der Oxalsäure künstlich Harnsteine beim Tiere: zuerst bewirkte er dadurch eine entzündliche Reizung der Harnwege, die das Eiweiss gewiss für die Steinbildung hergab.

[2]) Minkowski citiert die Statistik von Moore: 80 Sectionen von Gichtikern — 54 Mal Arteriosclerose. Im Alter von 20—40 Jahren auch schon 47% Arteriosclerose.

nularatrophie von der primären Nierengicht, der er eine besondere Stellung neben der primären Gelenkgicht einräumt. Sie verläuft oft ganz ohne Erscheinungen von Seiten der Gelenke und ihr uratischer Charakter wird erst bei der Section entdeckt [1]). Die Entscheidung dieser Frage, ob der primären Nierengicht eine besondere Stellung eingeräumt werden muss, scheint mir von mehr akademischem Interesse zu sein.

Ein ungemein schwieriges Capitel, auf welches sich das Interesse der Gichtforscher schon lange gerichtet hat, ist das der Nierenconcremente. Einen klaren Ueberblick über diese complicierten Verhältnisse hat man bis jetzt noch nicht gewonnen. Dass ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Harnsäureconcrement und Gicht besteht, wird von den meisten Autoren zugegeben. Die Bildung dieser Steine ist abhängig von den Lösungsbedingungen, welchen die Harnsäure im Harn begegnet. Dazu kommt nach Ebstein noch als 2-ter sehr wesentlicher Factor ein eiweisshaltiges Gerüst, das wohl durch entzündliche Zustände des Nierenbeckens geliefert wird[2]). In diesem Eiweissgerüst sieht Ebstein den wesentlichen Unterschied zwischen dem kleinsten Nierenconcrement und dem Harnsäuresediment, das beim Erkalten des Harnes ausfällt und dieses Gerüst nicht aufweist[3]).

Doch wird man auch der Neigung des Harnes zu Sedimentbildung eine gewisse Bedeutung — event. als Zeichen gichtischer Anlage — zusprechen müssen.

Minkowski meint, man könne Sediment und Concrement nicht unterscheiden, auch decke sich die geographische Verbreitung der Harnsteine nicht mit der der Gicht — allerdings geben die Uratablagerungen in den Nieren Anlass für die Entstehung von Concrementen.

Da die Niere (Schittenhelm)) ein urikolytisches Ferment enthält, so wäre bei einer verminderten Production dieses Fermentes wohl daran zu denken, dass sowohl bei der Gicht (verzögerter Abbau der Harnsäure) als auch bei rein localen Störungen in der Niere ein harnsäurereicher Urin ausgeschieden wird, aus dem die überschüssige Harnsäure ausfällt[4]).

Auch gichtische Hämaturien ohne Steinbildung hat man beobachtet, wie auch Katarrhe der Harnwege. Ein gichtischer Tripper wird erwähnt, er ist aber ebenso zweifelhaft wie die Gicht der weiblichen Geschlechtsorgane.

Bei der häufigen Beteiligung der Schleimhäute (Magen, Darm, Harnwege) ist es keineswegs auffallend, dass auch Affectionen der Respirationsorgane bei der Gicht eine Rolle spielen. Da ist zunächst der Larynx als Sitz gichtischer Affectionen zu nennen: man hat unzweifelhafte Tophi gefunden.

Ferner wäre der recidivierende Schnupfen zu erwähnen und als Folge einer Ueberempfindlichkeit der Nasenschleimhaut das Heuasthma (Ur. im Blut. Haig u. Bishop). Auch das echte Asthma bronchiale [1]) erscheint alternierend mit gichtischen Attaquen.

Der Zusammenhang ist unklar. Chronische Bronchitis und Emphysem sind häufige Begleiter der Gicht, doch ist der Befund von U. im Sputum nicht für den Zusammenhang beweisend, da überall, wo Zellkerne zerfallen, Harnsäure entsteht. Zwischen Gicht und Tuberculose scheint kein Abhängigkeitsverhältnis zu bestehen.

Wie man die Nieren als primären Sitz der gichtischen Anlage bezeichnet hat, so fehlte es nicht an Autoren, die die Gicht eine „krankhafte Anlage des Nervensystems" [2]) nannten. Soweit brauchen wir nicht zu gehen, um den sicherlich nahen Beziehungen zwischen Gicht und Nervensystem gerecht zu werden.

Von der Voraussetzung einer toxischen Wirkung des Gichtikerblutes ausgehend, dürfen wir a priori annehmen, dass das auf toxische Reize so fein reagierende Nervensystem bei diesem Process wohl nicht unbeteiligt bleiben dürfte.

Savage [3]) berichtet von einem Geisteskranken, der circa 1 Jahr an so schwerer melancholischer Depression litt, dass er wegen mehrfacher Selbstmordversuche in einer Irrenanstalt interniert werden musste. Der Kranke wurde psychisch vollkommen gesund, als er plötzlich einen acuten Anfall von Podagra bekam. Mendel [4]), der sich recht skeptisch und vorsichtig über den Zusammenhang von Psychose und Gicht ausspricht, hält den obenerwähnten Fall für durchaus beglaubigt und hat selbst ähnliche Fälle erlebt.

Kraft-Ebing und Kräpelin erwähnen die Gicht überhaupt nicht als Ursache von Psychosen [5]). Auffallend häufig ist aber die Neigung zu depressiven Gemütsstimmungen und hypochondrischen Vorstellungen, zu jener Form der periodischen Verstimmung, die mit dem Namen Cyklothymie [6]) bezeichnet wird (Kahlbaum). Lange (Kopenhagen) betont besonders den Zusammenhang dieser Formen mit der harnsauren Diathese. Er fand, dass der Harn seiner Kranken im Depressionszustand stark sedimentierend war, zugleich eine Alteration der Salzsäuresecretion des Magens und verschiedene Beschwerden im Abdomen. Es ist nicht ganz leicht bei diesen Zuständen das ursächliche Moment festzustellen: es gewinnt oft den Anschein, als spielten circulatorische Schwankungen (event. starke Ueberfüllung der abdominellen Gefässe) die Hauptrolle.

Auf eine Alteration der Circulation ist wohl auch der Schwindel zu beziehen, der sehr oft bei Gichtikern beobachtet wird. Er scheint jener Form des Trousseauschen Magenschwindels ähnlich zu sein, bei dem man meist leichte Herzarhythmieen beobachten kann.

Oft gesellt sich Erbrechen hinzu, so dass das Bild der Seekrankheit vorgetäuscht wird, — die Kranken können den Kopf nicht heben.

Durch seine Hartnäckigkeit soll sich der gichtische Kopfschmerz auszeichnen und dadurch von der echten Migräne [7]) unterscheiden, die französ. Autoren auch für die hommes acides in Anspruch nehmen.

Das grosse Gebiet der Neuralgien spielt — so scheint es — eine sehr wesentliche Rolle bei der Gicht. Nach der Häufigkeitsskala ist die Jschias an erster Stelle zu nennen, dann die Trigeminus-, Occipital-, Bronchial- und Intercostalneuralgie. Ebenso sind Achillodynie und Talalgie beobachtet worden.

[1]) Der Gegensatz gegenüber der gicht. Schrumpfniere (ev. mit Uratablagerungen in den Harnkanälchen) besteht darin, dass bei der primären Nierengicht die Uratablagerungen in Necroseherden des Bindegewebes liegen.

[2]) Ebstein, Trousseau, Garrow, Charcot Thompson, Rendu, Minkowski, Krehl.

[3]) Im Widerspruch von Moritz, der das «Stroma», die «Schatten» in jedem U-krystall gefunden haben will. Zurückgewiesen von Ebstein 1908. D. med. Woch. Augustheft.

[4]) Ebstein. D. med. Wochenschrift 1907. 16. «Das vornehmlichste unter allen den Vorläufern gichtischer Anfälle ist der gestärkte Säuregrad des Urins und die Harnsäure- und Uratniederschläge in demselben».

«Uratsedimente haben für Gicht nichts typisches». Ebstein. Gicht, p. 262.

[1]) Murchison, Garrod, Trousseau.

[2]) Sir Dyce Duckworth.

[3]) D. Arch. f. klin. Medic. 89. p. 162.

[4]) Mendel. Gicht u. Psychose.

[5]) Minkowski. l. c.

[6]) Ebstein. l. c.

[7]) Möbius («Migräne») leugnet den Zusammenhang.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ueberblickt man das grosse Gebiet der functionellen Neurosen und leichteren Psychosen, die von einer Gruppe der Autoren auch für die Symptomatologie der Gicht in Anspruch genommen werden, so kann man sich des Gedankens nicht erwehren, dass es sich um neurasthenische Individuen handelt, für deren mangelhaft äquilibriertes Nervensystem wohl auch andere Ursachen als die gichtische Diathese verantwortlich gemacht werden könnten (Heredität, Alcohol, Lues). Andererseits aber habe ich die heftigsten Neuralgien bei absolut nicht neuropathish veranlagten Patienten gesehen, die erst im späteren Alter auftraten, als die Gelenke bereits durch chronisch gichtische Processe intensiv verändert waren. Sieht man nun im Gefolge der Gicht Arteriosclerose und Schrumpfniere auftreten, die ihrerseits auch wieder neurasthenische Symptome aufweisen können, so erscheint die Zurückhaltung der Autoren, die Gicht für diese Zustände verantwortlich zu machen, begreiflich.

Noch fraglicher erscheint der Zusammenhang mit organischen Gehirn- und Nervenleiden: angeführt wird die Apoplexia cerebri und die Neuritis. Ein so zuverlässiger Beobachter wie Gowers hält die Gicht für „die gewöhnlichste Ursache einer isolierten Neuritis“.

In den Muskeln und Fascien beobachtet man eine leichtere Ermüdbarkeit, eine schmerzhafte Müdigkeit und Muskelkrämpfe, die meist den gichtischen Anfällen vorauszugehen pflegen. Die gichtischen Myalgieen entsprechen oft dem rheumatischen Muskelschmerz und sind kaum von diesem zu trennen. Die leichtere Ermüdbarkeit kann wohl auf Anhäufung der Stoffwechselproducte im arbeitenden Muskel bezogen werden.

Von Scudamores 120 Gichtkranken litten 90 gelegentlich an Wadenkrämpfen.

Der Vollständigkeit wegen seien auch die Augenerkrankungen erwähnt; acute Conjunctivitis, Episcleritis und randständige Hornhautgeschwüre werden genannt, Iritis und Retinitis hämorrhagica. Die Beziehungen der Katarakta und des Glaucoms zur Uratdiathese scheinen noch ungeklärt zu sein. Die Gicht soll die Disposition für Glaucom erhöhen. Auch gichtische Affectionen der Augenmuskel sind beobachtet worden. — Von den Beziehungen des Ohres zur Gicht wissen wir ausser seiner Neigung, typische Tophi zu entwickeln, wenig. Eine besonders schleichend verlaufende Schwerhörigkeit soll sich bei Gichtkranken einstellen, dazwischen ist der Menièresche Symptomencomplex, der Ohrenschwindel bei ihnen beobachtet worden.

Die verschiedensten Hautkrankheiten hat man von der Gicht abhängig gemacht: insbesondere das Ekzem.

Ebstein möchte auch die Psoriasis hierher zählen, auch vasomotorische Störungen, urticariaartige Quaddelbildung, Pruritus und Herpes zoster.

Die Nägel sind oft streifig und rissig.

Nachdem ich Ihnen hier in gedrängter Form die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Gicht und krankhaften Processen in den verschiedensten Organen darzulegen versucht habe, will ich nur kurz die gichtische Anlage besprechen, da sie im Wesentlichen mit den bereits geschilderten Symptomen zusammenfällt. Es hängt eben nur davon ab, ob man das Wort „Disposition“, „Diathese“ oder „Anlage“ dort vorzieht, wo der acute Anfall oder der Tophus noch nicht aufgetreten ist, oder ob man bereits manifestere Symptome der irregulären oder visceralen Form direct als Gicht bezeichnen will.

Die Franzosen haben es sich besonders angelegen sein lassen, die kindliche Constitution, die allmählich zur Gicht führt, zu schildern.

Es sind nach Rendu meist kräftige, wohlgenährte Kinder mit guter Gesichtsfarbe, die leicht schwitzen und eine grosse Empfindlichkeit der Haut und der Schleimhäute aufweisen. Neigung zur Pharyngitis granulosa, zu Nasen- und Bronchialkatarrhen, zu trockenen Ekzemen, Prurigo und vasomotorischen Störungen, wie Urticaria soll für sie charakteristisch sein. Oft liegt Migräne vor, neurastheoische Symptome allgemeiner Art. Sehr charakteristisch sollen die Gelenkschmerzen sein, die oft als „Wachstumschmerzen“ bezeichnet werden. Schon als Vorläufer wird der mit dyspeptischen Erscheinungen verbundene Schwindel betrachtet.

Concrementbildung in den Gallen- und Harnwegen und — ich citiere wörtlich nach Ebstein: „das vornehmlichste unter allen den Vorläufern gichtischer Anfälle sind der verstärkte Säuregrad des Urins und die Harnsäure und Uratniederschläge in demselben.

Ehe ich mich der Therapie zuwende, sei noch die Aetiologie gestreift. Der Einfluss der Heredität ist unzweifelhaft (Scudamores Statistik (522 Fälle — davon hereditär 332), besonders von Seiten des Vaters. Alter 30—40 am häufigsten. Was das Geschlecht anbetrifft, werden Männer viel häufiger als Frauen von der typischen Gicht befallen. Bis ins Greisenalter hinein kann der Paroxysmus einsetzen. Aermere Klassen sind auch beteiligt. Was die geographische Verbreitung anlangt, so ist es interessant, dass die Gicht in alten Zeiten in Athen und Rom oft vorkam, jetzt aber dort selten geworden ist. Im allgemeinen scheint das südliche Europa weniger von Gicht heimgesucht als die nördlichen Länder. In Frankreich ist die Gicht ebenfalls weniger häufig als in Holland und England (event. andere Lebensweise). In Deutschland scheint die Gicht zuzunehmen. Strümpell betont für Bayern, Fr. Müller speciell für München das häufige Vorkommen. Ueber Russland sind wir noch wenig orientiert. Die klimatischen Bedingungen, die dabei eine Rolle spielen, sind nicht bekannt: die Gicht kann ebenso in den Tropen, wie in der gemässigten Zone auftreten. In den Tropen scheinen die Europäer von ihr leicht befallen zu werden, doch dürfte das mit dem starken Alcoholconsum zusammenhängen.

Die besonderen Schädlichkeiten, welche als ätiologische Factoren in Betracht kommen, sind: übermässige Nahrungszufuhr, Mangel an Körperbewegung, Alcohol und Blei. In Bezug auf die beiden letzten Momente sind die Ansichten der Autoren noch recht widersprechend. Ebstein will dem chron. Alcoholismus eine sehr wesentliche Rolle zuerkennen, der chron. Bleiintoxication eine geringere. Minkowski steht auf dem entgegengesetzten Standpunct.

In Bezug auf den Alcohol scheint allerdings durch Pollaks Untersuchungen seine schädliche Wirkung dem Verständnis näher gerückt, er ist offenbar ein Protoplasma- vielleicht specieller ein Zellkerngift. Ueber die Art, wie das Blei den Organismus schädigt, ist noch keine einzige Theorie allgemein acceptiert. Die Bleilähmung und andere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems scheinen die Ansicht der Forscher zu stützen, die in diesem die wesentlichste Störung bei der Gicht erblicken (Duckworth, Lanceraux); sein Verhalten der Niere gegenüber wird von Andern als ein die Entstehung der Gicht förderndes Moment angesehen (Garrod). Die Entstehungsweise der Bleigicht ist nicht erkannt.

Die Gicht scheint zu gewissen Krankheiten nähere Beziehungen zu haben, wenn sie auch nicht, wie die

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bleiintoxication, als directes ätiologisches Moment genannt werden dürfen.

Von einigen Forschern wird das häufige Zusammentreffen von Gicht und acutem Gelenkrheumatismus erwähnt. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass die vom Rheumat. acut. mitgenommenen Gelenke der Einlagerung der Urate einen geringeren Widerstand entgegenzusetzen haben. Das Gleiche kann man wohl auch von dem chronischen Rheumatismus sagen, wenn wir damit nach Bäumler die aus dem acut. Rheumatismus hervorgehende chronische Form bezeichnen wollen. Anders soll es mit der Arthritis deformans stehen, die nach Minkowski geradezu ihrer Verbreitung nach gegenüber der Gicht ein gegensätzliches Verhalten zeigt. Andererseits können gewisse Formen dieser Erkrankung der chronischen Gicht zum Verwechseln ähnlich sehen, und schliesslich wäre noch die Möglichkeit ins Auge zu fassen, dass es sich um Combination beider Krankheiten (Ebstein) handeln kann. Dyce Duckworth, Mordhorst, Gemmel glauben, die Entstehung beider Krankheiten auf einen Ursprung zurückführen zu müssen.

Dass die drei Stoffwechselerkrankungen, Fettleibigkeit, Gicht und Diabetes nahe Beziehungen zu einander haben, ist unzweifelhaft. Ebstein hat auf Grund dieser Beziehungen eine sehr eingehende Theorie dieser Erkrankungen aufgestellt und im speciellen das gemeinsame Vorkommen bei ein und demselben Patienten zu erklären versucht. Ob diese Theorie sich noch halten wird, wenn die Gicht ebenso wie der Diabetes in verschiedene Krankheitsgruppen zerfällt, ist wohl fraglich.

Tatsächlich steht fest, dass der Gichtiker Diabetes bekommen kann, oder der Fettleibige gichtisch oder diabetisch wird. Minkowski macht darauf aufmerksam, dass der Gichtkranke meist nicht vor dem 45-sten Lebensjahr an Diabetes erkrankt und man vielleicht in manchen Fällen als Ursache eine Sclerose der Pancreasarterien beschuldigen darf, die auch tatsächlich von Hoppe-Seyler und Fleiner als Grund der Glykosurie gefunden wurde. Wenn der Fettleibige ein Vielesser ist und die Bewegung scheut, so wird er leichter — bei einer gichtischen Anlage — an der Gicht erkranken, als der Mässige und Bewegliche. Vielleicht erklärt sich der Zusammenhang somit einfacher als durch Ebstein's Hypothese von der vererbbaren Protoplasmaschwäche. Ein grosser Procentsatz der Ascendenz eines Gichtikers leidet an einer dieser drei Stoffwechselanomalien.

M. H. Wenn Sie bei der gedrängten Uebersicht, eine präcise Stellungnahme meinerseits vermissen, so kann ich mich nur damit entschuldigen, dass eine solche bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse verfrüht wäre. Mit Hypothesen und Theorien eigener Provenienz habe ich Sie verschonen wollen und mich nur auf die referierende Seite beschränkt.

Ich wende mich jetzt der Therapie zu.

Therapie.

Im Gegensatz zu dem unsicheren Gebiet schwankender Hypothesen, das wir somit verlassen, überrascht uns hier der relativ feste Boden.

Die Grundprincipien einer rationellen Gichtbehandlung stehen fast seit einem Jahrhundert fest, ein Beweis dafür, dass die Empirie der Theorie weit vorausgeeilt ist.

Und wenn auch hier — in Einzelfragen — Ansicht gegen Ansicht steht, die Einzelbeobachtung einer therapeutisch eclatanten Wirkung von Anderen nicht bestätigt werden kann, so weist uns das doch unzweifelhaft auf die eingangs geäusserte Ansicht hin, dass zwischen Gicht und Gicht ein Unterschied besteht, und wir wieder auf den Weg individualisierender Behandlung gewiesen werden.

Da uns das Wesen der primären Störung unbekannt ist, können wir auch nicht von einer directen ätiologischen Behandlung reden. Das Ziel unserer Behandlung muss sein, auf empirischem Wege eine Regulierung des abnormen Stoffwechsels anzustreben.

Dazu gehört in erster Linie: eine bestimmte Grösse und Art des Kostmasses, ausgiebige Bewegung und körperliche Arbeit zur Anregung des Stoffverbrauchs und der Circulation und Vermeidung besonderer Schädlichkeiten, deren verhängnisvollen Einfluss wir kennen. (Alcohol, Blei).

Da das Kostmass aber nur in den Fällen, in denen es sich gleichzeitig um Fettleibigkeit handelt, eine Unterernährung bezwecken soll—sonst aber dem Ideal einer naturgemässen Lebensweise entsprechen soll, so ist mit der Verallgemeinerung der Diagnose Gicht niemals eine Gefahr verbunden — im Gegenteil, es dürfte manchem Uebel auch durch die voreilige Diagnose rechtzeitig gesteuert werden!

Die meisten Forscher stimmen darin überein, dass eine gemischte Kost dem Gichtkranken zuträglich sei, mit besonderer Betonung der Fettzufuhr[1]) (in leicht verdaulicher Form), bei geringeren Mengen von Eiweiss und Kohlehydraten.

Das Fett wird am besten in Form von Butter[2]) und Sahne dem Kranken gereicht. Ebstein empfiehlt auch Speck. Für die Eiweisskost kommt in erster Linie das Fleisch in Frage.

Ebstein will Fleisch in mässiger Menge gestatten, besser in gekochtem, als gebratenem Zustand. Ein Unterschied zwischen weissem und dunklem besteht nur in ihrem Gehalt an Extractivstoffen, die auf die Niere reizend einwirken, und aus diesem Grunde ist die Fleischbrühe nicht zu empfehlen, obgleich sie die Harnsecretion anregt.

Thymus, Leber, Niere, Milz, Gehirn—sind, weil Purinstoffe enthaltend — zu meiden, ebenso Kaviar, Fischrogen. — Eier werden gestattet, Milch in mässiger Menge, Käse verboten (weil angeblich steinbildend). Austern erlaubt. Crustaceen sind verboten. Im Gegensatz zu Dyce Duckworth, der das Fleisch besonders empfiehlt, vermeidet es Haig in jeder Form und bevorzugt eine vegetarische Kostordnung. Es ist allerdings auffallend, dass eine Reihe von Gichtkranken, darunter auch Aerzte, die Erfahrung gemacht haben, dass sie sich bei einem gemässigt vegetarischen Regime am besten befinden. Zur Erklärung dieser Tatsache wird auch das seltene Vorkommen der Gicht in Japan herangezogen. Vielleicht spielt der Salzgehalt der vegetabilischen Nahrung eine Rolle, doch harrt diese Frage noch der endgiltigen Antwort. Jedenfalls sollen die Gemüse unter den Kohlenhydraten bevorzugt werden: Erbsen, Bohnen, Carotten, die Kohlarten, Spinat, Kopfsalat, obgleich von Einzelnen vor Spinat und Salaten wegen ihres Oxalsäuregehaltes gewarnt wird. Gurken und Spargel sind verboten. Mässig sollen die Cerealien: Mehle und Brot genossen werden, ebenso Kartoffel, Reis, Manna etc. Ein wesentlicher Platz in der Ernährung des Kranken gebührt dem Obstgenuss: Kirschen, Erdbeeren, Weintrauben. Citronen — nicht als Cur — aber an Stelle des schädlichen Essigs zum Salat. Gewürze sind zu meiden. — Wasser in dem Masse, dass die 24stündige Harnmenge $1^{1}/_{2}$—2 Liter beträgt.

Alcohol ist in jeder Form zu meiden —

---

1) Ebstein.
2) 60—100 gr. Ebstein.

Generated on 2019-01-09 23:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wenn eine Concession gemacht werden soll, ist nur leichter Mosel oder Rotwein zu gestatten.

Tee, Caffee, Cacao sind in mässigen Mengen erlaubt [1]) (in der Türkei (Caffee), in China und Japan (Tee) ist Gicht selten). Der Gichtkranke soll nach Ebstein sich mit 3 Mahlzeiten täglich begnügen. Ich möchte dazu vorschlagen, dem Kranken am Morgen schon eine kräftige Mahlzeit zu geben, da er dann erfahrungsgemäss zu Mittag viel mässiger isst und doch dabei leistungsfähig bleibt. Dieses Regime ist auch bei Fettleibigen zu empfehlen.

Wenn wir zur medicamentösen Behandlung übergehen, so will ich nur kurz die Hauptgruppen der zahlreichen gegen die Gicht empfohlenen Mittel und ihre hypothetische Wirkungsweise berühren, um auf die erprobten etwas näher einzugehen.

Eine Reihe von Mitteln soll eine directe Einwirkung auf die Harnsäurebildung und -ausscheidung entwickeln, die auf vierfachem Wege zustande kommen kann:

1) durch Verminderung der Harnsäurebildung,
2) durch Förderung der Harnsäureausscheidung,
3) Beschleunigung der Harnsäureoxydation,
4) durch Erhöhung der Harnsäurelöslichkeit.

Der letzte Punct ist der wesentlichste:

Man hat geglaubt, dem Lithium das Vermögen zuzusprechen, die Harnsäure zu lösen, weil sein harnsaures Salz in Wasser leicht löslich ist. Aber es erscheint sehr fraglich, ob diese Wirkung im Organismus zustande kommen kann. Das Gleiche erwartete man vom Piperazin, Lysidin und Lycetol; aber auf experimentellem Wege hat von Loyhem nur negative Resultate erhalten. Ebenso vom Citarin, das Ebstein doch empfiehlt. Eher scheint das Urotropin dadurch, dass es Formaldehyd abspaltet, zur leichteren Löslichkeit der Harnsäure, die sich mit dem Formaldehyd verbindet, beizutragen (geschieht aber erst im Harn, nicht im Blut!). Auch die Versuche mit Nucleinsäure sind bisher nicht erfolgreich gewesen: sie sollte sich mit der Harnsäure verbinden und dadurch in die lösliche Form überführen, in welcher sie nach der Hypothese Minkowski's im Blut kreisen soll. Sehr möglich ist es, dass diese Mittel von gutem Einfluss bei Neigung zu Concrementbildung sind.

Völlig unklar ist die Wirkung der Salicylpräparate: vielleicht steigern sie die Harnsäureausfuhr durch die Leucocytose, die sie hervorrufen. Die Wirkung des Aspirins ist jedenfalls nicht ungünstig, ebenso die des Mesotans und des Gaultheriaoeles (als Bengué-Balsam).

Genau das Gegenteil, nämlich eine Herabsetzung der Harnsäureausscheidung, soll die Chinasäure und ihre Verbindungen bewirken: dazu gehören: Sidonal, Chinotropin, Urol, Neu-Sidonal. Ueber günstige Wirkungen berichteten Leyden, Ewald, Goldscheider.

Eine der wichtigsten Fragen in der Gichtbehandlung ist die nach dem Wert oder Unwert der Alkalibehandlung oder der Salzsäuretherapie? [2])

Die Alkalitherapie ist wohl die älteste Behandlungsmethode der Gicht und hat bis auf den heutigen Tag ihren Platz behauptet, obgleich man ihr nicht nachrühmen kann, dass ihre Wirkungsweise geklärt sei. Im Gegenteil, gerade in neuester Zeit erheben sich Stimmen, die aus dem Experiment den Nachweis liefern wollen, dass ihre Anwendung durchaus irrationell sei. Die Behauptung, dass die verminderte Blutalkalescenz bei Gicht durch alkalische Mineralwässer günstig beeinflusst werde, ist haltlos, weil weder die Blutalkalescenz bei der Gicht herabgesetzt ist, noch auch diese durch Alkalizufuhr wesentlich beeinflusst wird. Erwiesen ist, dass die alkalischen Erden (Calcium und Magnesia) die Lösungsbedingungen der Harnsäure im Harn günstig beeinflussen [1]) ohne die Harnalkalescenz (wie andere Alkalien) besonders zu steigern, womit die Gefahr der Concrementbildung verbunden wäre.

Trotz der Reserve der experimentellen Pathologie in dieser Frage wird ein mässiger Gebrauch alkalischer Mineralwässer fast allgemein empfohlen. Mag nun ihre Wirkungsweise nur in dem günstigen Einfluss auf den Verdauungsapparat oder auf der Durchspülung des Organismus oder endlich in der Aenderung des osmotischen Druckes und der elektrischen Leitfähigkeit der Gewebsflüssigkeit liegen — sie scheint soweit empirisch festgestellt, dass es verfrüht wäre, aus theoretischen Bedenken diese Therapie fallen zu lassen.

Ich will Sie hier nicht mit einer Aufzählung aller für die Gicht in Frage kommender Mineralwässer ermüden, nur möchte ich Sie daran erinnern, dass Ebstein diejenigen Gichtkranken, welche noch leistungsfähig und relativ frei in der Bewegung sind, nicht mehr in die Bäder zum Curgebrauch, sondern ins Gebirge schickt und damit gute Resultate erzielt haben will.

Die empirische Empfehlung der Salzsäure in grossen Dosen von Seiten Falkensteins hat neuerdings durch die experimentellen Arbeiten von Loghem's eine bemerkenswerte Stütze erhalten. Falkenstein glaubt allerdings, die Ursache der Gicht in einer Verminderung der Salzsäuresecretion des Magens gefunden zu haben, doch scheint die Begründung dieser These nicht stichhaltig. Falkenstein hält die Harnsäure für ein nicht genügend oxydiertes Derivat des Eiweissstoffwechsels — während die Mehrzahl der neueren Forscher sie aus der Puringruppe entstehen lässt — und will nun durch Erhöhung des Eiweissstoffwechsels durch HCl-Zufuhr die Endstufe der Harnsäure, den Harnstoff zur Ausscheidung bringen. Von Loghem spritzte Harnsäurekrystalle unter die Haut des Kaninchens und fand nach Stunden und Tagen die Harnsäure gelöst und an ihrer Stelle Natriumurat, das dann durch Phagocyten oder durch Lösung in der Gewebsflüssigkeit verschwand, nachdem es eine reactive Entzündung des Nachbargewebes hervorgerufen hatte. Diese Uratablagerungen entstanden aber nicht, wenn den Kaninchen Salzsäure per os zugeführt wurde, wurden aber wesentlich durch Natriumbicarbonatgaben gefördert [2]). Das Wesentliche scheint also bei der Salzsäuretherapie die Beeinflussung des Natriumgehalts der Gewebsflüssigkeit zu sein [3]). Gleiche Versuche stellte von Loghem mit Lithiumwässern, Piperazin, Citarin, Lysidin, Colchicin, Natriumsalicylat und anderen mit negativem Erfolge an — wiederum ein Hinweis darauf, dass wir es bei der Gicht mit keinem einheitlichen Process zu tun haben! Auch die theoretisch so vortrefflich begründete Salzsäuretherapie Falkensteins ist eben doch nicht in allen Fällen so wirksam, wie in denen des Autors, so dass wir davor gewarnt werden, jeden therapeutischen Erfolg zu einer neuen Theorie über das Wesen der Gicht auszubauen.

So steht es auch mit dem vielgerühmten Colchicum,

[1]) Coffeïn, Adenin, Theobromin gehen nicht in U. über.
[2]) Schittenhelm, Falkenstein.

[1]) v. Noorden, J. Strauss, Herxheimer, Minkowski 310.
[2]) Schittenhelm: Natur und Wesen der Gicht.
[3]) Der Natriumgehalt der Körperflüssigkeit setzt die Löslichkeit der sauren harnsauren Natrons herab. His und Paul, Schittenhelm l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dessen Wirkung beim acuten Anfall wohl feststeht. Von den verschiedenen Autoren werden verschiedene Präparate bevorzugt, und von den Patienten hört man das Mittel loben, an das sie sich gewöhnt haben. Da wären die fertigen recht teuren Präparate zu nennen: Liqueur Laville und Alberts Remedy. Man gibt von dem Liqueur Laville 4—8 Gramm in den ersten 24 Stunden. Billiger ist der Myliussche Liqueur, der in der gleichen Dosis gebraucht wird. Von anderer Seite wird das Mercksche Colchicin empfohlen in Pillenform zu 1—1,5 Milligramm das Stück, 3—4 Pillen innerhalb 2 Tage. Auch die granules titres de Colchicine Haudé enthalten 1 Milligr. Colchicin. Haudé gibt 4—5 Granules in der ersten Stunde des Anfalls. Falls kein Durchfall eintritt, ist Vorsicht geboten. Frauen vertragen es schlechter als Männer. Die Wirkung des Mittels ist nicht klar: Haudé nimmt eine Beeinflussung des sympathischen Nervensystems an; Rindfleisch, der selbst an Gicht litt, glaubte, dass es den localen Erregungszustand der Nerven mildere. Die Giftwirkung des Colchicums besteht in gastroenteritischen (nicht direkt „entzündungerregend sondern auf nervösem Wege die Peristaltik anregend") Störungen und Herabsetzung der Sensibilität bis zu aufsteigender Rückenmarkslähmung. Ein Einfluss auf die Harnsäure oder ihre Wege scheint nicht erwiesen. Dass ausser dem Colchicin noch die Narcotica und mildere schmerzstillende Mittel angewandt werden, ist bekannt, wie Aspirin, Citrophen, Antipyrin, Lactophenin, Neurodin und andere. Jodkali wäre vor allem bei Combination von Lues und Gicht zu empfehlen, oder wenn die arterioscler. Erscheinungen in den Vordergrund treten.

Für die chronischen Gelenkdeformitäten kommt active und passive Bewegung in Betracht, die auch gleich nach dem Anfall empfohlen wird, ferner Heissluft, elektr. Lichtbäder und Aehnliches. Sollen die Kranken eine Badecur brauchen, so kommen die bekannten Thermen von Wiesbaden, Baden-Baden, Gastein, Wildbad, Teplitz, die Schwefelquellen von Aachen, Kertrich, Weilbach, das Moor von Salzschlirf und Meinberg — oder für gewisse anämische Formen Levico in Betracht.

Auch hier heisst es mit richtigem ärztlichen Tact individualisieren und den Allgemeinzustand des Kranken im Auge behalten, um die chemischen Correlationen im erkrankten Organismus nach Möglichkeit der Norm zu nähern.

Auf diesem Gebiete bleibt uns abgesehen vom grossen ungelösten Rätsel, der Frage nach dem Wesen der Gicht, noch genug zu tun übrig.

Die Nierendecapsulation bei Eklampsie.

Sammelreferat von L. v. Lingen.

Harrison empfahl 1878 bei acuter Nephritis die Capselspaltung der Niere und erzielte einige gute Resultate. Auf dieser Erfahrung fussend, empfahl Edebohls 1903 bei Eklampsie die Nierendecapsulation d. h. Freilegung der Niere, Sectionsschnitt über die in die Wunde vorgezogene Niere, Durchtrennung und Abstreifung der Capsula propria und fibrosa bis auf den Hilus. Der Effect der Operation sollte darin bestehen, dass die Spannung herabgesetzt, die Circulationsverhältnisse gebessert und die interlobulären Entzündungsproducte und Exsudate resorbiert werden. Nachdem in America von Edebohls und anderen Operateuren eine Reihe von Fällen, für die man die Heilwirkung nicht in Abrede stellen konnte, publiciert waren, wagte man sich zuerst in Frankreich an diese Operationsmethode, in den letzten Jahren erst in Deutschland. Es liegen Berichte von Polano, Gauss, Essen-Möller, Asch, Falgowski, Kehrer u. A. vor. Der klinische Erfolg besteht in der verstärkten Diurese und damit in der Anregung der Ausscheidung im Körper kreisender Toxine durch die vermehrte Diurese, vielleicht auch durch den Austritt von entzündlichem Oedem aus den eröffneten Gewebsspalten des Nierenparenchyms.

Ueber die Auswahl der Fälle und die Indication herrscht noch keine Einigkeit. Während der Schwangerschaft die Decapsulation vorzunehmen, hat keinen Sinn, da beim Fortbestehen der Gravidität von neuem Stauung und toxische Entzündung der Niere entstehen kann. Treten die eklamptischen Krämpfe während der Geburt auf, so ist eine schnelle und schonende Entbindung der Kranken je nach den Verhältnissen (Dilatation, Zange, Wendung) indiciert — eine Behandlung, bei der nach Angabe der meisten Autoren in circa 75 pCt. die Eklampsie zum Stillstand kommt. Einige Autoren wollen die zu einer der oben genannten Operationen notwendige Narcose benutzen, um gleichzeitig die Nierendecapsulation vorzunehmen, ein Vorgehen, das von den Meisten mit Recht verworfen wird. Dauert die Eklampsie nach der Entbindung fort, so kommt für die puerperale Eklampsie die Decapsulation in Frage, wenn trotz erfolgter Entbindung, Venaesectio etc. die Anfälle sich häufen und der Allgemeinzustand schwerer wird. Es ist jedoch schwierig, den Zeitpunct richtig zu bestimmen: operiert man zu spät, so sind die lebenswichtigen parenchymatösen Organe so schwer geschädigt, dass der Eingriff nicht vertragen wird. Gauss verwendet sich für eine frühzeitige Operation und motiviert seinen Standpunct mit dem Hinweis, dass bei einer so mörderischen Krankheit jede auch die blutigste Therapie gerechtfertigt sei, welche nicht durch ihre eigene Mortalitätsziffer als zu gefährlich gekennzeichnet ist. Was letztere angeht, so gibt Kehrer unter 23 in der Literatur gesammelten Fällen 8 Todesfälle (34,7 pCt.) an. Ob diese Ziffer den Tatsachen entspricht, scheint Ref. sehr zweifelhaft, da Fälle mit unglücklichem Ausgang häufig nicht publiciert werden. Wählt man einen zu frühen Operationstermin, so bleibt der Vorwurf bestehen, eventuell einen unnützen Eingriff unternommen zu haben. Fürs Erste befinden wir uns noch im Stadium des Versuches und des Sammelns und Abwägens des einzelnen Falles, ein definitives Urteil kann in Zukunft ausgearbeitet werden.

Referate.

A. Rydygier: Weitere Erfahrungen mit Behandlung von Rhinosclerom mit Röntgenstrahlen. Gazeta lekarska, 1909. Nr. 3.

R. berichtet über 14 Fälle von Rhinosclerom (6 Fälle von Sclerom der Nase und 8 — des Kehlkopfes), die auf der chirurgischen Klinik zu Lemberg (Prof. L. Rydygier) mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt wurden. Es dürften von diesen Fällen wohl nur 13 in Betracht gezogen werden, da im Falle IX die Patientin, eine 35-jährige Frau mit Sclerom der Nase, schon nach den ersten Versuchen die Klinik verliess und sich nicht wieder zeigte. Die übrigen 13 Fälle betreffen sämtlich weibliche Personen in jugendlichem Alter (10—20 Jahre). Die Dauer der Behandlung ist nicht überall genau angegeben, scheint aber zwischen einigen Wochen und 7 Monaten geschwankt zu haben. In einem Falle von Sclerom des Larynx wurde die Laryngofissur vorgenommen und der Kehlkopf durch die Wunde beleuchtet; in einem anderen Falle (Sclerom der Nase) ging der Behandlung mit Röntgenstrahlen eine operative Entfernung der scleromatösen Neubildungen voraus. In den übrigen Fällen wurde von jeglichem operativen Eingriff Abstand genommen. Sämtliche Pat. wurden entweder als vollkommen geheilt, oder in sehr bedeutend gebessertem Zustande aus der Klinik entlassen.

W. Dörbeck.

A. Żebrowski: Ein Fall von beiderseitiger eitriger Mastoiditis nach traumatischer Trommelfellperforation. Beiderseitige Warzenfortsatzaufmeisselung. Heilung. Gazeta lekarska. 1909. Nr. 4.

Der von Z. beschriebene Fall gehört zu den äussersten Seltenheiten, da traumatische Trommelfellläsionen in der Regel rasch und ohne Complication verheilen. Verf. hebt hervor, dass er in der erschöpfenden Arbeit Passows über Verletzungen des Gehörorganes keinen einzigen analogen Fall gefunden habe; nur einen annähernd ähnlichen Fall fand er in dem von der New-Yorker Medicinischen Akademie herausgegebenen Archiv für Otologie beschrieben. Z.'s Fall verdient deshalb besonderes Interesse.

Ein bei einer Bombenexplosion (auf einer Strasse in Warschau) verwundeter Soldat wurde im Zustande schwerer Bewusstlosigkeit ins Hospital gebracht. Am ganzen Körper und an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Extremitäten des Verunglückten, fanden sich zahlreiche von Bombensplittern zugefügte Wunden verschiedener Grösse, am linken Unterarm — eine Risswunde mit Verletzung der Art. radialis, welch letztere sofort unterbunden werden musste. Der bewusstlose Zustand dauerte fast ununterbrochen auch in den nächsten Tagen fort. Am 13. Tage nach der Aufnahme des Pat. wurde eitriger Ausfluss aus beiden Ohren bemerkt. Die an demselben Tage vorgenommene Untersuchung der Ohren ergab beiderseitige acute eitrige Mittelohrentzündung mit Trommelfellperforation beiderseits im vorderen unteren Quadranten bei sehr stark herabgesetzter Hörfähigkeit. Zugleich fand sich leichte Schwellung und Druckempfindlichkeit des linken Warzenfortsatzes. 3 Tage später — Schmerzhaftigkeit des rechten Proc. mastoideus bei Temperatursteigerung abends bis über 40° und andauernder Bewusstlosigkeit. Da eine Injection von Collargol (2 pCt. intravenös) resultatlos blieb, und in den nächsten Tagen sowohl die Localerscheinungen als auch der Allgemeinzustand des Pat. einen bedrohlichen Charakter annahmen (es stellte sich Genickstarre ein), so wurde die Aufmeisselung der Warzenfortsätze beiderseits vorgenommen. Bei der Operation ergab sich ein acuter Einschmelzungsprocess mit Granulationsbildung und reichlichem Eiter im rechten Proc. mastoideus, sowie starke Hyperämie der Cellulae mastoideae, jedoch ohne Eiterbildung, linkerseits. Die Schädelhöhle wurde nicht eröffnet. — Nach der Operation sank die Temperatur allmählich und blieb vom 4. Tag an normal. Dementsprechend besserte sich auch der Allgemeinzustand des Patienten, wie auch die Localerscheinungen einen günstigen Verlauf nahmen: die Genickstarre schwand, das Bewusstsein kehrte wieder, das Gehör besserte sich nach und nach, die Mittelohreiterung sistierte, die Trommelfellperforationen vernarbten.

Verf. meint, dass die Detonation bei der Bombenexplosion eine Erschütterung des Labyrinthes und des Mittelohres mit Zerreissung beider Trommelfelle herbeigeführt habe. Den eitrigen Charakter der Mittelohraffection hält er für eine Folge herabgesetzter Widerstandsfähigkeit der erschütterten Mittelohrschleimhaut gegen Infectionserreger.

W. Dörbeck.

Lenger: Ueber die Behandlung des Lupus mittels Tuberculinsalbe und über eine durch Tuberculinsalbeneinreibung specifische Hautreaction. Berl. Klin. Woch. 1908. Juni.

L. empfiehlt die Anwendung einer 3—10% Tuberculinsalbe zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken. Als Salbengrundlage wird Lanolin oder Vasenol benutzt. Es tritt starke entzündliche Rötung der lupösen Haut nach mehreren Stunden ein, die Lupusknötchen selbst ulcerieren. Nach Ablauf der Reaction sind die lupösen Herde ganz oder zum Teil verschwunden. Die Application der Salbe kann wiederholt werden. Als Nachbehandlung empfiehlt Verf. kurze Röntgenbestrahlungen. Die Reaction ist in zweifelhaften Fällen auch diagnostisch verwertbar.

J. Lichtmann (Cöln).

Filbry: Ueber die Behandlung der Furunkel mittels der Bierschen Saughyperaemie. Deutsche militärärztl. Zeitschrift. Jahrg. 37. Heft 21.

Im Lazarett Allenstein wurden im Jahre 1906—1907 120 Furunkel ohne Incision, ausschliesslich mit der Saughyperaemie behandelt. Die Erfolge waren überraschend gute, die Behandlungsdauer wurde erheblich abgekürzt, und die Narbenbildungen, besonders die störenden Nackennarben wurden vermieden. Die Behandlung konnte ambulant vorgenommen werden, und nur bei Gesichtsfurunkeln ist eine strenge Ueberwachung am Platze.

J. Lichtmann (Cöln).

Blaschko. Zur Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten. Berliner klin. Woch. 1908, Nr. 46.

Die Anwendung harter Röhren bei der Therapie der Hautkrankheiten hält B. für einen directen Fehler, da die durch weiche Röhren erzeugten Strahlen meist in den obersten Hautschichten zur Resorption gelangen. B. erzielte die beste Wirkung mit ganz kleinen Dosen; am meisten kommt man mit 2—3 Bestrahlungen in 8-tägigen Pausen aus. Da aber, wo es auf eine Zerstörung des Haarbodens ankommt, bei Favus, Mikrosporie, Trichophytie und Sycosis, muss man bis an die Grenze der entzündlichen Dosis gehen. Wenn man die Summationswirkung vermeiden will, müssen die Pausen grösser sein. Verfasser berichtet dann über seine Erfahrungen bei den oberflächlichen Hautaffectionen. Bei Psoriasis wurden die besten Erfolge erzielt bei den acut generalisierten, bei den alten localisierten Fällen und besonders bei Nagelpsoriasis. Bei den übrigen über den ganzen Körper verbreiteten chronischen Psoriasisfällen sind Recidive häufig. Sehr günstig werden auch die Ekzeme beeinflusst, besonders die Ekzeme der Hände, Finger, Nägel, des Afters, der Vulva, die seborrhoischen Ekzeme und die Gewerbeekzeme, wenig günstig werden die Ekzeme bei lymphatischen und anämischen Individuen beeinflusst. Dabei muss man auch die allgemeine Behandlung beachten und oft die Röntgenbehandlung mit anderen Methoden combinieren, Salben, Bäder, Teer etc. Mit Röntgen allein kommt man aus bei Lichen ruber und Pityriasis rosea. Günstig werden beeinflusst Acne, Furunkel, Seborrhoea oleosa des Gesichtes. Tuberculosis verrucosa cutis wird nicht beeinflusst. Lupus vulgaris und Foliclis wird beeinflusst, bedarf aber der Combination mit anderen Methoden. Nicht beeinflusst werden: Acne rosacea, Lupus erythematodes, Pruritus, Urticaria, Erythema exsudativum, Dermatitis herpetiformis und Perniones.

J. Lichtmann (Cöln).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. med. **Karl Bernold Martin**: Blutarmut und Bleichsucht. Wesen, Ursachen und Bekämpfung. Verlag der „Aerztlichen Rundschau“ (Otto Gmelin), München. 1908.

Die von Martin herausgegebene Broschüre bildet das 31. Heft der bekannten Zeitschrift «der Arzt als Erzieher». In gemeinverständlicher Form schildert Verf. zuerst das Wesen der Krankheit, die Blutbildung und Blutverteilung im menschlichen Organismus, die Blutarmut (Anaemie) und dann die Bleichsucht (Chlorose), das Wesen und die Ursachen des Leidens und die Verhütung und Behandlung desselben.

Es ist durchaus wünschenswert, dass diese Arbeit eine weite Verbreitung im Publikum findet, da durch genaue Kenntnis dieser Krankheiten die Häufigkeit derselben fraglos bedeutend eingeschränkt werden kann.

Ausserdem würden viele Symptome von den Angehörigen richtig gedeutet und nicht übersehen werden, wie dieses leider häufig geschieht, Verf. betont mit Recht, dass der Laie nie beurteilen kann, ob nicht unter dem Bilde der Blutarmut eine Tuberculose beginnt, und wie leicht kann durch rechtzeitig eingeholten ärztlichen Rat dieser Gefahr abgeholfen werden.

Im Capitel «Verhütung und Behandlung» vertritt Verf. Ansichten, denen jeder um das Wohl seiner Kinder Besorgte vollständig beipflichten muss. «Die Verhütung der Bleichsucht ist gleichbedeutend mit einer modern-hygienischen Erziehung». Vor allem vernünftige Abhärtung und richtige Ernährung, wenig Fleisch und viel Gemüse.

Wenn als Ergänzung der Cur eine regelrechte Diät durchgeführt wird, so ist es verständlich, dass die Arzneibehandlung nur in zweiter Linie in Betracht kommt, daher legt Verf. derselben auch keine besondere Bedeutung bei.

Fr. Mühlen.

Dr. **Julius Steinhaus**. Grundzüge der Allgemeinen Pathologischen Histologie. Leipzig. Akad. Verlagsgesellsch. 1909.

Im Gegensatz zu anderen Lehrbüchern der pathologischen Histologie wird von dem Autor der «Grundzüge» das Schwergewicht auf die mikrophotographischen Abbildungen gelegt, die nach ihm einen grossen Wert für den «angehenden Mikroskopiker» haben sollen. Das Buch ist überhaupt für den Anfänger bestimmt, und die Kritik wird daher in erster Linie zu untersuchen haben, ob es diesen Anforderungen entspricht. Was nun zunächst die Bedeutung der Mikrophotographien betrifft, kann Referent die Ansicht des Autors nicht ganz teilen. Ihm scheint es, dass Zeichnungen das Typische im mikroskopischen Bilde dem Anfänger eher klar machen werden als noch so gute Photographien. Es liegt ja im Wesen der Photographie, neben dem Wesentlichen auch das Unwesentliche und Zufällige darzustellen, und die Fülle der Einzelheiten muss verwirren. Ich glaube somit, dass die mikrophotographischen Abbildungen nur an der Hand des Lehrers den vom Autor gewollten Zweck erreichen werden. Hiermit soll aber nicht gesagt sein, dass ihre Anwendung verfehlt wäre. Referent hält es im Gegenteil für einen Vorzug des Buches, die Mittel zu einem Kennenlernen dieser modernsten Art der Darstellung darzubieten. Der Text ist kurz gehalten. Der erste Abschnitt gibt eine übersichtliche Zusammenstellung der «Methoden der Untersuchung pathologischer Gewebe und Flüssigkeiten», wobei allerdings nur das Allerwichtigste mitgeteilt wird. Der zweite Abschnitt behandelt die allgemeine pathologische Histologie. Eine sehr weit gehende Berücksichtigung hat die Darstellung der Neubildungen erfahren, indem ihnen von den 114 Seiten 66 gewidmet sind; so haben denn auch neben den häufig zu beobachtenden Geschwülsten manche seltene Platz finden können, wie das Chordom und das Hypernephrom. Hier

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

liesse sich einwenden, dass deren Erwähnung in einem Leitfaden für Anfänger hätte unterbleiben können.

Wenn ich auch meine Ansicht dahin zusammenfasse, dass die «Grundzüge» in der Hand des Anfängers nicht das leisten dürften, was der Autor gewollt hat, so muss ich doch andererseits auf die grossen Vorzüge des Buches hinweisen. Das, was in der einen Hinsicht seine Schwäche ist, ist in der anderen seine Stärke. Der geübtere Mikroskopiker wird grade die Darstellung der seltenen Tumoren mit Vergnügen studieren, und die 25 Tafeln Abbildungen werden ihm in ihrer Naturtreue und fast durchweg sehr guten Wiedergabe ein wertvolles Vergleichsmaterial darbieten, dessen er sich gern bedienen wird. Bei einer zweiten Auflage würde es sich empfehlen, bei den Abbildungen die Vergrösserung genau anzugeben.

Nach Kenntnisnahme der allgemeinen Histologie kann Referent nur wünschen, dass der vom Autor in Aussicht gestellte specielle Teil nicht lange auf sich warten liesse.

Ischreyt.

Aichel, Otto. Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste. München. J. F. Lehmanns Verlag. 1908.

Das Neue der vorgetragenen Hypothese ist, dass der Verf. sämtliche bösartigen Geschwülste auf eine Amphimixis einer Körperzelle mit einem Leucocyten zurückführt und auf diese Art die Mannigfaltigkeit der Tumoren zu erklären bestrebt ist; an sich ist aber weder die Theorie noch die Deutung neu. Einen Beweis dafür, dass die Amphimixis wirklich stattfindet, und warum nur der Leucocyt imstande ist, eine Copulation mit einer anderen Körperzelle einzugehen, gibt der Verf. nicht.

Ucke.

Dr. E. König. Die Autochromophotographie und die verwandten Dreifarbenrester-Verfahren. Photograph. Bibliothek. Bd. 6. 60 Seiten. Preis geh. Mk. 1.20, geb. Mk. 1.70. Berlin. Verl. von Gustav Schmidt. 1908.

Dieses Buch bildet einen Ergänzungsband zu des Verf. Buch «Die Farbenphotographie» (Photograph. Biblioth. Bd. 19) und gibt in klarer, sicherer Weise einen Wegweiser für das practische Arbeiten mit den Autochrom-Platten. Es hat die Vorzüge einer kurzen und gemeinverständlichen Behandlung des Stoffes, neben durchaus klarer Darstellung der technischen Handgriffe, wodurch das Buch für jeden Anfänger auf dem immerhin neuen Gebiet der Autochromophotographie einen wertvollen Ratgeber abgibt.

F. Holzinger.

A. Parzer-Mühlbacher. Röntgenphotographie. Anleitung zu leicht auszuführenden Arbeiten mit statischer und galvanischer Elektricität unter besonderer Berücksichtigung der Influenz-Elektrisiermaschine. Zweite neu bearbeitete Auflage mit 8 Taf. u. 29 Fig. im Text. Preis geh. Mk. 2.50, geb. Mk. 3.— 90 Seiten. Berlin, Verl. von Gustav Schmidt. 1908.

In der neuen Auflage welche den 6. Bd. der Photograph-Bibliothek bildet, sind die Fortschritte der Technik sorgfältig berücksichtigt worden, und dem Laien wird die Möglichkeit gegeben, sich leicht und sicher in das Gebiet der Röntgenphotographie hineinzuarbeiten. Da das Buch lediglich den Zweck verfolgt, dem Amateur practische Anleitung zu geben, so sind auch nur solche Apparate und Verfahren beschrieben, welche dazu dienen, auf möglichst einfache Weise und mit geringen Kosten brauchbare Röntgenbilder herzustellen. Für diesen Zweck ist das Buch auf das wärmste zu empfehlen.

F. Holzinger.

Hans Gross: Kriminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes. I. Band des Handbuches der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Lieferung 19—24. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 944 Seiten. Preis 27 Mark.

Von diesem in unserer Wochenschrift (zuletzt 1908, Nr. 41) bereits mehrfach angezeigten Standardwerk ist im November 1908 oben genannter Band aus der Feder des auf diesem Gebiete besonders competenten Grazer Professors erschienen. Nach wie vor ist der practische Standpunct das leitende Moment als das einzig richtige Princip für den ärztlichen Sachverständigen und den practisch wirkenden Juristen, für welche beide das Werk in erster Linie berechnet ist. Die wissenschaftliche Grundlage wird dabei nicht ausser Acht gelassen. Der vorliegende Band gliedert sich folgendermassen: I. Allgemeines. 1) Die Stellung des Arztes zum Juristen. 2) Ueber einige Eigenschaften des Gerichtsarztes. II. Eigentlich gerichtsärztlicher Teil. A. Somatisches (Identität des Untersuchten). B. Fussspuren und Aehnliches. C. Blutspuren. D. Selbstmord. E. Unfälle bei grösseren Betrieben. III. Secundäre Tätigkeit des Gerichtsarztes. A. Educatives (der Arzt wirkt als naturwissenschaftlich gebildeter Untersucher dem Juristen gegenüber aufklärend und belehrend). B. Simulation. C. Localaugenschein. D. Der Aberglaube. IV. Einzelne Fertigkeiten. A. Zeichnen und Verwandtes. B. Die Waffen, ihre Kenntnis und Verwendung. C. Zinken (Zeichen in geheimer Verständigung). D. Ueber die Gaunersprache. E. Ueber die Zigeuner. V. Kriminalpsychologisches. VI. Sachregister.

Michelson.

Prof. Dr. W. Weygandt: Forensische Psychiatrie. Erster Teil: Straf- und civilrechtlicher Abschnitt. Sammlung Göschen Nr. 410. G. J. Göschensche Verlagshandlung, Leipzig. 1908. Preis 80 Pfennige.

Die Göschensche Verlagshandlung gibt eine Sammlung heraus, die in kurzen, klaren, allgemeinverständlichen Einzeldarstellungen eine Einführung in sämtliche Gebiete der Wissenschaft und Technik geben soll. Das vorliegende Bändchen bringt auf 142 Seiten eine Zusammenstellung und Commentierung, zum Teil durch Krankheitsfälle, der auf die Geisteskrankheiten bezüglichen Paragraphen der reichsdeutschen Straf- und Civilgesetzgebung. Das demnächt erscheinende 2. Bändchen wird den klinischen Teil, einen Abschnitt über die verwaltungsrechtlichen Fragen des Irrenwesens und einen über die Beziehungen zwischen der Unfallgesetzgebung und den Geistesstörungen enthalten. Beide Bändchen werden den reichsdeutschen Aerzten und Juristen willkommene rasche Orientierung gewähren, haben aber auch für solche in anderen Staaten durch die compendiöse Behandlung des Stoffes Interesse und Bedeutung.

Michelson.

Auszug aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. November 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Dr. W. Kieseritzky: «Vorläufige Mitteilung über die in Dorpat 1908 beobachteten Cholerafälle.

Da eine ausführliche Mitteilung nach event. Aufhören der Erkrankungen resp. Entlassung der internierten Bacillenträger erfolgen soll, macht Vortr. nur auf den Unterschied der Choleraerkrankungen im Jahre 1893 und 1908 aufmerksam. In beiden Fällen wurden die ersten Erkrankungen ca. Mitte September beobachtet, während aber 1893 eine relativ schnelle Folge von Erkrankungen beobachtet wurde, traten 1908 nur vereinzelte Fälle auf in langen Intervallen, und dabei vereinzelte schwere Fälle in verschiedenen Strassen und Häusern. Vortr. erörtert an diesen Tatsachen die Verbreitung der Cholera durch Wasser und Contactinfection. In ersterem Falle ein plötzliches Auftreten vieler Fälle um eine inficierte Wasserentnahmestelle, in letzterem Falle ein vereinzeltes Auftreten in verschiedenen Häusern, je nachdem eine Berührung stattgefunden hat.

Beobachtet sind im Ganzen 5 Fälle. Von diesen war der erste Fall aus Petersburg eingeschleppt und hat keine Weiterinfection nach sich gezogen, da er sofort im Cholerahospital interniert wurde. Der zweite und dritte Fall stammen aus zwei benachbarten Häusern, wobei es nicht gelang, den Importeur der Choleraheime festzustellen. Endlich erkrankten in einer andern Strasse noch zwei Brüder, wobei die Infectionsquelle nur mit Wahrscheinlichkeit vermutet werden konnte.

Interessant sind die Beobachtungen, welche an den Angehörigen resp. den Einwohnern gemacht wurden, welche mit den Erkrankten in diesem Zimmer zusammenwohnten. Zum grössten Teil konnte bei diesen, ohne dass sie irgend welche, oder nur ganz leichte Erkrankungssymptome darboten, in den Ausleerungen Choleravibrionen nachgewiesen wurden. Sie stellten also die richtigen Bacillenträger dar und hätten, wenn sie nicht interniert worden wären, event. grossen Schaden anrichten können.

(Autoreferat).

Discussion:

Meyer fragt den Vortragenden, ob die Gefahr des Wiederauftretens einer Choleraepidemie in unseren Breiten im Frühjahr, nachdem sie im Winter erloschen war, in ernster Weise besteht. Dafür spreche die Möglichkeit, dass doch Choleravibrionen auch unter die Frostgrenze gelangen und sich

erhalten könnten, dagegen spricht die in Russland gemachte Erfahrung, dass bei aufeinanderfolgenden Epidemien sich immer Neueinschleppung nachweisen liess.

Was die in der hiesigen Tageszeitung ausgesprochenen Befürchtungen und Fragen anlangt, so ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass persönliche Hygiene der wirksamste Schutz ist, auch die Communen können nur teilweise Schutzmassregeln treffen, wenn sie nicht durch die persönliche Prophylaxe der Einzelindividuen unterstützt werden; daraus folgt, dass nur in culturell wirklich hochstehenden Ländern die Choleragefahr zu einer ganz unbedeutenden werden kann.

Kieseritzky ist im Wesentlichen derselben Meinung wie Meyer; dass der Choleravibrio eine länger dauernde Frostperiode übersteht, scheint ausgeschlossen, dass er im Winter in der Aussenwelt der Frosteinwirkung entgehen könnte, ist theoretisch möglich, aber ausserordentlich unwahrscheinlich, wohl aber möglich ist ein Fortleben der Vibrionen während der Winterperiode durch continuierlich auftretende Contactinfectionen von Mensch zu Mensch, wobei sogenannte Bacillenträger eine wichtige Rolle spielen. Auf diese Weise könnte sich auch in unseren Breiten die Cholera über ein Jahr halten (1893 hat Prof. Körber diese Möglichkeit schon betont).

Meyer befürchtet, dass die erst neuerdings bekannt gewordenen Tatsache, dass es gesunde Bacillenträger gibt, leicht überschätzt und zu sehr verallgemeinert werden könnte. Wenn die Gefahr wirklich so gross wäre, so müsste eigentlich die Cholera überall endemisch werden, das ist aber bei uns zu Lande nicht der Fall. Meyer berührt dabei noch die Wichtigkeit der Grundwasserverhältnisse und vergleicht hierin Petersburg und Moskau.

Kieseritzky weist auf die Aehnlichkeit der Lebensbedingungen von Choleravibrionen und den Bacillen der Typhusgruppe hin und schildert die Assanierung Elsass-Lothringens dank Durchführung von Robert Kochs Vorschlägen. Wichtig ist es, den Krankheitsherd, also meist den kranken Menschen, aufzusuchen und durch Isolierung desselben einer Verbreitung der Keime vorzubeugen. K. betont nochmals die Verschiedenheit der diesjährigen Epidemie, die eine nur auf Contactinfectionen beruhende ist, gegenüber der letzten von 1893, wo Wasserinfection vorlag. Bei der diesjährigen Epidemie hat es sich herausgestellt, dank den sorgfältigen und zahlreichen bacteriologischen Untersuchungen, dass die Zahl der leichten Erkrankungen bei weitem häufiger ist, als man bisher angenommen hat. K. schätzt die Mortalität nicht auf 50%, wie bisher immer herausgerechnet wird, sondern bloss 20%, vielleicht sogar nur 10%.

Rothberg führt dieselben Einwürfe an wie Meyer gegen zu grosse Betonung der sonst beachtenswerten Tatsache einer Contactinfection durch selbst gesunde Bacillenträger. Bei der Cholera gibt es jedenfalls noch andere Bedingungen, sonst würde sie ähnlich wie bei uns die Diphtherie immer von Zeit zu Zeit als autochtone Epidemie auftreten.

Hollmann fragt, ob Bacillenträger, die selbst nicht merklich krank gewesen sind, Immunität erlangen; soweit ihm aus der Literatur bekannt ist, gibt überstandene Cholera vor Wiedererkrankung Schutz für 1—1½ Jahr. Russische Aerzte immunisierten sich mit abgetöteten Choleraculturen und nahmen nachher lebende Bouillonculturen ohne Schaden, es wäre also denkbar, dass zeitweiliges Beherbergen von lebenden Vibrionen im Darm auch Immunisierung hervorruft. Eine ganze Reihe von Autoren, unter anderen auch Wassermann hält Immunisierung per os für möglich.

Kieseritzky. Das Schlucken von lebenden Choleraculturen als Probe auf Immunität hat keine grosse Bedeutung, es kommt dabei nur auf Anwesenheit oder Abwesenheit von Salzsäure im Magensaft an. Interessant war es ihm, dass im hiesigen hygienischen Institut, in einer missverständlich dorthin geschickten Probe von erbrochenem Mageninhalt wohl mikroskopisch Vibrionen nachgewiesen wurden, dagegen gelang keine einzige Cultur aus dieser Probe.

Prof. Körber fragt, wie jetzt die Desinfection der Häuser etc. gehandhabt wird, und was die Stadtverwaltung für die Zukunft ins Auge gefasst hat.

Kieseritzky hat 1893 die Desinfectionsarbeiten geleitet und dabei für Desinfection der Wohnungen Sublimatlösungen gebraucht, für die Abtritte Aetzkalk und zwar auf Prof. Körbers Rat hin, nicht fein pulverisierten, sondern aus grösseren Stücken bestehenden. Bettzubehör wurde je nach Wert durch Vernichtung oder Dampfsterilisation unschädlich gemacht. K. hält es für wichtig, nicht zu rigoros vorzugehen, also nur das der Desinfection zu unterwerfen, was mit dem Kranken in Berührung gekommen ist. K. hat diese selben Gesichtspuncte auch jetzt der Stadtverwaltung angegeben und glaubt, dass danach verfahren wird.

Zum Schluss berührt K. den von Rothberg herangezogenen Vergleich des Auftretens von Cholera und Diphtheritis.

Dr. Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag «über Pasteurisation der Milch im Haushalt» (mit Demonstration).

Discussion:

Rothberg: Der Vortragende gibt dem Pasteurisieren den Vorzug; R. sind aber Statistiken bekannt, die zu Gunsten der gekochten Milch im Gegensatz zu pasteurisierter oder roher Milch sprechen. Nur bei Barlowscher Krankheit und einigen Anämieformen ist Kochen der Milch schädlich, aber auch das Pasteurisieren ist hier contraindiciert. Wenn das Pasteurisieren wirklich ein Ausweg ist, so würde in den Milchküchen im Auslande die Milch doch lieber pasteurisiert werden, das geschieht aber aus practischen Gründen nicht. Die Schlossmannsche Lehre von der Schädlichkeit der artfremden Milch hält R. auch nicht für ganz überzeugend. In Betreff des Selbststillens tuberculöser Mütter möchte R. auch einen ablehnenden Standpunct befürworten, er berührt ferner die Frage der Isolierung resp. räumlichen Trennung von Mutter und Kind.

Meyer hält die Aufhebung der Gerinnungsfähigkeit der Milch, wie sie durch Kochen zustande kommt, nicht für belanglos; der Ausfällung des Lactalbumins und der Caramelbildung des Milchzuckers misst er dagegen keine grosse Bedeutung zu. Seine subjectiven persönlichen Eindrücke sprechen mehr für Anwendung von pasteurisierter Milch.

Cossart hält Selbststillen tuberculöser Mütter unter Berücksichtigung des Körpergewichtes für nützlich. Viel gefährlicher als die Muttermilch bei vorhandener chronischer Lungentuberculose ist für das Kind das nahe Zusammensein mit der Mutter.

Treu hält nicht die Art der Erkrankung der Mutter — ob acut oder chronisch — für massgebend, sondern die Frage, ob Tuberkelbacillen ausgeworfen werden oder nicht. Im ersteren Falle lassen sich gewisse Isolierungsmassregeln meist ganz gut durchführen.

Kieseritzky hält die Frage nach der zweckmässigsten Methode der künstlichen Ernährung noch nicht für ganz geklärt. Die Tatsache, dass sogenannte pastöse Kinder heutzutage, wo viel weniger stark gekocht wird, seltener zu sehen sind, scheint festzustehen. Dass in den sogenannten Dispensaires, wie Rothberg erwähnte, nicht pasteurisierte sondern gekochte Milch abgegeben wird, hat seinen Grund darin, dass Pasteurisation für den Grossbetrieb ganz ungeeignet ist, wie K. schon in seinem Vortrage betont hat. Im Haushalte dagegen ist die Methode nicht unbequemer wie das Kochen, theoretisch hat es einen Nutzen und die Praxis hat durchaus keinen Nachteil gezeigt. Was die artfremde Milch anlangt, so sind die Schlossmannschen Experimente noch nicht widerlegt.

Secretär: Russow.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die internationale Commission zur Erforschung der Berufskrankheiten hat dank den Bemühungen ihres Vertreters in Russland, Dr. L. Berthenson, von der russischen Regierung eine einmalige Subvention im Betrage von 500 Rbl. erhalten.

— An der Moskauer Universität ist der Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik für vacant erklärt. Bewerber haben bis zum 5. Juni d. J. ihr Gesuch nebst curriculum vitae und wissenschaftlichen Arbeiten einzureichen.

— Laut einer Mitteilung des «Russkij Wratsch» soll für die tuberculoseverdächtigen Soldaten des Gardecorps ein Sanatorium in Terijoki (Finland) in der Nähe des Evangelischen Sanatoriums eingerichtet werden.

— Der Flecktyphus herrscht gegenwärtig in vielen Gegenden Russlands. Wie aus dem Nekrolog dieser Nr. zu sehen ist, sind von den 7 dort angeführten Aerzten 3 am Flecktyphus gestorben.

— In Moskau ist am 15. Februar ein Ambulatorium für Schwindsüchtige eröffnet, welches 3 Betten zur kurzfristigen Aufnahme solcher Kranken besitzt, die nicht abgewiesen werden können. Die Mittel zur Errichtung des Ambulatoriums sind durch freigebige Beiträge mehrerer Wohltäter zusammengekommen.

— Am 15. März fand in Moskau die feierliche Einweihung und Eröffnung der Gebäranstalt und der Abteilung für Nervenkranke an dem Staro-Jekaterininskij Hospital statt. Beide Anstalten führen den Namen ihres Stifters, des Fabrikanten S. Morosoff, der die Mittel zur Erbauung und Einrichtung gegeben hat. Es sind zweistöckige Gebäude, die entsprechend allen Forderungen der Medicin und Technik eingerichtet und mit allen therapeutischen Hilfsmitteln reichlich ausgestattet sind. Die Gebäranstalt ist für 74 Personen, die Nervenabteilung für 60 berechnet.

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

— Auf Veranlassung des Gouverneurs des Gebietes von Jakutsk wird der Plan mit Voranschlag der Kosten für den Bau einer Augenheilanstalt in Jakutsk zusammengestellt.

— Die medicinische Facultät der Universität zu Heidelberg hat den Kussmaul-Preis Prof. Naunyn in Strassburg für seine Arbeiten über den Diabetes zuerkannt.

— Prof. Dr. Max Neuburger ist zum correspondierenden Mitglied der Akademie der Wissenschaften in Lissabon erwählt worden.

— Unter der Führung von Prof. Pannwitz ging am 5. März auf dem Dampfer Kap Vilano eine Expedition nach den Kanarischen Inseln zur Erforschung eines aerologischen und medicinischen Observatoriums am Pic von Teneriffa ab.

— Die Professoren Fuchs und Gullstrand sind von der medicinischen Facultät der Universität zu Jena zu Doctoren der Medicin honoris causa ernannt.

— Aus dem officiellen Bericht der Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest ist zu ersehen, dass in der Woche vom 15. bis zum 21. März nirgends in Russland Choleraerkrankungen ausser St. Petersburg beobachtet wurden. In Petersburg mit den Vorstädten erkrankten im Laufe dieser Woche 10 Personen und starben 3, gegen 25 (5) in der vergangenen Woche. In den letzten Tagen wurden nur vereinzelte Erkrankungen an Cholera in St. Petersburg registriert. Am 19. März fand keine einzige Erkrankung statt, am 20. nur eine, am 21. — 4 (0), am 22. erkrankten 3 Personen, starb 1, genas 1. In den Hospitälern verbleiben in Behandlung 55 Kranke. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10291 Personen erkrankt, 4003 gestorben und 6233 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 1. bis zum 7. März 1909 534 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 40, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 80, Pocken 17, Windpocken 12, Masern 120, Scharlach 83, Diphtherie 75, acut. Magen-Darmkatarrh 26, Cholera 26, an anderen Infectionskrankheiten 53.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12659. Darunter Typhus abdominalis 526, Typhus exanth. 32, Febris recurrens 353, Scharlach 279, Masern 120. Diphtherie 141, Pocken 55, Windpocken 0, Cholera 118, crupöse Pneumonie 125, Tuberculose 615, Influenza 247, Erysipel 87, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 88, Lepra 0, Syphilis 576, venerische Krankheiten 342, acute Erkrankungen 2085, chronische Krankheiten 1740, chirurgische Krankheiten 1490, Geisteskrankheiten 3230, gynäkologische Krankheiten 250, Krankheiten des Wochenbetts 53, verschiedene andere Krankheiten 111.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 845 + 53 Totgeborene + 61 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 12, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 3, Pocken 2, Masern 33, Scharlach 16, Diphtherie 17, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 35, katarrhalische Pneumonie 95, Erysipelas 8, Influenza 23, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 30, Dysenterie 0, Cholera 6, Magen-Darmkatarrh 43, andere Magen- und Darmerkrankungen 45, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 59, Marasmus senilis 30, andere Todesursachen 249.

Verbreitung der Cholera: In Calcutta starben vom 7. bis zum 13. Februar 17 Personen an der Cholera.

Verbreitung der Pest: In Britisch-Ostindien erkrankten vom 7. bis zum 13. Februar an der Pest 3803 Personen und starben 3162. In Aegypten erkrankten vom 6. bis zum 12. März 4 Personen, starben 5. In Djedda erkrankten vom 1. bis zum 7. März 26 Personen, starben 22. In Japan wurde im Laufe des März je 1 Pestfall in Kioto und Kobe constatiert.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. M. Simsen, 52 Jahre alt, im Kreise Tschembarsk, Gouv. Pensa am Flecktyphus. Er hat als Landschaftsarzt in dem genannten Kreise über 20 Jahre gedient. 2) Dr. Al. Smirnoff, geb. 1867, Arzt seit 1897, Landschaftsarzt im Gouv. Kursk, ebenfalls am Flecktyphus, am 12. März. 3) Dr. Anatol Minin, geb. 1851, Arzt seit 1877. Er war früher Oberarzt des Nikolai-Militärhospitals in St. Petersburg und in der letzten Zeit Oberarzt des Sanatoriums in Gagry (Kaukasus), wo er am 8. März starb. 4) Am 11. März in Odessa Dr. A. W. Berthenson, geb. 1825, Arzt seit 1850. Er hat sich um die Einrichtung des Kujalnitzky-Liman in Odessa verdient gemacht. 5) Am 15. März in Pensa am Leberkrebs Dr. K. A. Badigin, geb. 1856, Arzt seit 1883. Er hat sein ganzes Leben im schweren Landschaftsdienst zugebracht. 6) Am 6. März in Lonowzi, Gouv. Wolhynien, Dr. S. Sajontschkowski, geb. 1875, Arzt seit 1903, am Flecktyphus. 7) In Sedlez Dr. S. Selenko, geb. 1862, Arzt seit 1888. 8) Am 18. Februar wurde im Gouvernement Moskau die Aerztin Marie Pawlowa auf dem Wege von der Eisenbahnstation zu dem Hospital, welchem sie vorstand, von dem Kutscher, den sie am Bahnhof gemietet, in bestialischer Weise ermordet und beraubt. M. P. hatte im Jahre 1906 das weibliche medicinische Institut absolviert und gleich darauf das Landschaftshospital im Dmitrowschen Kreise übernommen. 9) In Wien im 74. Lebensjahre Dr. A. Friedlowsky, der ehemalige langjährige Prosector und Assistent Jos. Hyrtls, dessen intimster Freund er gewesen war. 10) Dr. L. v. Thanhoffer, Professor der Anatomie an der Universität zu Budapest im 65. Lebensjahr. 11) Dr. Barette, Prof. der chirurgischen Klinik an der medicinischen Schule zu Caen. 12) Dr. James Keeling, Prof. der Gynäkologie und Geburtshilfe an der medicinischen Schule zu Sheffield. 13) Dr. Th. A. Reamy, Prof. der Gynäkologie am Medical College in Cincinati (Ohio). 14) Dr. Rob. A. Murray Adjunct-Prof. der Geburtshilfe an der Universität und am Bellevue Hospital Medical College zu New-York.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Vereins

findet am 31. März 1909 eine

Festsitzung

im grossen Saal der St. Petrischule um 5 Uhr nachmittags statt und danach ein Fest-Diner um 7½ Uhr im Restaurant Donon (Мойка 24).

Alle activen und correspondierenden Mitglieder des Vereins, die an dem Diner teilzunehmen wünschen, werden gebeten, Anmeldungen per Postcarte an Dr. W. Beckmann (Ковенскій пер., № 4) oder an Dr. Lehmann (Вас. остр., 1 линія, 38), einzusenden.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 18. April 1909.

Tagesordnung: Dr. C. Wiedemann: Ueber Eklampsie.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

С. Д. Владычко. Вліяніе табачнаго дыма на нервную систему и организмъ вообще. Эттингеръ. С.-Петербургъ. 1909.

Б. Н. Хольцовъ. Оперативное леченіе при туберкулезномъ пораженіи сѣменныхъ пузырьковъ и сѣмявыносящихъ протоковъ. Эттингеръ. СПБ. 1909.

O. Taschenberg. Die giftigen Tiere. Ein Lehrbuch für Zoologen, Mediciner und Pharmaceuten. F. Enke. Stuttgart. 1909.

W. Roths Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Bericht über das Jahr 1907. Herausgegeben von der Redaction der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift. Berlin. E. S. Mittler und Sohn. 1909.

Э. Шварцъ. Народная эпидемія какъ слѣдствіе государственнаго закона и предложенія къ реформѣ нѣмецкаго закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ. Мюллеръ. Рига. 1909.

F. Zimmer. Ein Frauendienstjahr in der Krankenpflege. F. Zimmer. Berlin-Zehlendorf. 1909.

F. Zimmer. Die Töchterheime der Mathilde Zimmer-Stiftung. F. Zimmer. Berlin-Zehlendorf. 1909.

Г. А. Масалитиновъ. Строеніе капсулы носителя гидатидознаго эхинококка. М. Зильбербергъ. Харьковъ. 1909.

H. E. Schmidt. Kompendium der Röntgen-Therapie. A. Hirschwald. Berlin. 1909.

Б. Н. Хольцовъ. Поврежденія и заболѣванія предстательной железы. Эттингеръ. СПБ. 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 14 St. Petersburg, den 4. (17.) April 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Die Bekämpfung der Syphilis.

Vortrag, gehalten auf d. 20. Livländischen Aerztetage in Riga, August 1908.

Von

Dr. med. G. v. Engelmann,

Dirigierendem Arzte der Abteilung für venerische, Haut- und Harnkrankheiten am Stadtkrankenhause zu Riga.

M. H. Die Erkenntnis der stets wachsenden Gefahr, welche die Syphilis und die venerischen Krankheiten überhaupt für das gesamte Volkswohl in sich bergen, hat in den letzten Jahren in immer weiteren Bevölkerungskreisen an Boden gewonnen. Waren es seit Jahrhunderten die Aerzte, die ihre warnende Stimme erhoben und von den Verwaltungsbehörden energische Massregeln zur Bekämpfung des Uebels forderten, so hat sich in letzter Zeit die gebildete Gesellschaft aller Culturländer aufgerafft, um die Aerzte in ihren Bestrebungen zu unterstützen. Es sei hier nur der Gründung der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gedacht, die in zahlreichen Sectionen über ganz Deutschland verbreitet eine rege Tätigkeit begonnen hat. — Durch Vorträge auf zahlreichen Versammlungen, durch Veröffentlichung entsprechender Abhandlungen wird die gesamte sexuelle Frage in ihren socialen, ethisch-pädagogischen, rechtlichen und hygienischen Seiten einer eingehenden Erörterung unterzogen. — Rasch haben diese Bestrebungen ihre Erfolge aufzuweisen gehabt. Das geweckte Interesse hat das Verständnis für diese Dinge in weitere Schichten der Bevölkerung getragen, es beginnt sich die Erkenntnis der tatsächlichen Bedeutung der Frage bemerkbar zu machen. Damit ist eine Basis geschaffen worden, auf der weitere practische Erfolge für den Kampf gegen die venerischen Krankheiten zu erwarten sind. In den übrigen westeuropäischen Ländern bestehen Vereinigungen, welche ähnliche Ziele verfolgen. Auch bei uns haben in letzter Zeit Bestrebungen in dieser Richtung begonnen, sich Geltung zu schaffen. So hat der in diesem Jahre in Riga gegründete „Verein zur Förderung der Volkswohlfahrt" eine besondere Section zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten errichtet, die durch Heranziehung von Männern und Frauen der verschiedenen Berufskreise und Nationalitäten zur Mitarbeit in erster Linie ihre Aufgabe darin suchen will, durch Aufklärung der breiteren Volksschichten und der Jugend die Unkenntnis und die dadurch bedingte falsche Stellungnahme der Gesellschaft und des Einzelnen zur sexuellen Frage überhaupt und speciell den venerischen Krankheiten gegenüber zu bekämpfen, um so einen Boden für eine erfolgreiche Reformbewegung auf diesem Gebiete zu schaffen. — Für die Luesfrage sind die letzten Jahre auch in anderer Beziehung von einschneidender Bedeutung gewesen.

Hat doch die ganze Syphilislehre durch die epochemachenden Forschungsresultate der jüngsten Zeit eine bedeutsame Umwandelung und Neugestaltung erfahren; durch die Entdeckung des Syphiliserregers, durch die Ermöglichung der Tierexperimente und die Resultate der Serodiagnostik. Diese in erster Linie wissenschaftlichen Errungenschaften gewinnen in ihren Consequenzen sowohl für die Behandlung wie für die Bekämpfung dieser Krankheit eine weittragende practische Bedeutung.

Wenn wir die Verhältnisse bei uns zu Lande betrachten, so müssen wir leider gestehen, dass wir in Bezug auf die Bekämpfung der Syphilis noch weit davon entfernt sind, den modernen Forschungsresultaten und den daraus sich ergebenden Forderungen der Volkshygiene in vollem Masse Rechnung tragen zu können, harren doch viele elementare, längst als notwendig erkannte Reformen noch immer ihrer Erledigung. Bei dieser Lage der Dinge und in Anbetracht der erwähnten Bestrebungen halte ich den Zeitpunct für gekommen, dass auch der Livländische Aerztetag sich seiner umfassenden Arbeiten auf dem Gebiete der Bekämpfung der Syphilis wieder erinnert. Hatte doch gerade die Gesellschaft Livländischer Aerzte schon bald nach ihrer Gründung be-

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gönnen, dieser Angelegenheit ihre besondere Aufmerksamkeit und einen nicht geringen Teil ihrer Arbeit zu widmen. Auf einer Reihe von Aerztetagen ist an der Hand von Commissionsarbeiten unter dem Vorsitze des damaligen Präses Dr. Truhart, an denen sich in hervorragender Weise der verstorbene Dr. Ch. Ströhmberg beteiligte, „die ganze Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten" in ausgiebiger Weise discutiert worden. Die Arbeiten fanden ihren Abschluss im Jahre 1895 in der Ausarbeitung eines eingehenden Reformprojectes, welches dem im November 1896 in Petersburg abgehaltenen Congress zur Ausarbeitung von Massregeln gegen die Syphilis eingereicht wurde. Dieser Congress hat ausser der Herbeischaffung eines grossen Materiales leider keinerlei practische Resultate gezeitigt. — Die Ungunst der Zeitverhältnisse und die ablehnende Haltung der Medicinalverwaltung gegenüber dem vom Aerztetage ausgearbeiteten Project der Sanitätsreform für Livland brachte es mit sich, dass den Arbeiten des Aerztetages in der Syphilisfrage der Erfolg versagt blieb und das Project ad acta gelegt werden musste. Ich glaube wohl annehmen zu dürfen, dass zu jetziger Zeit, in der die Stimme der Bevölkerung in allen wichtigen das Volkswohl betreffenden Fragen eine wesentlich höhere Bedeutung gewonnen hat, die Verhältnisse für ein erfolgreiches Vorgehen in dieser brennenden Frage bedeutend günstiger liegen und viel eher Aussicht auf Erfolg bieten als ehedem.

Irgend eine Aenderung zum Besseren ist in der Zeit seit der Verhandlung der Frage auf dem Aerztetage nicht zu verzeichnen gewesen; die damals geschilderten Zustände sind dieselben geblieben oder haben sich eher noch verschlimmert, wobei die Revolutionszeit das Ihrige beigetragen haben mag.

Das erwähnte Reformproject des Aerztetages muss als ein durchaus umfassendes bezeichnet werden, es waren in der Tat alle in Frage kommenden Verhältnisse berücksichtigt worden.

Der Vorbeugung der Infection war in weitestem Sinne Rechnung getragen worden. Neben der Regelung der Impfung, der Controlle der Ammen und Ziehmütter, war eine regelmässige sanitätsärztliche Controlle von Gruppen lediger Leute, wie der Studierenden, der Gesellen, Fabrikarbeiter u. s. w. in Vorschlag gebracht worden.

Alle an Syphilis Erkrankten sollten einer 3 jährigen Controlle unterworfen werden. Zu dem Zweck sollten sowohl die Aerzte als auch die Hospitäler namentliche Listen zu führen verpflichtet sein. Die Erkrankten sollten sich in der angegebenen Zeit in bestimmten Intervallen zur Untersuchung einstellen, renitente Syphilitiker sollten durch die Gemeindeverwaltung resp. die Polizei zum Erscheinen zur Untersuchung resp. Behandlung gezwungen werden. — Die Durchführung der unentgeltlichen Hospitalbehandlung aller unbemittelten Veneriker wurde als dringend notwendig gefordert, sie sollte für die Städte eventuell durch Gründung von Krankencassen oder Einrichtung von Gebühren in der Art der in St. Petersburg üblichen Passgebühren ermöglicht werden.

In den kleineren Städten sollten an den Krankenhäusern besondere Abteilungen, in den grösseren besondere Hospitäler für weibliche und männliche venerisch Inficierte eingerichtet und mit allen notwendigen Hilfsmitteln versorgt werden, so dass sie das Vertrauen des Publicums verdienen.

Ferner war berücksichtigt die Beaufsichtigung der Getränkeanstalten, der Gasthäuser, Badestuben, der Bauermärkte etc.

Eheschliessungen syphilitisch Inficierter, soweit sie sich noch im ansteckenden Stadium der Krankheit befinden, sollten nach Möglichkeit verhindert werden, eventuell durch Einführung ärztlicher Gesundheitsatteste.

Ohne die Berechtigung der angeführten Forderungen einer wirksamen Prophylaxe bestreiten zu wollen, glaube ich, dass die grosse Vielseitigkeit eines derartigen Reformprojectes mit ein Hindernis für die practische Realisierung bilden kann. Es erscheint daher zweckmässig, wenn an die Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten von Neuem herangetreten werden soll, zunächst nur auf die wichtigsten und unaufschiebbaren Forderungen allein hinzuweisen, die Weiterausgestaltung der Zukunft überlassend. Es sind das die nötigen Massregeln zur Bekämpfung und Unschädlichmachung der bereits vorhandenen Erkrankung: die Durchführung der unentgeltlichen Behandlung der unbemittelten Geschlechtskranken, sowie die Reorganisation der Controlle und Behandlung der Prostituierten nach den Principien, wie sie von Ströhmberg in seinem Vortrage auf dem 8. Livländischen Aerztetage in Wenden (1896) entwickelt worden sind.

Zur Basis bestimmter Vorschläge und Reformen müssten vor allem genauere Erhebungen über den jetzigen Stand der Ausbreitung der Syphilis auf dem Lande und in den Städten angestellt werden.

Für die ländliche Bevölkerung ist die unentgeltliche Behandlung der venerisch Kranken dadurch angebahnt, dass die livländische Ritterschaft die Zahlung für die Behandlung der unbemittelten Glieder livländischer Landgemeinden in den Hospitälern der kleineren Städte übernommen hat. Für die Stadt Riga ist die Frage nur scheinbar gelöst: die Glieder der Rigaschen Steuergemeinde sollen im Stadtkrankenhause, die übrigen im Krankenhause Alexandershöhe unentgeltliche Aufnahme finden. De facto ist aber das Krankenhaus Alexandershöhe durchaus nicht imstande, den Anforderungen zu entsprechen. Der chronische Platzmangel zwingt zu zahlreichen Abweisungen und frühzeitigeren Entlassungen, als es im Interesse der Kranken und deren Umgebung, in die sie zurückkehren, wünschenswert wäre.

Die Abteilung im städtischen Krankenhause mit ihren 24 Betten für syphilitische Männer und 4 Betten für Frauen (die übrigen 20 resp. 7 Betten sind für gonorrhoische und sonstige Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane sowie für Hautkrankheiten, bestimmt) leidet, namentlich während der Wintermonate, ebenfalls an Platzmangel trotz der auf Rigasche Gemeindeglieder und zahlende Patienten beschänkten Aufnahme.

Die Folge dieser Verhältnisse ist eine Ueberflutung der Ambulanz mit Kranken, die eigentlich einer stationären Behandlung bedürfen. Ein Uebelstand von schwerwiegender Bedeutung, wenn man bedenkt, welche Gefahr ein im condylomatösen Stadium befindlicher Syphilitiker mit infectiösen Krankheitserscheinungen, bei den engen Wohnungsverhältnissen der ärmeren Bevölkerung, für seine Umgebung darstellt.

Mit Recht ist in dem Entwurfe des Aerztetages principiell die stationäre Behandlung aller solcher Kranken gefordert, eine ambulatorische in allen Fällen, wo eine genügende Sicherstellung der Umgebung, wie es bei der ärmeren Bevölkerung fast nie der Fall ist, verworfen worden. Unter Berücksichtigung der geschilderten Verhältnisse ist der von der Stadt Riga zur Zeit gehandhabte Modus, nur den Rigaschen Gemeindegliedern eine unentgeltliche Behandlung zu gewähren, als eine halbe Massregel zu bezeichnen, die ihr Ziel, die Ausbreitung der Lues durch Isolierung der ansteckungsfähigen Individuen im Krankenhause zu hemmen, nicht erreicht. Nicht minder wichtig und ebenfalls in erster Linie zu fordern wäre die Reorga-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nisation der Controlle und der Behandlung der Prostituierten. Die von Dr. Ströhmberg aufgestellten Gesichtspuncte bei der Durchführung dieser Reorganisation gipfeln im Wesentlichen in folgenden Forderungen:

1) Die Besichtigung der Prostituierten in ihren Wohnungen ist zu verwerfen; für die Controlle sind zweckmässig eingerichtete Locale erforderlich, die mit allen zeitgemässen zur Untersuchung und ambulatorischen Behandlung der Prostituierten erforderlichen Einrichtungen versehen sein müssen.

2) Beim Vorhandensein manifester Krankheitssymptome ist unbedingt die Ueberführung in das Hospital zu stationärer Behandlung zu fordern.

Der ambulatorischen Behandlung unterliegen die im Latenzstadium befindlichen luetisch inficierten Prostituierten in den ersten 3 Jahren nach der Infection, da eine intermittierende Behandlung aller syphilitisch inficierten Prostituierten in bestimmten Intervallen, auch ohne dass manifeste Erscheinungen nachzuweisen sind, gefordert werden muss.

Auch die gonorrhoisch inficierten Prostituierten sind nach der Entlassung aus dem Hospital ambulatorisch weiterzubehandeln.

3) Diese ambulatorische Behandlung wird natürlich um so erfolgreicher sein, je genauer der besichtigende Arzt mit der Individualität und der Anamnese der Prostituierten bekannt ist, was am ehesten erreicht wird, sobald dieselben Aerzte mit der Controlle und der unentgeltlichen Behandlung der venerischen Krankheiten der Prostituierten zu tun haben.

Es ist aus diesem Grunde wünschenswert, dass die Besichtigungslocale zu den Krankenhäusern gehören und sich unter unmittelbarer Leitung der Oberärzte befinden.

Ein wichtiger Schritt auf dem Wege der Bekämpfung der Syphilis wäre getan, wenn es gelänge, die erwähnten beiden Forderungen: die factische Durchführung der unentgeltlichen Behandlung der Syphilitischen in Stadt und Land und die Reorganisation der Controlle und Behandlung der Prostituierten zu erreichen. Der Livländische Aerztetag würde sich ein bleibendes Verdienst erwerben, wenn er dazu die Initiative ergreifen würde.

Ueber die Bedeutung psychischer Ursachen in der Aetiologie der Geisteskrankheiten.

Von

Dr. med. Wilh. Stieda (Günthershof bei Mitau).

Vortrag, gehalten am 8. Januar 1909 im Verein pract. Aerzte zu Mitau.

Als ich im Frühling 1904 in den russisch-japanischen Krieg zog, gab mir mein ehemaliger Lehrer, Prof. Bechterew in Petersburg, den Auftrag mit, auf dem Kriegsschauplatz nach Kriegspsychosen zu fahnden. Und gleich mir erwarteten so und so viele Irrenärzte, die den Krieg mitgemacht haben, dort specielle Psychosen zu finden. Es war ja naheliegend, anzunehmen, dass der Krieg mit all' seinen Schrecken, Entbehrungen und Gemütsbewegungen so mächtig auf die Psyche der Teilnehmer einwirkt, dass daraus eine grosse Zahl von Geisteskrankheiten resultiert.

Nun, m. H.! ich bin fast 2 Jahre auf dem Kriegsschauplatz gewesen, habe lange Zeit in der Centralabteilung für Geisteskranke, am I. Militärhospital in Charbin gearbeitet, die alle auf dem Kriegsschauplatz Erkrankten passieren mussten, habe selbst mehrere Transporte Geisteskranker von Charbin nach Irkutsk gebracht, aber specielle Kriegspsychosen habe ich nicht gesehen. Was ich an Geisteskrankheiten dort sah, liess sich sehr gut in schon bekannte Krankheitsbilder einordnen. Und ebenso wenig wie ich, haben auch die anderen Beobachter irgend welche specifischen Kriegspsychosen gefunden.

Nur in Moskau, also weit vom Kriegsschauplatz weg, glaubten einige Militärpsychiater besondere Formen gesehen zu haben. So beschrieb Schaikewicz [1]) eine Erkrankung unter dem Namen Amentia depressivo-stuporosa, die er nur bei Soldaten gefunden hatte und als deren unmittelbare Ursache er die verschiedenen psychischen Einwirkungen des Militärdienstes ansah. Ich [2]) habe in einer Entgegnung auf das Fehlerhafte seiner Beobachtung hingewiesen und schrieb damals:

„Es scheint mir, dass psychische Ursachen überhaupt kaum jemals imstande sind, eine Geisteskrankheit hervorzubringen, mit alleiniger Ausnahme vielleicht der hysterischen und der ihnen so verwandten traumatischen Zustände. Im allgemeinen wird der psychische Factor in der Aetiologie der Geisteskrankheiten entschieden überschätzt. Es steckt uns allen noch zu sehr die landläufige Laienansicht im Blut".

Auf diese Worte möchte ich heute zurückkommen. Als wir im Kriege nach Kriegspsychosen suchten, waren wir von ganz falschen Prämissen ausgegangen, von Gedanken und Vorstellungen, wie sie sich der Laie von Geisteskrankheiten macht.

Für den natürlichen Menschenverstand scheint ja nichts näher zu liegen, als ein Entstehen der Geisteskrankheiten aus psychischen Ursachen. So wird es uns in Romanen und Dramen geschildert und erscheint uns dort vollkommen logisch und naturgetreu. Der Wahnsinn bei Ophelia, bei König Lear, bei Gretchen im Faust ist in der ganzen Entwickelung motiviert — er kann nicht anders als aus psychischen Ursachen heraus erklärt werden.

Der normale Mensch, der den Regungen seines Geistes- und Seelenlebens nachgeht, merkt und fühlt an sich Veränderungen seines Ich. Je nach Stimmung, Gedanken, Gefühlen, äusseren Eindrücken erscheint er sich selbst nicht immer als der Gleiche. Und es scheint ihm, als seien diese Schwankungen von der normalen Gleichgewichtslage fast immer auf logischem Wege zu erklären. Ueberschreiten die Schwankungen eine gewisse Grenze, so entsteht Geisteskrankheit. So scheint es der natürliche Menschenverstand zu lehren; die Wissenschaft lehrt uns aber, dass die Dinge nicht so einfach liegen. Wohl meinte noch Griesinger [3]), dass die Leidenschaften durch directe Ueberreizung des Gehirns stationär werden und, allmählich gesteigert, unmittelbar in das erste Stadium des Irreseins übergehen könnten. Ich glaube kaum, dass noch jetzt ein Irrenarzt zu finden wäre, der auf solch einem Standpunct steht.

Nach dem heutigen Stande der Psychiatrie sind psychische Ursachen nur in den seltensten Fällen geeignet, allein für sich und unmittelbar eine Geisteskrankheit zu erzeugen. Meist wird ihnen nur eine auslösende Wirkung zugeschrieben. Und je genauer man in jedem einzelnen Falle das Verhältnis von Ursache und Wirkung untersucht, desto geringer wird die Rolle der psychischen Ursachen in der Aetiologie der Geisteskrankheiten.

Nach unseren jetzigen Anschauungen müssen wir uns jede Geisteskrankheit als ein pathologisches Geschehen vorstellen, das gebunden ist an einen somatischen Vor-

---

[1]) Schaikewicz. Ueber Geisteskrankheiten im russischen Heer während des russisch-japanischen Krieges. Centr. f. Nervenheilkunde. 1906. Nr. 225.

[2]) Stieda. Bemerkungen zu obigem Aufsatz. Ibidem.

[3]) Griesinger. Pathol. und Therapie der psychischen Krankheiten. II. Aufl. 1867. p. 171.

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gang. Dieser somatische Vorgang kann in einer vorübergehenden Störung der Function oder in einer dauernden Schädigung des Organs bestehen. Damit also eine Geisteskrankheit zustande kommt, muss die betreffende Ursache solch einen somatischen Vorgang hervorrufen. Er bildet die eigentliche Krankheit; die sogenannte Geisteskrankheit ist nur eine Erscheinungsform, ein Complex von Erscheinungen derselben.

Nun kennen wir bei den meisten Geisteskrankheiten garnicht den zugrunde liegenden somatischen Vorgang, den Krankheitsprocess. Wo wir ihn mehr oder weniger kennen, das sind die sogenannten organischen Psychosen, die progressive Paralyse, die Lues cerebri, das arteriosclerotische Irresein u. a. — da wissen wir, dass rein psychische Ursachen auf ihn gar keine oder nur eine sehr geringe Wirkung ausüben. Bei einer Reihe anderer Psychosen, machen wir uns gewisse Vorstellungen über den Krankheitsprocess, ohne jedoch volle Klarheit über ihn zu besitzen. So steht es mit den zahlreichen alcoholischen Psychosen, den Fieberdelirien, dem Erschöpfungsirresein und ähnlichen Erkrankungen. Bei all' diesen Erkrankungen nehmen wir eine durch ein Gift gestörte Function des Centralnervensystems an. In einzelnen Fällen können wir hier ähnlich wie bei den zuerstgenannten organischen Psychosen, neben der Functionsstörung des Centralnervensystems und den psychischen Symptomen, auch solche auf anderen Gebieten der Körperlichkeit nachweisen, z. B. eine Polyneuritis bei der Korsakowschen Psychose, das Fieber, die Albuminurie beim Delirium tremens etc., die uns ev. einen Hinweis geben können über die Natur des Krankheitsvorganges.

In der Aetiologie auch dieser Erkrankungen ist wohl für psychische Ursachen nur sehr wenig Raum, jedenfalls für die unmittelbare Wirkung derselben.

Die Möglichkeit einer mittelbaren ist ja fürs erste nicht ganz von der Hand zu weisen. Solche Fälle liessen sich jedenfalls construieren. Z. B.: Ein Arbeiter fängt widriger Familienverhältnisse wegen an, stark zu trinken und bekommt das Delirium tremens. Wenn man will, sind in diesem Falle die Misshelligkeiten in der Familie die Ursache der Psychose. Aber meist hängt die Sache auch in solchen Fällen ganz anders zusammen. Meist ist der Grund der widrigen Familienverhältnisse schon in der Trunksucht zu suchen und sie sind also schon ein Folgezustand, nicht aber die Ursache der Erkrankung.

Und ein ähnlicher Zusammenhang besteht wohl auch auf dem Gebiet der Psychosen, die wir die functionellen nennen. Zu ihnen rechnen wir vor allem die beiden grossen Gruppen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins.

Gerade die Erkrankungen der letzteren Gruppe geben wohl am häufigsten Veranlassung, einen causalen Connex zwischen psychischen Ursachen und geistiger Erkrankung anzunehmen. Gehören doch dazu vor allem die Fälle, die früher — von einigen Irrenärzten auch noch heute — unter dem Namen der einfachen Gemütsstörungen zusammengefasst wurden, die Manie und die Melancholie. Das Krankheitsbild ist hier so oft dem eines natürlichen Affectes so ähnlich, dass es fast selbstverständlich erscheint, nach einer psychischen Ursache zu fahnden.

Und wer da suchet und finden will, der kann auch immer das finden, was er sucht. Wenn ich meine psychiatrischen Erinnerungen durchstöbere, könnte ich Ihnen eine ganze Reihe von Fällen mitteilen, wo scheinbar eine psychische Ursache, eine starke Gemütsbewegung die Psychose hervorrief. Da zieht eine Familie um, und die Hausfrau, eine alte Dame, kann sich nicht an die neue Umgebung gewöhnen, geht rastlos umher, schläft nicht und wird melancholisch. Da wird in der Revolutionszeit ein Polizeibeamter meuchlings erschossen, und seine Frau bekommt vor Schreck und Verzweiflung eine verwirrte Manie. Da stirbt einer Mutter ein Kind, sie kann sich von der Trauer nicht erholen, hört auf zu essen und zu schlafen, spricht gar nichts, weint und aus der Trauer entwickelt sich ein Depressionszustand.

Ich könnte noch viele solche Beispiele aufzählen.

Aber — was erweist sich bei genauerer Betrachtung? Die Frau des Polizeibeamten war schon monatelang vorher sehr nervös und hat schon in ihrer Jugend einmal eine psychische Erkrankung durchgemacht. Die alte Dame ist schon vor dem Umzug misstrauisch, verändert gewesen und hat hier und da trübe Gedanken geäussert. Andererseits sehen wir fast ebensoviele Fälle, die ohne irgend eine besondere psychische Ursache genau ebenso erkranken, wie die oben angeführten. Und in den Fällen, wo die Geisteskrankheit scheinbar durch Gemütsbewegungen hervorgerufen wird, sehen wir oft, dass sie in ihrem Charakter gar nicht dem ursprünglichen Affect entspricht. D. h. traurige Gemütsbewegungen rufen oft eine Psychose mit ausgesprochenen Lustgefühlen hervor und andererseits freudige Gemütsbewegungen Depressionen.

Bleiben wir bei dem oben ausgesprochenen Gedanken: Geisteskrankheiten sind ein Complex von Erscheinungen eines körperlichen Krankheitsprocesses. Und zwar nennen wir die Erkrankung dann Geisteskrankheit, Psychose, wenn die psychischen Symptome einen constanten Bestandteil des klinischen Krankheitsbildes ausmachen.

Wie kann nun aber ein somatischer Krankheitsprocess psychische Symptome geben? Den genaueren Mechanismus dabei kennen wir entschieden nicht. Ebensowenig kennen wir aber auch den Werdegang der normalen psychischen Regungen und doch nehmen wir an, dass es kein psychisches Geschehen geben kann ohne physisches Substrat. Ich will da nicht auf die Frage eingehen, ob dem ein psychophysischer Parallelismus zugrunde liegt oder eine psychophysische Wechselwirkung; für die Praxis steht jedenfalls fest, dass da ein Zusammenhang besteht. Und zwar ein engerer, als es sich der natürliche Menschenverstand vorstellt.

Bei naiver Betrachtungsweise erscheint uns unser eigenes psychisches Geschehen wie etwas Continuierliches, d. h. die psychischen Regungen entstehen eine aus der anderen, jeder Eindruck von aussen wird sofort psychisch verarbeitet und logisch verwertet, und als Resultat erscheint uns ein geschlossenes unteilbares Ich. Da scheint uns kein Raum zu sein für ausserpsychische Einflüsse. Kommt einmal eine Regung zu Bewusstsein, für die scheinbar keine logische Ursache vorhanden war, so erscheint sie uns jedes Mal wie etwas Wunderbares, Unnatürliches, Unnormales.

Und doch spielen in das psychische Geschehen beständig somatische Einflüsse hinein. Ermüdung und Erholung, Verdauung und andere secretorische Vorgänge, die verschiedene Blutverteilung unter dem Einfluss vasomotorischer Vorgänge — alle diese functionellen Momente beeinflussen und modificieren beständig unser psychisches Geschehen. Ausserdem aber ist dasselbe abhängig vom angeborenen Zustand unseres ganzen Organismus, von der ganzen Naturanlage desselben. Wäre der Mensch nur eine logische Maschine, so müssten alle Menschen unter gleichen Umständen immer gleich fühlen, denken und handeln. So aber finden wir die weitgehendsten Unterschiede, die nur zum Teil auf logischem Wege durch psychische Einflüsse, wie Erziehung, Milieu etc. zu erklären sind.

Der Ablauf der normalen psychischen Operationen ist durchaus gebunden an das normale Functionieren des gesamten Organismus. Die geringsten Störungen in der somatischen Sphäre rufen daher auch Störungen des psychischen Geschehens hervor. Es ist bekannt, wie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

z. B. Zahnschmerzen oder Verdauungsbeschwerden die gesamte Stimmung und damit auch unser ganzes Denken und Handeln beeinflussen. Ebenso spricht man von der galligen Stimmung der Hämorrhoidarier und der Euphorie der Phthisiker etc.

Das Zustandekommen psychischer Krankheitserscheinungen aus Störungen der somatischen Functionen kann man sich nun verschieden vorstellen. Da wir das centrale Nervensystem als den Träger der psychischen Functionen ansehen, so ist die einfachste Möglichkeit natürlich eine directe Erkrankung des Nervensystems, wie sie bei den sogenannten organischen Psychosen besteht. Eine zweite Möglichkeit ist eine toxische Wirkung, sei es durch von aussen eingeführte, sei es durch im Körper gebildete Gifte. In beiden Fällen würde es sich entweder um eine Zerstörung nervöser Elemente oder um Hemmung oder Reizung ihrer Functionen handeln. Letzteres — eine functionelle Störung — könnte man sich auch als eine Reflexerscheinung von der Peripherie aus denken. So kann die Behinderung der Nasenatmung bei Kindern event. hemmend auf die Entwickelung der psychischen Functionen wirken.

Welcher Weg in jedem einzelnen Falle beim Zustandekommen psychischer Störung eingeschlagen wird, wissen wir zumeist wohl nicht.

Betrachten wir die Geisteskrankheiten von diesem Standpunct aus — und die wissenschaftliche Psychiatrie kann es kaum von einem anderen tun — so kann man sich schwer vorstellen, welche Rolle hierbei noch psychische Ursachen spielen sollen.

Nur eine grosse Gruppe von Erkrankungen gibt es, auf die scheinbar Betrachtungen oben skizzierter Art nicht recht anwendbar zu sein scheinen. Das sind die sogenannten psychogenen Erkrankungen, die Hysterie und ein grosser Teil des Entartungsirreseins, zu dem ja in gewisser Beziehung die Hysterie auch gehört. Schon der Name „psychogene Erkrankungen" weist auf die bedeutende Rolle der psychischen Ursachen der Erkrankungen hin. Hier haben wir es zumeist nicht mit einem zeitlich umgrenzten Krankheitsvorgang zu tun, von dem man sagen kann, dass er dann oder dann angefangen hat und durch die oder jene Ursache hervorgerufen ist. Hier weniger als in allen anderen Psychosen können wir uns ein zugrunde liegendes somatisches pathologisches Geschehen vorstellen. Es ist viel mehr die ganze Anlage der Persönlichkeit ab ovo fehlerhaft und daher reagiert der Organismus auf äussere sowohl wie auf innere Vorgänge anders als ein normaler. D. h. Momente, die bei einem normalen Menschen eine normale Reaction hervorrufen, erzeugen hier Krankheitserscheinungen. Bei Betrachtung der Rolle, die psychische Ursachen in der Entstehung von Geisteskrankheiten haben, müssen wir diese Erkrankungen auch ganz ausscheiden. Denn die Ursache dieser Erkrankungen liegt wohl ganz auf somatischem Gebiet, nämlich eben in der fehlerhaften angeborenen Veranlagung. Das aber, was uns als Krankheiten imponiert, sind nur einzelne Symptome eines Krankheitszustandes und die sind hier wohl oft psychogen bedingt.

Wenn ich bisher die Bedeutung der psychischen Ursachen für die Entstehung der Geisteskrankheiten auf ein Minimum zu reducieren gesucht habe, so wollte ich damit ja gar nicht den Einfluss psychischer Ursachen auf e i n z e l n e S y m p t o m e leugnen. Die Symptome sind natürlich abhängig von dem Boden, auf dem sie durch die krankmachende Ursache hervorgerufen werden. So ruft der Typhus bei Localisation im Darm eine Colitis, bei Localisation in den Lungen eine Lungenentzündung hervor. Bei psychotischen Symptomen bildet diesen Boden die Summe der Empfindungen, Vorstellungen und Gefühle, aus denen die betreff. Psyche besteht.

In dieser Beziehung werden gewiss solche psychische Momente, wie Milieu, Erziehung, Culturstand, Beruf, Nationalität einen grossen Einfluss auf den Inhalt der einzelnen Symptome haben und ebenso auch individuelle psychische Momente, wie verschiedene Erlebnisse und Erfahrungen des betreffenden Individuums. Wie ich an anderer Stelle einmal geschrieben habe [1], ist es ja selbstverständlich, dass die Wahnideen eines Gelehrten, einer „höheren Tochter" und eines Landarbeiters gemäss dem geistigen Horizont eines jeden von ihnen ganz verschieden sein müssen. Schon G r i e s i n g e r schrieb im J. 1867: „Auf den speciellen Inhalt des Deliriums hat noch ein Umstand vielen Einfluss, auf den man bisher nur wenig geachtet hat. Oft nämlich wird dieser Inhalt vorzugsweise von den letzten Vorstellungsreihen bestimmt, welche den Kranken unmittelbar vor dem Ausbruch des Irreseins lebhaft beschäftigten. Werden diese dann von dem Kranken immer wiederholt, so glaubt man öfters mit Unrecht, sie seien es, die den Kranken irregemacht haben, während sie in der Tat ganz oder ziemlich zufällig sein können" [2].

Eigentlich müssten diese Tatsachen jedem Psychiater in unseren Zeiten ganz selbstverständlich sein. Und doch sind sie gerade in den letzten Jahren öfters übersehen worden, speciell bei uns in Russland. Ich sprach schon anfangs von den Erwartungen, auf dem Kriegsschauplatz besondere Kriegspsychosen zu finden. Die gab es nicht, wohl aber spielte der Krieg mit all seinen Begleiterscheinungen eine grosse Rolle im Inhalt der Wahnideen und Hallucinationen der Kranken. Da erbeuteten Paralytiker Millionen von den Japanern, bekamen alle Orden mit Schwertern, da wurden manische Untermilitärs zu Generälen und Georgsrittern, da wurden Verfolgungssüchtige von Chunchusen und Japanern geplagt und Deliranten hörten Militärmusik, Hurrarufen und das Platzen der Schimosen.

Der Krieg rief eben keine Geisteskrankheiten hervor, sondern gab nur das Material, aus dem die auf somatischer Grundlage erkrankte Psyche schöpfen konnte. Und dasselbe geschah, als die Revolution sinnverwirrend ihr blutgetränktes Haupt erhob. Sie verwirrte, wie es scheint, auch die Sinne einiger russischer Irrenärzte, dass sie specielle Revolutionspsychosen zu sehen glaubten, wo es sich nur um eine Spiegelung der politischen Ereignisse in den Wahnideen und Hallucinationen Geisteskranker handelte. Es erhob sich übrigens sofort auch in der russischen Literatur Widerspruch, und die betreffenden Autoren corrigierten z. T. ihre Ansichten [3].

Eine grössere Bedeutung kommt einer ganzen Richtung in der Psychiatrie zu, die in den 90-Jahren entstanden und gerade in letzter Zeit viele Anhänger gewonnen hat. Es ist die Lehre F r e u d s über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Entstehung der Hysterie.

B r e u e r und F r e u d [4] behaupteten, zuerst im J. 1898, jede Hysterie lasse sich auf ein in der Zeit vor der Pubertät überstandenes sexuelles Trauma zurückführen. Bei einem geschlechtlich noch nicht entwickelten Individuum kommt es nicht zu einer adaequaten gemütlichen Reaction auf den sexuellen Reiz, die Vorstellung davon wird aber im Augenblick verdrängt und als ein gefühlsbetonter Complex in latentem Zustand in den Erinnerungen aufbewahrt. Wenn nun in späterer Zeit bewusste sexuelle Regungen erwachen, so rufen sie die latent gewesene Vorstellung wach, die nun, gleichsam

[1]) Neurol. Centralbl. 1906. Nr. 225.
[2]) G r i e s i n g e r l. c. p. 74.
[3]) J a r o s c h e w s k i. Obosrenie psichiatrii. 1906. Nr. 1. P a w l o w s k a j a. Ibidem. 1906. Nr. 6, 1907. Nr. 9. R y b a k o f f. Russkij Wratsch, 1905. Nr. 51, 1906. Nr. 3, Nr. 8. S k l j a r. Russkij Wratsch. 1906. Nr. 8.
[4]) B r e u e r und F r e u d. Ueber d. psych. Mechanismus hyster. Phänomene. Neurol. Centr. 1893. Nr. 1. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wie ein Fremdkörper wirkend, allerlei Reizerscheinungen, psychischer und somatischer Art hervorruft, wie Krämpfe, Lähmungen etc. So wäre also darnach die wahre und wirkliche Ursache der Hysterie eben jene Vorstellung resp. Erinnerung, also ein ausschliesslich psychisches Moment. Diese Lehre legte nun Freud sowohl der Diagnose als auch vor allem der Therapie der Hysterie zu Grunde. Durch genaues Eingehen auf alle Nebenassociationen des Gedankenablaufes, die sogenannte Psychoanalyse, suchte er die latente Vorstellung zu erkennen und zum Bewusstsein der Kranken zu bringen. Dadurch wird die Vorstellung zu dem übrigen Bewusstseinsinhalt in Beziehung gebracht, verliert ihre starke Gefühlsbetonung und hört auf, als Reiz auf die Psyche zu wirken.

Abreagieren nannte Freud diesen Vorgang und glaubte durch ihn die krankheitserregende Ursache der Hysterie aus der Welt zu schaffen, sie also radikal zu heilen.

Diese seine Lehre wurde von ihm und seinen Anhängern in zahlreichen Publicationen genau ausgearbeitet und durch viele Beispiele scheinbar gestützt. Auch andere, der Hysterie verwandte Zustände, wie die sogenannte Angstneurose und die Zwangsneurosen wurden auf ähnliche Art zu erklären gesucht [1]). Bleuler und Jung in Zürich suchten den Freudschen Gedankengang auch in die Psychiatrie, speciell zur Erklärung der Psychopathologie der Dementia praecox einzuführen, jedoch mit einer wesentlichen Aenderung [2]): der stark gefühlsbetonte Vorstellungscomplex, bei der Hysterie die Erinnerung an ein sexuelles Jugendtrauma, erzeugt nicht die Krankheit selbst, sondern nur einzelne Symptome derselben auf Grund der für die Dementia praecox eigentümlichen Gehirndisposition. Und so kommen wir auf diesem Wege auch von der Freudschen Lehre schliesslich auf dieselbe Betrachtungsweise heraus, die ich oben ausgeführt habe. Die psychischen Ursachen rufen auf krankhaft veranlagtem Boden wohl gewisse Krankheitserscheinungen hervor, können aber nie und nimmer an und für sich die Krankheit selbst erzeugen.

Freud selbst und ein Teil seiner Anhänger beharren allerdings zum grossen Teil noch auf ihrem ursprünglichen Standpunct und sprechen jedem das Recht ab, ihre Lehre zu kritisieren, der nicht selbst practisch einige Jahre hindurch solche Experimente, die sogenannte Psychoanalyse, gemacht hat. Damit kann man sich aber ganz und gar nicht einverstanden erklären. Denn nicht um die Grenzen des Erreichbaren und Schaden und Nutzen seiner Methode geht der Streit, sondern um das Princip. Und da hiesse es, unsere jetzigen Anschauungen über Psychopathologie und Wesen der Krankheiten ganz über den Haufen werfen, wollte man seiner Lehre folgen. Dazu aber liegt kein zwingender Grund vor. Denn die therapeutischen Erfolge Freuds können nicht als solche betrachtet werden. Bei der Hysterie kann ja jede therapeutische Massnahme von Erfolg begleitet sein, selbst das Gebet Johann Kronstadtskis und die heilige Quelle von Lourdes.

Eines wäre noch zu bedenken: schon die tägliche Erfahrung, mehr aber noch die moderne Physiologie zeigen uns, dass psychische Momente einen mächtigen Einfluss auf die physiologischen, normalen Functionen des Körpers haben. Wir wissen, dass die Gemütsbewegungen stets von gewissen körperlichen Bewegungen begleitet werden, den Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne des Wortes.

Vor allem sind es Bewegungen der mimischen Muskulatur, weiterhin aber auch der gesamten Muskulatur des Körpers. Auch die glatten Muskeln werden in Mitleidenschaft gezogen: es bildet sich Gänsehaut durch Contraction der Haarwurzelmuskeln, die Schliessmuskel ziehen sich zusammen oder erlahmen, kalter Schweiss wird aus den Poren getrieben. Weiterhin tritt das vasomotorische System in Bewegung, Herzklopfen, Rot- und Blasswerden, secretorische Vorgänge treten auf und rufen ihrerseits wieder secundäre subjective Erscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Beklemmung, Schwächegefühl hervor. Die Untersuchungen Pawlow's über Verdauung haben uns gezeigt, welche bedeutende Rolle psychische Momente für die Secretion der Verdauungssäfte haben. Und schliesslich, schon an der Grenze des Pathologischen, haben wir die Hypnose, mittelst derer wir allerlei körperliche Functionen, Darmtätigkeit, Menstruation, Vasomotorentätigkeit direct mächtig beeinflussen können.

Fasst man das alles ins Auge, so könnte man sich wohl vorstellen, das psychische Momente einmal in ihrer somatischen Wirkung auch übers Ziel hinausschiessen und direct krankheitserregend wirken könnten. In einzelnen sehr seltenen Fällen ist das auch bekannt. Bei Feuersbrünsten und anderen grossen Unglücksfällen soll man Fälle beobachtet haben, wo unter dem Einfluss plötzlicher starker Gemütsbewegung, hauptsächlich wohl Schreck und Angst, eine Trübung des Bewusstseins und richtige delirienartige Geistesstörungen auftraten. Die Seltenheit der Fälle spricht dafür, dass hierbei noch andere Momente mitgespielt haben. Wenn ein Arteriosclerotiker auf eine traurige Nachricht hin einen Schlaganfall bekommt, werden Sie diese Nachricht als die Ursache des Anfalls ansehen? Hätte der Anfall nicht ebenso durch eine überreiche Mahlzeit, einen Alcoholexcess, eine körperliche Anstrengung oder einen Schlag hervorgerufen werden können? Ich denke, die Ursache wird immer in einem solchen Falle die Arteriosclerose sein, die es bewirkt, dass der Körper auf eine Einwirkung von aussen, sei es welcher Art sie wolle, anders reagiert als in normalem Zustande. So, glaube ich, wird es sich wohl auch, mutatis mutandis, in den seltenen Fällen der Schreckpsychose verhalten. Es wird eine specielle Disposition, eine gewisse psychische Labilität vorhanden sein müssen, die auf den Reiz mit einer Störung des psychischen Gleichgewichts reagiert.

Im übrigen aber müssen wir annehmen, dass die normale Psyche eine so mächtige Widerstandsfähigkeit besitzt, dass sie nicht so leicht durch äussere Einwirkung psychischer Art aus dem Gleichgewicht gebracht werden kann. Ihr stehen ja unzählige Mittel zu Gebot, eine innere Spannung nach aussen zu leiten, ohne dass dem Körper ein Schaden daraus erwächst.

Und schliesslich soll sich die klinische Wissenschaft mehr durch Wirklichkeiten, als durch künstlich construierte Möglichkeiten leiten lassen. Und da lehrt uns die Beobachtung: es gibt keine psychische Ursache, die constant und allein, an und für sich eine Geisteskrankheit hervorrufen könnte, und es gibt andererseits keine Geisteskrankheit, in deren Anamnese constant und immer ein und dieselbe psychische Ursache vorkommen würde.

---

[1]) Breuer und Freud. Studien über Hysterie. 1895.
Freud. Traumdeutung 1900. Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 1901.
3 Abhandlungen zur Sexualtheorie 1905. Bruchstück einer Hysterieanalyse. 1905.
Samml. kl. Schriften zur Neurosenlehre. (1893—1906). 1906.
Stekel. Nervöse Angstzustände. 1908.

[2]) Jung. Ueber die Psychologie der Dementia praecox. 1907.
Bleuler und Jung. Complexe und Krankheitsursachen bei Dementia praecox. Centralbl. f. Nerv. 1908. Nr. 6.

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Referate.

Fluss: Ueber ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Blenorrhoe und andere Genitalinfectionen. Klin.-therapeut. Wochenschr. Nr. 2. 1909.

Die äussere Harnröhrenmündung wird vor dem Coitus reichlich mit Vaselin bedeckt. Das Secret der Gonorrhoe, das nach dem Coitus etwa haften sollte, kann dann nicht mit der Harnröhrenschleimhaut in Berührung kommen. Es bleibt am Vaselin haften und wird mit diesem nach dem Coitus durch gründliche Waschung entfernt. Die Vaselineinfettung der gesamten Penishaut vor dem Coitus soll die Infection mit Lues und Ulcus molle verhüten.

Unna: Die Behandlung der Ichthyosis mit Eucerin. Monatshefte für pract. Dermatologie. Nr. 6. 1909. 15. März.

Als Einfettungsmittel benutzt Verf. bei Ichthyosis nur noch Eucerin oder Eucerin-Coldcream mit befriedigendem Erfolge. Die Umwandlung der Hornschicht geschieht rascher und vollständiger als bei den bisher gebräuchlichen Fetten. Ob bei längerem Gebrauche des Eucerins bei Ichthyosis eine vollkommene Heilung eintritt, kann erst eine mehrjährige Beobachtung lehren.

Buschke: Ueber die Behandlung venerischer Ulcerationen mit Röntgenstrahlen. Therapie der Gegenw. H. 1. 1909.

B. berichtet über mehrere Fälle von Syphilis mit Röntgenstrahlen behandelt. Im ersten Falle handelt es sich um einen 22-jähr. Mann, der einen hartnäckigen Primäraffect an der Oberlippe hatte, der nach Zerstörung der Oberlippe auf Nasenflügel und rechte Wange übergriff. Es wurde in 6 Zeitabschnitten durch 5 Monate bestrahlt. Unter dieser Behandlung heilte das Geschwür unter Narbenbildung völlig. Im zweiten Falle handelte es sich um ein ausgedehntes bisher erfolglos behandeltes tertiäres Geschwür der Vagina und Vulva einer 32-jährigen Patientin. Das Geschwür wurde in 4 Wochen bis auf kleine Granulationsstellen geheilt und zwar in einem zweimaligen Turnus von je 4 Tagen. Ausserdem wurde noch ein hartnäckiger Primäraffect an der Eichel auf dieselbe Weise in 4 Wochen geheilt, ebenso ein Fall von Ulcus bei maligner und eins von tertiärer Syphilis. Ein Fall von Ulcus chronicum vulvae gelangte bei gleichzeitiger Röntgen- und Fibrolysinbehandlung zur Heilung, dagegen wurde ein hartnäckiger weicher Schanker am Penis nicht zur Heilung gebracht.

Böhme: Balkenblase, als Frühsymptom bei Tabes dorsalis. Münchener med. Woch. 1908. Nr, 50.

Verf. teilt 8 cystoskopisch untersuchte Fälle mit, in welchen die auf diesem Wege festgestellte Balkenblase als Frühsymptom einer später klinisch bestätigten Tabes dorsalis erschien. Für die Diagnose muss man das Vorhandensein der Balkenblase aus anderen Gründen ausschliessen können. Das soll möglich sein, da die Balkenblase des Tabikers grössere Zartheit und Regelmässigkeit der Balken zeigt, und die Balkenzüge jenseits vom Trigonum und den Ureterenwülsten, an den Seitenwänden und am Fundus der Blase typisch sind.

J. Lichtmann (Cöln).

Dodo Rancken: Einige Fälle von Kinderlähmung, behandelt mit Uebungstherapie. Finska läkaresällskapets handlingar. 1909. Nr. 2.

Nach Verf. Ansicht ist die Massagebehandlung und besonders die circulationsbefördernde Massage allein bei der Behandlung von Lähmungen nur von geringer Bedeutung. Es gebe Fälle, wo eine Behandlung mit Elektricität, Massage und Bewegung das Functionsvermögen nicht wieder herstellt, wo jedoch die Uebungstherapie, richtig angewandt, in kurzer Zeit ein gutes Resultat erreicht. Er meint, dass eine Lähmung, welche Jahre lang gedauert habe, durch diese Therapie zurückgehen könne. Bei kleinen Kindern sei sie in der Form von kinetotherapeutischen Bädern anzuwenden, hier sei freilich die Besserung eine langsamer eintretende.

Herman Lavonius: Zur Casuistik der phlegmonösen Gastritis. Finska läkaresällskapets handlingar. 1909. Nr. 2.

Verf. berichtet über einen Fall von diffuser phlegmonöser Gastritis und über einen Fall von circumscripter phlegmonöser Gastritis. Er empfiehlt eine chirurgische Behandlung dieser Krankheit.

H. Lorentz.

H. Bardy: Ein Fremdkörper, extrahiert mit Hilfe des Bronchoscops aus einem Bronchus zweiter Ordnung. Finska läkaresällskapets handl. 1909. Nr. 3.

Beim Pat., der wegen einer luetischen Larynxstenose 30 Jahre lang eine Trachealcanüle getragen, war die Röhre von der Platte losgerissen und in die Trachea hinabgeglitten. Durch Versuche, mit einem Eisendraht den Fremdkörper herauszuziehen, hatte Pat. denselben tief hinabgeschoben und die Trachea beschädigt. Verf. gelang es 2 Tage darauf die Röhre, welche im Bronchus des mittleren Lappens der rechten Lunge sass, durch die indirecte Bronchoscopie zu entfernen.

H. Lorentz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Festband der Hygiea red. von Prof. Carl Sundberg. 2 Teile, Stockholm. 1908, 1376 Seiten 8° mit 20 Tafeln und 81 Abbildungen im Text.

Zur Feier des 100. Jahrestages der «schwedischen Aerztegesellschaft» und ihres Organs «Hygiea» erschien am 15. October 1908 dieser Festband. Beide Teile desselben sind hübsch ausgestattet. Sie tragen auf dem Titelblatte eine Abbildung der Jahrhundertmedaille der Aerztegesellschaft mit den Reliefporträts ihrer 7 Gründer. Den 50 Verfassern der 48 im Festbande enthaltenen Arbeiten ist es durch diese interessante Festschrift gelungen, der seltenen Feier einen der Bedeutung der «schwedischen Aerztegesellschaft» würdigen Ausdruck zu verleihen. Es wäre nicht gut möglich, hier alle diese 48 Arbeiten zu referieren, weshalb sie nur genannt und einzelne von ihnen von einer kurzen Inhaltsangabe begleitet werden sollen.

Nr. 1. Olof Hammarsten: Beitrag zur Kenntnis der Enzyme der Magenschleimhaut.

Nr. 2. Gustaf Retzius: Zur Kenntnis des Baues und der Entwickelung des Verbindungsstückes der Säugetierspermien.

Nr. 3. Robert Tigerstedt: Eine einfache Methode der Registrierung vermittelst Lufttransport. T. benutzt zur Pulsregistrierung einen birnförmigen Ballon d. i. eine kleine Gummiohrenspritze. Er befestigt diesen Ballon, nachdem derselbe faltenlos leicht zusammengedrückt ist, mit einem breiten unelastischen Bande an der Arterie. Als Schreibapparat benutzte T. die von Sandström in Lund verfertigten Luftkapseln mit Celluloidmembran. Die Curven wurden auf ein Kymographion nach Blix-Sandström mit einer Geschwindigkeit von 5, 10, 50 und 100 mm. in der Secunde geschrieben. Abbildungen der gewonnenen Figuren.

Nr. 4. Svante Arrhenius: Versuche betreffend die Agglutination und die Coagulation.

Nr. 5. Erik Müller: Ueber die morphologische Richtung in der Anatomie mit einem Beitrage über die Morphologie der Extremitäten der Wirbeltiere.

Nr. 6. C. G. Janteson: Einige Worte über den Einfluss der Gifte auf enzymatische Processe. (Deutsch in der Festschrift für Professor O. Schmiedeberg im October 1908).

Nr. 7. Einar Sjövall: Zur Kenntnis des sogenannten soliden Ovarialteratoms.

Nr. 8. Hjalmar Forsner: Carcinosarcom im Uterus.

Nr. 9. G. E. Heuschen: Ein Fall von maculärem und perimaculärem Skotom.

Nr. 10. F. Lennmalm: Beitrag zur Kenntnis der Tumoren in der cauda equina.

Nr. 11. C. E. Waller: Beitrag zur physikalischen Diagnostik. Verf. legt der symmetrisch vergleichenden Percussion eine geringere Bedeutung bei als jetzt üblich und erklärt das saccadierte oder pulsrhythmische Atmen dadurch, dass das Gewebe der Lungenteile, welche den grossen Gefässen und dem Herzen anliegen, bei jeder Pulswelle in den Gefässen und jedem Herzstoss in der Systole einem Druck ausgesetzt wird. Die pulsrhythmisch erhöhte Schnelligkeit des Luftstroms in den zugehörigen kleinen Luftwegen verursacht eine Verstärkung des Atmungsgeräusches, so dass letzteres rhythmisch verstärkt gehört wird. Das sogenannte rauhe Atmen hat nach seiner Meinung keine diagnostische Bedeutung, da es kein Atemgeräusch sondern nur ein Muskelgeräusch sei.

Nr. 12. Eduard Welander: Einige Worte über die Bekämpfung der venerischen Krankheiten.

Nr. 13. Johan Almkvist: Ueber die Behandlung des weichen Schankers und dessen Lymphdrüsencomplicationen mit Kupfersalzen.

Nr. 14. Israel Holmgren: Studien über die Capillarität und die Absorption und eine auf deren Grundlage ausgearbeitete Methode für die Bestimmung der Stärke verdünnter Mineralsäuren.

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Nr. 15. H. C. Jacobaeus: Ein Fall von Lepra anaesthetica mit einer kurzen Uebersicht über die Differenzialdiagnose zwischen Lepra anaesthetica und Syringomyelie.
Nr. 16. G. Rystedt: Ein Fall von sogenannter acuter sclerose en plaques.
Nr. 17. Brov Gadelius: Hysterie und Katatonie.
Nr. 18. Harald Fröderström: Die klinische Psychologie.
Nr. 19. John Berg: Einige Worte über Gallensteinileus auf Grund eines seltenen Falles von Darmconcrementen.
Nr. 20. Jacques Borelius: Ueber den primären Cancer der Hauptgallengänge.
Nr. 21. Berthold Carlson: Ueber acute Appendicitis im Kindesalter.
Nr. 22. Johan Widmark: 3 Fälle von toxischer Amblyopie mit ungewöhnlicher Aetiologie. (2 Fälle verursacht durch übermässigen Kaffeegenuss, 1 Fall durch Arsenik).
Nr. 23. Elis Essen-Möller: Beitrag zur Frage der Eklampsiebehandlung.
Nr. 24. Otto Gröné: Ein Fall von primärer Peritonealschwangerschaft.
Nr. 25. Allvar Gullstrand: Ueber die Abbildung im Auge.
Nr. 26. John Landström: Einige Worte über die neueren Behandlungsmethoden bei Prostatahypertrophie mit besonderer Berücksichtigung der Prostatektomie.
Nr. 27. Patrik Haglund· Zur Klumpfussbehandlung im ersten Lebensjahre.
Nr. 28. Gustaf Petrén: Fälle von Scalpierung.
Nr. 29. Ernst Almqvist: Linné als Hygieniker.
Nr. 30. G. Heinricius: Zur Erinnerung an Israel Hwasser. Hwassers Wirken als Arzt in und für Finnland.
Nr. 31. Anders Wide: Die Entwickelung der schwedischen Gymnastik.
Nr. 32. Poul Bjerre: Pehr Gustaf Cederschiöld als Vorläufer in der Psychotherapie.
Nr. 33. G. Eketorn: Ueber die infectiöse Pyclonephritis mit besonderer Berücksichtigung ihrer acuten Form.
Nr. 34. C. D. Josephson und Gösta Forssel: Beitrag zur Röntgendiagnostik der Nierentuberculose.
Nr. 35. T. Sjögren. Ueber die Röntgenuntersuchung des Verdauungskanals.
Nr. 36. Henning Waldenström: Einige Worte zur vorbeugenden Behandlung der Coxitis.
Nr. 37. Gunnar Forssner: Eine Nachuntersuchung von 28 Chorea minor-Fällen.
Nr. 38. E. O. Hultgren: Ueber die Kost der Schwindsüchtigen in der Anstaltsbehandlung. Nach Untersuchungen im Volkssanatorium «Oesterasen».
Nr. 39. Arnold Josefson und Alma Sundqvist: Ein Fall von abnormem Wachstum in Verbindung mit mangelhafter Entwickelung der Genitalien.
Nr. 40. Henry Marcus: Ein Fall von infantiler allgemeiner Paralyse.
Nr. 41. John Tillman: Kritische Uebersicht über den jetzigen Stand der physikalischen Frühdiagnose der Lungentuberculose.
Nr. 42. J. Aug. Hammar: Die glandula parathyreoidea. (Sandströmi). Ein historischer Ueberblick.
Nr. 43. G. Hedrén: Die Teleangiectasia hepatis disseminata und ihre Pathogenese.
Nr. 44. Folke Henschen: Ueber Acusticustumoren. Einige klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis derselben.
Nr. 45. J. Jundell: Eine Typhusepidemie durch einen Bacillenträger.
Nr. 46. Alfred Petterson: Studien über die bakterientötenden Stoffe der Leukocyten.
Nr. 47. A. Wiman: Ueber experimentelle Syphilis am Kaninchen.
Nr. 48. John Sjöqvist: Untersuchung eines ungewöhnlichen Darmconcrements.

H. Lorentz.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1371. Sitzung am 16. Februar 1909.

Schiele hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Hermaphroditismus.

Der Hermaphroditismus ist eine äusserst seltene Erscheinung, nur wenigen Aerzten ist es vergönnt, ausgesprochene Zwitterbildungen selbst zu beobachten. Autor hat deshalb nicht eigenes Material seiner Besprechung zu Grunde legen können sondern die Anregung und das Material einem grossen Sammelwerke Dr. N. v. Neugebauers in Warschau entnommen. In diesem die Weltliteratur umfassenden Buche finden sich 1250 Einzelbeobachtungen, davon 49 von v. Neugebauer beobachtete Fälle. Es finden sich darunter viele ganz unglaublich klingende und doch wohl beglaubigte Vorgänge z. B. von Personen, die Jahrzente lang als Frauen verheiratet waren und sich in der Folge als Männer erwiesen, Männer, die als Frauen verheiratet waren und deren wahres Geschlecht erst nach Jahren, in einem Falle vom 2. Manne erkannt wurde, von Mönchen und Soldaten, die Kinder gebaren u. s. w. vor. Ueber das Wesen des menschlichen Hermaphroditismus vermag uns die Entwicklungsgeschichte Aufklärung zu geben. Bekanntlich sind viele niedere Tiere, Bandwürmer, Blutegel, Schnecken wahre Zwitter, teils mit der Fähigkeit der Selbstbefruchtung, teils sind sie auf gegenseitige Begattung angewiesen. Von höheren Tieren ist beim weiblichen Maulwurf von Tourneux nachgewiesen, dass er neben dem Ovarium normaler Weise auch einen rudimentären, aber verhältnismässig sehr grossen Hoden besitzt. — Wenn man beim Menschen auf die Anfänge der Entwicklung zurückgeht, so erweist es sich, dass die ursprüngliche Anlage eine bisexuelle ist, dass bei jedem Embryo in einem frühen Stadium sich Organe finden, aus denen in der Folge sowohl männliche wie weibliche innere Geschlechtsorgane hervorgehen können. Die Urogenitalorgane entstehen aus dem mittleren Keimblatt, sie gehören so eng zu einander, dass sie gemeinschaftlich abgehandelt werden müssen. Das erste, was beim menschlichen Embryo vom Urogenitalsystem in Erscheinung tritt, ist der Urnieren- oder Wolffsche Gang. Er gehört phylogenetisch der Vorniere an, die sich nur noch bei niederen Tieren findet, dient in der Folge der Urniere oder dem Wolffschen Körper ebenfalls als Ausführungsgang. Die Urniere dient den Fröschen und Amphibien zeitlebens als Harnorgan; beim menschlichen Embryo entsteht sie in der Anlage in der 3. Woche, erreicht ihre höchste Ausbildung in der 7. Woche. Aus einem Teile der Urniere, dem Keimepithelwulst, entsteht beim Menschen die Keimdrüse, aus der dann ein Ovarium oder ein Hoden sich bilden kann. Der Geschlechtscharakter der Keimdrüse wird in der 6. Woche erkennbar. — Aus dem unteren Abschnitt des Urnierenganges wächst in der 4. Woche der Ureter, zuerst als kleine Sprosse, hervor, wird dann ein langer Canal mit blasenartiger Erweiterung, dem späteren Nierenbecken. Aus dem Ureter bildet sich die Niere (Sammelröhren, Henlesche-Schleifen etc.) nach Art des gewöhnlichen Drüsenwachstums. Aus dem Wolffschen Gang bildet sich beim männlichen Geschlecht das Vas deferens, beim weiblichen bildet es sich normaler Weise zurück (Reste können die Gartnerschen Gänge geben), nachdem sich aber vorher von ihm der Müllersche Gang abgespalten hat. Doch finden sich in der Anlage bei jedem Embryo sowohl Wolffsche wie Müllersche Gänge. Durch Verschmelzung (im 2.—3. Monat) der beiderseitigen Müllerschen Gänge entstehen beim Weibe die Eileiter mit den Tub. Fallopiae, die Gebärmutter und die Scheide. Im 4. Embryonalmonat wird ein Unterschied auch zwischen männlichen und weiblichen äusseren Geschlechtsorganen erkennbar. Von diesen tritt als erstes der sog. Geschlechtshöcker am vorderen Rande der Cloake in Erscheinung, der von zwei ringförmigen Falten eingefasst ist, den Geschlechtsfalten und den Geschlechtswülsten. Aus dem Geschlechtshöcker wird beim Weibe die Clitoris, aus den Geschlechtsfalten die kleinen, aus den Geschlechtswülsten die grossen Labien. Beim Manne entstehen aus diesen Gebilden der Penis, entsprechend der weibl. Clitoris, aus den Geschlechtsfalten resp. kleinen Labien durch Verschmelzung und Längenwachstum die Harnröhre, aus den Geschlechtswülsten resp. grossen Labien das Scrotum. Es besteht also eine ausserordentliche Homologie zwischen männlicher und weiblicher Bildung, beide lassen sich auf eine gemeinsame Urform zurückführen. Die weibliche Bildung steht der Urform bedeutend näher; die Bildung der männlichen äusseren Genitalien lässt sich als eine Bildung in excesso (v. Neugebauer), als eine Fortbildung der weiblichen auffassen. — Bei Störungen der normalen Entwickelung beim Menschen können Formen zustande kommen, die der ursprünglichen bisexuellen Anlage entsprechen, das sind Zwitterbildungen. Vollständige wahre Zwitterbildungen sind beim Menschen nicht beobachtet worden, es handelt sich immer um sog. Pseudohermaphroditismus, wobei bei der Bestimmung des Geschlechtes der Charakter der Keimdrüse das Entscheidende ist. Der Pseudohermaphroditismus besteht aber darin, dass die inneren und äusseren Genitalien bei einem Individuum sich nicht homolog, entsprechend dem Charakter der Keimdrüse entwickeln, sondern dass eine heterologe Entwicklung stattfindet, oder dass männliche und weibliche Bildungen sich nebeneinander finden. In neuester Zeit sind 5 Fälle beobachtet worden, wo die Keimdrüse eine wahre Zwitterdrüse vorstellte, indem sich mikroskopisch in ihr Ovarial- neben Hodengewebe nachweisen liess, sog. Ovotestis. Andererseits lässt sich aber in anderen Fällen der Charakter der Keimdrüse weder als Hoden noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Ovarium ansprechen. **Virchow** hat solche Individuen als homines neutrius generis bezeichnet, Das «neutrale» Geschlecht wird aber von vielen Gesetzen, z. B. dem neuen deutschen bürgerlichen Gesetzbuch, nicht anerkannt, wodurch schwierige Situationen für die als Experten herangezogenen Aerzte und überhaupt schwierige Rechtsstreitigkeiten entstehen können. Schliesslich muss noch erwähnt werden, dass nicht nur die inneren und äusseren Geschlechtsorgane sich heterolog dem Charakter der Keimdrüse (Hoden oder Ovarium) entwickeln können, sondern auch die sog. secundären Geschlechtscharaktere z. B. die Brustdrüse, der Kehlkopf, die Haare etc., wodurch die Bildung von «sexuellen Zwischenstufen» (**Magnus Hirschfeldt**) zustande kommen können, sog. Mannweiber oder effeminierte Männer in zahlreichen Varianten. — Das Studium des Pseudohermaphroditismus hat gezeigt, dass die Gegenwart von Hoden oder Ovarien bei einem Individuum nicht immer oder recht häufig sogar, **nicht** imstande ist, das psycho-sexuelle Empfinden in richtiger Weise auszulösen und zu dirigieren. Die Casuistik bietet eine grosse Anzahl von Beispielen, in denen mit Hoden versehene Individuen trotz dieser Hoden sich vollkommen als Frauen fühlten, und mit Ovarien ausgestattete Personen als Männer. Diese Beobachtung eröffnet uns in Einigem des Verständnis für die Homosexualität, diese merkwürdige Aberration des menschlichen Geschlechtssinnes. — Wenn wir auch nicht **Magnus Hirschfeldts** Ausspruch werden beipflichten können, dass «das Geschlecht des Menschen vielmehr in seiner Seele als in seinem Körper liegt», so werden wir doch zugeben müssen, dass es offenbar nicht nur somatische, sondern auch psychische Zwischenstufen auf sexuellem Gebiete gibt und dass noch andere Gesichtspuncte bei der Beurteilung (Erziehung, Anlage etc.) der Homosexualität herangezogen werden müssen. — Verlesung einiger interessanter Beobachtungen.

(Autoreferat).

Discussion:

Schmitz: Ein homo neutrius generis ist bisher juridisch nie anerkannt worden, jedenfalls nicht in Deutschland, während andere Gesetzgebungen dies wohl zu tun scheinen. Wie verhält sich das russische Gesetz dazu?

Schiele: Das russische Gesetz fordert die Entscheidung der Alternative. Das alte preussische Landrecht und das österreichische Gesetz lassen die Zwischenstufe zu.

Wladimiroff demonstriert aus der Berliner Tierärztlichen Wochenschrift (Nr. 28 v. Jahre 1902) die Abbildungen eines hermaphroditischen Pferdes aus dem hiesigen Institut für Experimentalmedicin. Es fanden sich zwei wie bei Stuten angeordnete Zitzen, das Scrotum fehlte, die atrophischen Hoden lagen unter der Haut in der Nähe des Leistenkanals, der missgeformte Penis befand sich im Mittelfleisch, die Raphe war lang, die von der Urethra durchbohrte Glans penis war in die Falten der Haut eingelagert.

Director: W. **Kernig**.
Secretär: E. **Michelson**.

Auszug aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 28. November 1908.

Vorsitzender: **Meyer**. Schriftführer: **Russow**.

1) Herr **Terrepson** stellt vor der Tagesordnung einen Fall von **Pityriasis rosea** vor.

2) Herr **Graubner** hält seinen angekündigten Vortrag: «**Wann sollen Wöchnerinnen und Laparatomierte aufstehen**»?

Vortragender schildert die bekannten Versuche von **Küstner** aus den Jahren 1894—1896 und die daraus gewonnenen Anschauungen über die Einwirkung des Frühaufstehens auf Wöchnerinnen. Diese Versuche, nur zu wissenschaftlichen Zwecken angestellt, hatten so viele practisch verwertbare Resultate ergeben, dass sie zum Anlass wurden, das Frühaufstehen zu Heilzwecken zu empfehlen. Von **Küstners** Nachahmern haben viele die Indicationen für das Frühaufstehen wesentlich erweitert und über die Resultate ihrer Beobachtungen sehr günstige Mitteilungen gemacht und veröffentlichen lassen. So **Krönig**, **Sellheim**, **Henckel**, **Pfannenstiel** u. a. Obgleich die Indicationen wie die Technik des Frühaufstehens zur Zeit noch von den verschiedenen Autoren auch verschieden angegeben werden, hat diese Methode der Nachbehandlung doch in letzter Zeit immer mehr Anhänger gefunden und verdient schon jetzt weitgehende Beachtung.

(Autoreferat.)

Discussion:

Cossart: Wenn man jetzt beginnt, die Nachbehandlung von Geburten und Operationen zu ändern, so ist das eigentlich nur eine richtige Consequenz, da die Vorbehandlung vor der Geburt resp. Operation heute eine vollständig andere ist wie früher. Wir sehen einen frisch Operierten jetzt auch nicht mehr als einen Schwerkranken an, wie in früheren Zeiten. Uebrigens hat man alte Leute schon längst nach Operationen früh aufgesetzt, weil das ihrer Gesundheit zuträglich ist, warum soll man das nicht bei jungen ebenso machen? Das einzige Bedenkliche dabei wäre, dass man durch frühes Aufstehenlassen eventuell gegen den Grundsatz verstösst, Wunden, Verletzungen etc. möglichst ruhig zu stellen.

Graubner ist auch der Ansicht, dass erst unsere heutige Operationstechnik und die ganze Vorbehandlung ein Frühaufstehen gestattet, er steht aber so, dass er ein längeres Liegen auch wieder nicht für schädlich hält. Um das Postulat der Ruhigstellung zu erfüllen, muss man schon bei der Operation dafür günstige Bedingungen schaffen. G. kann sich aber nicht recht vorstellen, warum diese Bedingungen am ersten Tage besser sein sollten als z. B. am dritten Tage.

Cossart befürchtet nicht etwa, dass die Wunden wegen Beschaffenheit des Nahtmaterials schlecht halten könnten, sondern er sieht eine Gefahr in dem Umstande, dass es in den ersten Tagen schwer zu beurteilen ist, ob Infection stattgefunden hat oder nicht.

Lezius macht den Einwurf, dass die vom Vortragenden erwähnten 76 Fälle aus den Krönigschen Mitteilungen für die Beurteilung der Frage der Hernienbildung zu gering an Zahl seien.

Meyer: Laparatomiewunden repräsentieren stets 2 Wunden; die äussere ist unserer Betrachtung jeder Zeit zugänglich, dagegen können wir uns vom Aussehen der inneren kein Bild machen. Bei Wöchnerinnen hält M. den vorsichtigen **Ohlshausen**schen Standpunct für richtig. Im Beckenboden sind doch nach einer Geburt häufig kleine Verletzungen, wie Zerreissungen kleiner Gefässe und Muskelfibrillen vorhanden. Der beim Aufstehen erhöhte Druck wird wohl die erschlafften Muskeln leicht zu sehr ausdehnen. Eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens lässt sich statt durch Aufstehen und active Bewegung auch durch Massnahmen wie Massage, Gymnastik und dergleichen erzielen.

Graubner bemerkt **Lezius** gegenüber, dass in den betreffenden Angaben von **Krönig** nur das sofortige Auftreten von Hernien beim Frühaufstehen gemeint ist; das spätere Entstehen von Hernien hat mit dieser Frage nichts zu tun. Muskelerschlaffungen, wie **Meyer** sie befürchtet, sind nicht beobachtet worden, selbstverständlich kann man durch Massage und Gymnastik das Postulat der Bewegung schonender erfüllen, diese Behandlungsweise ist entschieden auch nützlich. Was die Belastung des Beckenbodens durch aufrechte Haltung anlangt, so ist zu bemerken, dass der Druck, welcher durch Kotstagnation eintritt, wohl bedeutender ist und dieser wird durch längeres Liegen gerade eher vermehrt.

Meyer gibt frisch Entbundenen nach Ablauf von 24 Stunden Lavements, um einer Kotstauung vorzubeugen; im übrigen glaubt er aber nicht, dass der Druck durch Kotmassen auf den Levator ani sehr erheblich sein kann, da durch die erfolgte Geburt viel Raum geschaffen worden ist. **Meyer** lässt am 5. Tage für kurze Zeit die Wöchnerinnen aufsitzen; gerade **Sellheims** Beobachtungen, die dieser aber anders deutet, haben **Meyer** zu seinem Verfahren geführt.

Cossart hält die Gefahr von Seiten der peritonealen Wunde nach Koeliotomien für gering, da man es in der Hand hat, die inneren Wundflächen ausreichend mit Peritoneum zu decken. Das Bauchfell ist imstande, recht bedeutende Mengen von infectiösem Material unschädlich zu machen. Ferner wird durch die Peristaltik die Infectionsgefahr auch nur gemindert, diese kann man ruhig anregen durch frühes Aufstehen. Eventuelle kleine Haematome, die durch fibrilläre Zerreissungen der Muskeln im Beckenboden entstehen, werden in ihrer Resorption auch eher durch Aufstehen beschleunigt.

Graubner schliesst sich diesen Ausführungen von **Cossart** an.

3) Herr **Hollmann** hält seinen angekündigten Vortrag «**Ueber multiple Oesophagusstricturen und deren Behandlung**».

4) Herr **Graubner** demonstriert ein ganz junges Ei, entsprechend dem 15. oder 16. Tage der Schwangerschaft.

Secretär **Russow**.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sitzung vom 13. Februar 1909.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

1) Herr Lezius hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Aetiologie und Therapie des Schwangerschaftserbrechens».

Der Vortragende gibt zunächst eine Uebersicht über die Angabe der Lehrbücher und der übrigen älteren wie neueren Literatur. In den älteren Mitteilungen (Winkel, Reinstädter) wird der allgemeinen Reflexsteigerung in der Schwangerschaft die Hauptrolle zugeschrieben. Das Erbrechen würde ausgelöst durch die Bewegungen des schwangeren Uterus; es wird der Vergleich mit der Seekrankheit gemacht. Hervorgehoben wird stets, dass eventuell bestehende Magenleiden keine Rolle spielen. Ahlfeld hält das Symptom für eine Reflexneurose, welche auch bei vollständig gesundem Uterus vorkommen kann. Die höheren Grade des Schwangerschaftserbrechens beruhen nach ihm auf Hysterie. Der Vortragende wendet ein, dass dann fast alle Frauen hysterisch sein müssten.

In der neueren Literatur werden toxämische Vorgänge angenommen. Gräfe hat nachgewiesen, dass Zellen von der Eiperipherie beständig in den mütterlichen Kreislauf übergehen; er nimmt an, dass die im Blute kreisenden Toxine in den Darm und namentlich Magen ausgeschieden werden und hier reizend wirken. Es ist anzunehmen, dass der Organismus auch Antikörper bei dieser Toxinproduction bilden wird. Die Reizbarkeit des Magens wird erhöht, wenn derselbe, leer ist. Daraufhin hat Schwarzenbach vorgeschlagen, systematisch in kurzen Intervallen Nahrung zuzuführen, um es nicht zum Leerwerden des Magens kommen zu lassen.

Manche Autoren (Winter und Hofbauer) nehmen eine Schädigung der Leberfunction an. Bei Sectionen sind Degenerationserscheinungen des Leberparenchyms gefunden worden; Gräfe hält dieselben aber für secundäre Erscheinungen.

Lezius führt aus seiner Praxis zwei kürzlich beobachtete Fälle an, von denen der eine mit den Symptomen einer leichten Albuminurie, subfebriler Temperatur und Pulsbeschleunigung durchaus für die toxämische Theorie zu sprechen schien. Hier war das Schwarzenbachsche diätetische Regime sofort von Besserung gefolgt. Der andere Fall erschien aber dagegen als ein Paradigma für die hysterische Natur des Erbrechens.

Vortragender hat zeigen wollen, wie verschieden die Auffassungsmöglichkeiten sind, es möchte ihm scheinen, dass man — bisher wenigstens — noch nicht mit einer einzigen erklärenden Ursache auskäme. Es können hier ebensogut verschiedene Ursachen dieselben Erscheinungen auslösen.

Zum Schluss macht der Vortragende darauf aufmerksam, dass er das initiale Erbrechen in den ersten Tagen nach dem coitus fecundus nicht in den Kreis seiner heutigen Betrachtung gezogen wissen will, da dieses von dem Schwangerschaftserbrechen offenbar total verschieden ist.

Discussion:

Lackschewitz berichtet über einen Fall, bei welchem Nahrungsaufnahme am Morgen vor dem Aufstehen jedesmal prompt das sonst eintretende Erbrechen verhinderte.

Hartge hat auch versucht, durch Essenlassen das Schwangerschaftserbrechen zu behandeln. Bei einem schweren Fall half das nicht im Geringsten, das Erbrechen bestand weiter bis zum Tode der Patientin. H. glaubt, dass Gastroptosis das Erbrechen begünstigt, und fragt den Vortragenden, ob er diesbezügliche Erfahrungen gemacht hätte.

Kramer hält die toxämische Theorie des Erbrechens für nicht ausreichend, denn warum sollen nach Ablauf der 3 ersten Monate die Toxine abnehmen, wo das Ei doch stets wächst, während das Erbrechen nach dieser Zeit meist aufhört. Hysterie ist erst recht nicht anzunehmen, denn warum soll diese stets ebenso nur 3 Monate dauern? Auch die Reflextheorie ist nicht ausreichend, da es schwer anzunehmen ist, dass der kleine Uterus der ersten Monate stärkere Reflexerregbarkeit erzeugen soll als der später so stark vergrösserte. Was die Therapie anlangt, so hat K. die Jodtinctur sehr nützlich gefunden.

Lezius: Der toxämischen Theorie widerspricht nicht der Umstand, dass das Erbrechen nach 3 Monaten aufzuhören pflegt, denn nach Bildung der Placenta muss die Toxinproduction aufhören.

Russow erinnert an die vom Vortragenden erwähnte wahrscheinliche Antitoxinbildung, die im Laufe der Zeit eintreten und das Erbrechen sistieren kann.

Meyer hält die Reinstädtersche Theorie der Reflexwirkung auch für hinfällig, da die Beweglichkeit des Uterus die hier als Ursache angenommen wird, bei Mehrgebärenden grösser ist, während bei diesen das Erbrechen seltener auftritt. Die Hypothesen, welche Hysterie und Toxämie heranziehen, haben noch am meisten für sich. Die initiale Nausea ist von der Betrachtung auszuschliessen, sie ist ähnlich derjenigen, die beim Sondieren des Uterus eintreten kann.

Kaltenbach und Ahlfeld sind in der verallgemeinernden Annahme einer ursächlichen Hysterie zu weit gegangen; die Reflexerregbarkeit ist bei der Schwangerschaft entschieden gesteigert, wie die Prüfung der Grosshirnrinde bei graviden Kaninchen direct nachweisen lässt. Es ist anscheinend als Ursache des Erbrechens in vielen Fällen bloss gesteigerte Reflexerregbarkeit anzunehmen. Beweisend für die Einwirkung der Suggestion ist z. B. eine Beobachtung, in welcher der künstliche Abort eingeleitet werden sollte und das Erbrechen sofort sistierte, als die Scheide tamponiert wurde; die Frau glaubte, dass der Abort bereits eingeleitet wäre und fühlte sich augenblicklich gesund! Energische Nahrungsaufnahme ist von grösster Bedeutung; ebenso ist oft für den Erfolg massgebend die Energie und der gute Wille der Graviden. Meyer hat den Eindruck gewonnen, dass bei Extrauteringravidität die Hyperemesis nicht von ihm beobachtet wurde, jedoch sind die Aufzeichnungen nicht ausreichend geführt. Würde diese Annahme bestätigt, so wäre das sehr wichtig, die Toxämische Theorie würde dadurch eine erhebliche Einschränkung erfahren. Zur suggestiven Therapie rechnet M. auch heisse Magenspülungen, die mitunter sehr günstig wirken.

2) Meyer berichtet über einen kürzlich von ihm operierten Fall von Prolapsus vaginae.

Bei älteren Frauen verfährt M. seit 1899 in der Weise, dass der Uterus, nach Ausführung der vorderen Kolpotomie, vorgezogen und zwischen Blase und vorderer Vaginalwand eingenäht wird. 1903 ist diese Methode von Schauta beschrieben worden. Im zuletzt operierten Falle war das Corpus uteri durch Myomknoten so stark vergrössert, dass erst nach Enucleation derselben das Corpus uteri in der für dasselbe hergerichteten Nische zwischen Vagina und Blase bequem Platz fand. (Demonstration der enucleirten kastaniengrossen Myomknoten).

Discussion:

Cossart führt einen Fall von Schauta an, bei dem ein in der vom Vortragenden geschilderten Art verlagertes, zu grosses Corpus uteri gangränös geworden war. Cohn empfiehlt in solchen Fällen eine Keilresection des Corpus zu machen und bloss den Rest zu benutzen, welcher genügt, da es nur darauf ankommt, eine Pelotte für die Blase zu schaffen. Man deckt dann den Uterus nicht vollkommen mit Vaginalwand.

Meyer hält es für ratsam, den vorgezogenen Uterus in jedem Falle mit Vagina zu übernähen, da sonst die Heilungsdauer zu sehr verlängert wird, falls die vordere Uterusfläche unbedeckt bleibt.

Cossart: Wenn man die keilförmige Excision mit folgender Vernähung macht, so stellen sich meist, wie Cohn betont, Temperatursteigerungen ein; durch den nicht vollkommen festen Abschluss werden bessere Wundverhältnisse gegeben, darum nimmt man lieber die längere Heilungsdauer in Kauf.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Am 31. März feierte der Verein St. Petersburger Aerzte das Fest seines 50-jährigen Bestehens. Nachdem sich die Vereinsmitglieder im grossen Saal der St. Petri-Schule zur Festsitzung versammelt hatten, wurde dieselbe durch den Präsidenten, Dr. E. Blessig, mit einer Festrede eröffnet, in welcher der Redner die Bedeutung des Tages hervorhob. Nachdem er in dankbarer Erinnerung der Tätigkeit der verstorbenen Mitglieder des Vereins gedacht, wies er darauf hin, dass der Verein um die Zeit entstand, als Darwin sein grosses Werk über die Entstehung der Arten erscheinen liess und dass der Entwickelungsgedanke, der seitdem in der gesamten Biologie zur Geltung kam, sich auch in den wissenschaftlichen Arbeiten des Vereins wiederspiegelte. Indem der Verein sich dem Wandel der Zeiten anzupassen wusste, hielt er auch zugleich an dem Erbe fest, das er von seinen Gründern überkommen hatte, und so bewahrte er durch alle Zeiten seinen typischen Charakter, indem er dem Ziele zustrebte, das in der Pflege der Wissenschaft und der Collegialität gipfelte. Als zweiter Redner sprach der Vicepräses, Dr. W. Fick, der die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins im Lichte der historischen Entwickelung der Medicin im Laufe der letzten 50 Jahre schilderte. Darauf verlas der geschäftsführende Secretär des Vereins, Dr. A. Ucke, die Namen der aus Anlass der Jubiläumsfeier erwählten Ehrenmitglieder des Vereins, indem er kurz ihre Verdienste um die Wissenschaft hervorhob und ihre Tätigkeit schilderte. Zu Ehrenmitgliedern erwiesen sich als erwählt: Prof. Ehrlich (Frankfurt a. M.), Prof.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Metschnikoff (Paris), Prof. J. Pawloff (St. Petersburg), Prof. K. Dehio (Dorpat), Dr. W. Kernig (St. Petersburg). Hierauf folgten die Begrüssungsansprachen. Indem Dr. W. Kernig in warm empfundenen Worten für seine Wahl zum Ehrenmitglied dankte, sprach er dem Verein seinen herzlichen Glückwunsch im Namen des Deutschen ärztlichen Vereins aus, der den jüngeren Brüderverein durch Ueberreichung eines Ehrengeschenks auszeichnete. Im Namen der 3 deutschen Hospitäler in St. Petersburg hielt der Director des Alexanderhospitals, Dr. H. Westphalen, eine schwungvolle Rede, in welcher er den Verein zur Vollendung seines fünfzigjährigen Bestehens Glück wünschte. Im Namen der Redaction der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift brachte Dr. F. Dörbeck dem Verein einen Glückwunsch dar. Nach Schluss der Sitzung versammelten sich die Vereinsmitglieder zu einem Festmahl, das unter ernsten und heiteren Reden überaus lebhaft verlief. Es ist anzunehmen, dass alle Teilnehmer am Feste den Tag in dankbarer und freudiger Erinnerung behalten werden.

— Der Verein Baltischer Aerzte, der sich constituiert hat, um alle drei Jahre einen Congress von Aerzten aus allen drei baltischen Provinzen abzuhalten, hat am 18. März a. c. die obrigkeitliche Bestätigung erlangt.

Der Congress soll noch in diesem Jahr, und zwar Ende August oder Anfang September in Dorpat zum ersten Mal zusammentreten. Zum Präsidenten des ersten Congresses ist Professor C. Dehio erwählt worden. Die vorher bestimmten Hauptreferate und der Termin des Congresses werden in allernächster Zeit bekannt gemacht werden. Etwaige Anfragen sind an das ständige Kongressbureau, Riga, Nikolaistrasse 20, Q. II. zu richten.

— Zum ersten allrussischen Congress der Fabrikärzte sind bereits 80 Vorträge angemeldet worden, und die Zahl der Teilnehmer ist auf 300 gestiegen. Der Congress soll am 1. April im Dumagebäude mit einer Rede des Präsidenten des Vereins der Fabrikärzte eröffnet werden, welche die Bekämpfung der Cholera zum Gegenstande haben wird.

— Dem Moskauer Comitee zur Bekämpfung der Trunksucht ist es gestattet worden, in Moskau den ersten Antialcoholcongress einzuberufen.

— Der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie zu St. Petersburg, Dr. S. Grusdew, ist von der medicinischen Facultät der Universität zu Charkow zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie erwählt.

— Der Corpsarzt des 22. Armeecorps, Dr. Sawizkij ist zum Militär-Medicinal-Inspector des Warschauer Militärbezirks ernannt; der Consultant der Odessaer Militärhospitals, Dr. Lasarewitsch, zum Corpsarzt des 22. Armeecorps, der Brigadearzt der 48 Reserveinfanteriebrigade, Dr. Franzius, zum Corpsarzt des 10. Armeecorps.

— Zur Bewerbung um den Lehrstuhl der medicinischen Chemie an der Militärmedicinischen Akademie, hatten sich 5 Candidaten gemeldet. Nach dem Ballotement erwies sich als erwählt der Privatdocent der Akademie, Dr. M. D. Iljin.

— Vom 19. bis 22. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze (Bonn) der Congress für innere Medicin tagen. Die Sitzungen finden im Paulinenschlösschen, Sonnenbergerstrasse 3a, statt. Das Bureau befindet sich ebendaselbst. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes actuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: Der Mineralstoffwechsel in der klinischen Pathologie. Referent: Herr Magnus-Levy (Berlin). Hierzu findet ein Vortrag des Herrn Widal (Paris): Die therapeutische Dechloruration statt. Am dritten Sitzungstage: Mittwoch, den 21. April 1909 wird Herr Head (London) einen Vortrag über Sensibilität und Sensibilitätsprüfung halten.

Weitere Vorträge sind u. a. angemeldet und zwar über:

Kreislaufkrankheiten von den Herren v. Bergmann und Plesch, Hering, Homberger, Külbs, Lüdke, Otfried Müller, Friedel Pick, Rumpf, J. Strasburger, Strobel, Strauss.

Ueber Lungenkrankheiten und Athmung von den Herren Bauer, Bönninger, Engel, Fischer, Goldscheider, Schilling.

Ueber Nervenkrankheiten von den Herren Naegeli-Naef, Schönborn, A. Siegmund.

Ueber Verdauung von den Herren A. Bickel, Lenhartz, Determann und Weingärtner, Kirchheim, Mohr und Beuthenmüller, Plönies, Rodari, Schütz — und eine grosse Reihe von Vorträgen aus verschiedenen Gebieten.

— Der 5. Congress der Deutschen Röntgengesellschaft findet am 18. April in Berlin, Langenbeckhaus, Ziegelstrasse 10—11, statt. Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet: Prof. Albers-Schönberg, Hamburg. Die Behandlung der Myome und anderer Erkrankungen des Uterus mittelst Röntgenstrahlen. Priv.-Doc. C. Klieneberger, Königsberg. Empyem und Pyopneumothorax. Dr. Gocht, Halle a. S.: a) Röhrenuntersuchungen; b) Ueber Röntgenbilder; c) Röntgen-Schädigungen; d) Kleinere technische Neuerungen. Heinz Bauer, Berlin. Ueber einige constructive Neuerungen (mit Demonstrationen). Dr. Fürstenau, Charlottenburg: Ueber Röntgentiefenmesser. Prof. Kromayer, Berlin: Röntgendosierung in Theorie und Praxis. Dr. Försterling, Mörs: Wachstumsstörungen nach Röntgenbestrahlungen. Dr. H. E. Schmidt, Berlin: Zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf Menstruation und Gravidität beim Menschen. Dr. Gottschalk, Stuttgart: Zur Behandlung des Asthma bronchiale mit Röntgenstrahlen. Prof. Voelker, Heidelberg: Röntgenographie des Nierenbeckens. Dr. B. Alexander, Kesmark: Ueber Röntgenbilder. Dr. Settegast, Berlin: Fractur des Calcaneus und röntgenographische Diagnose derselben. P. H. Eykmann, Scheveningen, Holland: a) Ueber Röntgenplatten; b) Neue Anwendung der Stereoskopie. Dr. Destot, Lyon: Nouveau procédé de radiographie instantanée. Dr. Alex Schmidt, Altona: Knochenbilder bei Osteopsathyrosis und bei Chondrodystrophie. Dr. Groedel III, Nauheim: Röntgenkinematographie. Dr. M. Cohn, Berlin: Blenden-Apparat zur präcisen Untersuchung der angeborenen Hüftluxation. Dr. F. Wohlauer, Charlottenburg: Die Structur rachitischer Knochen im Röntgenbild (mit Projectionen). Prof. H. Rieder, München: Thema vorbehalten. D. v. Saar, Graz: Ueber den röntgenologischen Nachweis von Glassplittern. Dr. Biesalski und Dr. Kohler, Berlin: Ueber Röntgenkinematographie (mit Projectionen). Dr. Thiemann, Jena, Juvenile Epiphysenstörungen. Prof. B. Walter, Hamburg: Ueber die Messung der Intensität der Röntgenstrahlen. Dr. Grashey, München: Demonstrationen. Prof. Grunmach, Berlin: a) Ueber stereoskopische Röntgenuntersuchung innerer Organe; b) Ueber Röntgendiagnostik bei Verbildungen des Kopfes. Dr. F. Haenisch, Hamburg: Röntgendiagnostik der Hydronephrose. Dr. Abbot, Berlin: Röntgenbilder aus der Zahnheilkunde (mit Projectionen). Dr. Levy-Dorn, Berlin: a) Ein neuer Kassetten- und Schirmhalter; b) Methodisches (Projectionsvortrag). Dr. Levy-Dorn, und Dr. Hessmann: Zur Teleröntgenographie. Dr. Hessmann, Berlin: Tiefenbestrahlung in unmittelbarem Anschluss an die Operation. Dr. Immelmann, Berlin: a) Verbessertes Leppersches Radiometer; b) Demonstration seltener Röntgenbefunde; c) Fibrolysin (Merck) bei Hautverhornung (chron. Röntgendermatitis). Dr. Schürmayer, Berlin: a) Jonen-Elektronen: Theorie und Röntgenographie (Vortrag mit Demonstration von Diapositiven); b) Beiträge zur Röntgenoskopie und Röntgenographie der Erkrankungen des Verdauungstractus. Prof. Krause, Jena: a) Ueber schwere nervöse und psychische Störungen nach Röntgenverbrennung; b) Zur Röntgendiagnose der Calcinosis interstitialis multiplex (mit Projectionsbildern). Dr. Friedrich, Jena: a) Beiträge zur Röntgendiagnose der Knochensyphilis (mit Projectionsbildern); b) Ueber einen schwer zu deutenden Röntgenbefund in der Tibia einer an vasomotorischer Neurose leidenden Patientin (mit Projectionsbildern). Dr. Forsell, Stockholm: Ueber die Radiologie der endogenen Prostataconcremente. Dr. Lüppo-Cramer, Frankfurt a. M.: Photochemische Vorgänge in der Röntgenographie. Dr. Muskat, Berlin: Angeborene familiäre Kontractur des kleinen Fingers. Dr. Krukenberg, Elberfeld: Gehirnschädigung durch Röntgenbestrahlung. Dir. Dessauer, Aschaffenburg: a) Eine neue Methode der Röntgen-Aufnahme; b) Röntgenaufnahmen in sehr kurzen Zeiten. Ing. Rodde, Hamburg: Vorführung neuer Röntgenröhrentypen und Ventilröhren. Dr. F. Davidsohn, Berlin: Ueber Entwickelung und Bestrahlung von Röntgenplatten. Dir. Grisson, Berlin: a) Ueber das Wesen der Röntgenstrahlen und die Bedeutung der Stromkurve, b) Neues über Röntgenröhren, Schnellaufnahmen und Nebenapparate. Dr. Béla Simonyi, Budapest: Demonstration eines kombinierten Durchleuchtungsstatives und Untersuchungstisches. Dr. Max Scheier, Berlin: Zur Physiologie der Stimme und Sprache nach Momentaufnahmen des Kopfes mit dem Grissonator (mit Demonstration). Ing. Klingelfuss, Basel: Die Aenderung der Röntgenstrahlenhärte durch die elektrische Spannung bei einer Röntgenröhre.

Herr Dr. Immelmann ladet die Teilnehmer zur Besichtigung seines Laboratoriums, Lützowstr. 72, für Freitag, den 16. April, nachmittags 6 Uhr, ein. Die Firma Reiniger, Gebbert, Schall-Hirschmann demonstriert ihr neues Ideal-Röntgen-Instrumentarium am Sonnabend, den 17. April, nachmittags 6 Uhr, Ziegelstr. 30. Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Bier, Ziegelstrasse 5/9, Aufnahme.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Der 5. Internationale zahnärztliche Congress, verbunden mit einer Ausstellung für Zahnheilkunde findet am 23.—28. August in Berlin statt.

— Der 6. Internationale Congress für Psychologie findet vom 3. bis zum 7. August 1909 in Genf statt. Folgende Themata sind in das Programm aufgenommen: Die Gefühle, Ref. O. Külpe (Würzburg) und P. Sollier (Paris). — Das Unbewusste. Ref. M. Dessoir (Berlin), P. Janet (Paris) und Mirton Prince (Boston). — Die Messung der Aufmerksamkeit. Ref. Patrizi (Modena) und Zischer (Berlin). — Psychologie der religiösen Erscheinungen. Ref. Höffding (Kopenhagen) und Leuba (Bryn-Mawr). Ferner sollen folgende Fragen erörtert werden: Pädagogisch-psychologische Einleitung der geistig zurückgebliebenen Kinder. Die Methodenlehre der pädagogischen Psychologie. Die Tropismen. Die Fernorientierung. Die Wahrnehmung der Lage und Bewegungen unseres Körpers und unserer Glieder. Die psychologische Terminologie. Fehlerberechnung bei Aussageexperimenten, der Altersangaben bei kindespsychologischen Mitteilungen u. a. — Anmeldungen sind an den Generalsecretär des Congresses Dr. Ed. Claparède, Genève, 11 avenue de Champel zu richten.

— Der «Deutsche Ausschuss für die gesundheitlichen Einrichtungen in den Cur- und Badeorten» hat auf Anregung von Dr. Dietrich eine Specialcommission mit den Vorarbeiten für die Gründung eines «Centralinstituts für Balneologie» betraut. Die Aufgaben des Instituts, welches voraussichtlich in Frankfurt a. M. errichtet werden wird, werden in folgendem bestehen: das Centralinstitut soll durch Förderung der balneologischen Wissenschaft und Praxis dem öffentlichen Interesse dienen. Die wissenschaftliche Forschung gliedert sich in 1) einen analytischen Teil: Feststellung und Erforschung des Tatbestandes der Curmittel, Quellenbeobachtungen, geologische, quellentechnische, chemisch-physikalische, bacteriologische, meteorologische, klimatologische, orographische, seismographische Beobachtungen in Theorie und Praxis; 2) einen physiologisch-biologischen Teil: Feststellung und Erforschung der Wirkungen der balneologischen Curmittel auf den gesunden Organismus; 3) einen therapeutischen Teil: Erforschung der Verwendbarkeit sämtlicher Curmittel als Heilmittel für den kranken Organismus; 4) einen technischen Teil: Feststellung der gesamten Betriebstechnik im Badewesen, Cur- und Brunnenbetrieb und Erforschung des Einflusses der Betriebstechnik auf die Curmittel. Ferner soll im Centralinstitut durch Specialcurse und practische Uebungen Unterricht in allen Gebieten der Balneologie erteilt werden. Die Aufgaben des Instituts sind zu lösen teils durch Sammlung, Sichtung und Zusammenstellung aller einschlägigen anderweitigen Untersuchungen und Erfahrungen. Die Commission hat schon ein umfangreiches Arbeitsprogramm zusammengestellt und zu dessen Einzelheiten eine ausführliche Begründung gegeben. (Monatsschr. f. d. physikalisch-diätetischen Heilmethoden, 1909, Heft 4).

— Dr. R. Stern a. o. Professor und Director der medicinischen Poliklinik in Breslau ist zum Nachfolger Prof. Minkowskis als o. Professor und Director der medicinischen Klinik in Greifswald in Aussicht genommen.

— Der Privatdocent an der Universität Breslau, Dr. Ed. Müller ist als Nachfolger von Prof. Schwenkenbecher zum a. o. Professor der inneren Medicin an die Universität zu Marburg berufen.

— Der Professor der pathologischen Anatomie an der Universität zu München, H. Bauer, hat den Ruf als o. Professor der pathol. Anatomie und Director des pathol. Instituts an der Universität zu Jena angenommen.

— Die von Prof. W. Winternitz begründeten «Blätter für klinische Hydrotherapie» erscheinen seit dem Januar d. J. in neuer Folge unter dem Titel «Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis» unter ständiger Mitarbeit einer stattlichen Reihe z. T. hervorragender Therapeuten unter der Redaction der DDr. Julian Marcuse (Partenkirchen-München) und Alois Strasser (Wien) im Verlage von J. F. Lehmann in München. Die ersten 4 Hefte enthalten eine Fülle interessanter Originalarbeiten aus dem einschlägigen Gebiet, die mit Berücksichtigung der practischen Interessen abgefasst sind, ferner Congress- und Vereinsberichte, sehr sorgfältig zusammengestellte Referate von Journalartikeln, welche Fragen der physikalisch-diätetischen Behandlungsmethoden behandeln, und Besprechung von Büchern. Den Schluss bilden «Therapeutische Notizen» und «Mitteilungen». In dem «zur Einführung» verfassten Artikel weisen die Redacteure darauf hin, dass, wie die «Monatsschrift» die Erbschaft der seit 18 Jahren bestehenden von W. Winternitz begründeten «Blätter f. kl. Hydr.» antreten, sie auch die «Tradition» beibehalten, «die Hydrotherapie zum Ausgangspunct aller physikalischen Bestrebungen zu nehmen», an welche sich die Luft- und Diätotherapie, Elektro- und Radiotherapie, Gymnastik, Massage und Psychotherapie anreihen.

— Am 31. März erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 4 Personen, starb 1, in Behandlung verblieben 41 Personen. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10304 Personen erkrankt, 4006 gestorben und 6257 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 8. bis zum 14. März 1909 612 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 45, Typh. exanth. 5, Febris recurr. 79, Pocken 11, Windpocken 10, Masern 171, Scharlach 90, Diphtherie 92, acut. Magen-Darmkatarrh 19, Cholera 22, an anderen Infectionskrankheiten 68.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12623. Darunter Typhus abdominalis 510, Typhus exanth. 26, Febris recurrens 339, Scharlach 298, Masern 136, Diphtherie 146, Pocken 51, Windpocken 1, Cholera 67, crupöse Pneumonie 131, Tuberculose 620, Influenza 271, Erysipel 92, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 89, Lepra 0, Syphilis 548, venerische Krankheiten 320, acute Erkrankungen 2131, chronische Krankheiten 1727, chirurgische Krankheiten 1482, Geisteskrankheiten 3222, gynäkologische Krankheiten 252, Krankheiten des Wochenbetts 46, verschiedene andere Krankheiten 107.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 823 + 39 Totgeborene + 53 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 8, Typh. exanth. 3, Febris recurr. 1, Pocken 6, Masern 29, Scharlach 16, Diphtherie 14, Keuchhusten 3, crupöse Pneumonie 50, katarrhalische Pneumonie 107, Erysipelas 4, Influenza 9, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 2, Tuberculose der Lungen 118, Tuberculose anderer Organe 30, Dysenterie 0, Cholera 3, Magen-Darmkatarrh 40, andere Magen- und Darmerkrankungen 44, Alcoholismus 3, angeborene Schwäche 48, Marasmus senilis 28, andere Todesursachen 249.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 14. bis zum 20. Februar 28 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest: In Britisch-Ostindien erkrankten vom 14. bis zum 20. Februar 4080 Personen an der Pest, starben 3087. — In Djedda erkrankten vom 8. bis zum 14. März 20 Personen, starben 16. — In Aegypten erkrankten vom 13. bis zum 19. März 6 Personen, starben 5. — In Osaka (Japan) wurde am 1. Februar 1 Pestfall constatiert. — In Rio de Janeiro (Brasilien) erkrankten vom 21. December bis zum 14. Februar 35 Personen an der Pest, starben 18. — Auf der Insel Mauritius erkrankten vom 8. Januar bis zum 4. Februar 9 und starben 6 Personen.

— Der Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift ist von der hiesigen Nikolai-Akademie des Generalstabs eine Zuschrift zugegangen, in welcher die Aufforderung zum Sammeln von Beiträgen zwecks Errichtung eines Denkmals dem verstorbenen General M. D. Skobelew enthalten ist. Eine vom Chef der Generalstabsakademie General Schtscherbatschew unterzeichnete Subscriptionliste ist zum Eintragen von Spenden beigelegt.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 15. Februar in Kaluga am Flecktyphus Dr. A. Lutschew, geb. 1849, Arzt seit 1875; 2) am 14. März in Grosnyi (Kaukasus) am Flecktyphus Dr. N. Sonn, geb. 1869, Arzt seit 1896; 3) am 15. März in Zarizyn (Gouv. Ssaratow) am Flecktyphus Dr. A. G. Abramowitsch; 4) in Nowgorod Dr. E. Lebedew, geb. 1851, Arzt seit 1880. Er wurde von seiner Frau erschossen. 5) Der bekannte Chirurg, Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Karolahauses in Dresden, Dr. von Mangoldt.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. April 1909.

Tagesordnung: Dr. O. Moritz: Ueber Herzarhythmien.
Geschäftliche Sitzung:
Beratung über den Entwurf eines neuen Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. April 1909.

Tagesordnung: Dr. C. Wiedemann: Ueber Eklampsie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 15 St. Petersburg, den 11. (24.) April 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ein Fall von doppelseitiger combinierter Serratuslähmung nach Typhus.

Von

T. O. Schabad.

(Nach einer Demonstration in der Wilnaer Medicinischen Gesellschaft vom 12. September 1908.)

Die Aetiologie der Neuritiden ist bekanntlich eine sehr mannigfaltige. Traumata, verschiedene Gifte (Blei, Arsenik, Quecksilber), Erkältungen, Infectionskrankheiten, und zwar nicht nur acute, wie Masern, Scharlach, Diphtherie, Typhus, Influenza, Cholera etc., sondern auch chronische, wie Syphilis, endlich die constitutionellen Erkrankungen, wie die Gicht, der Diabetes, können eine Entzündung dieser oder jener Nerven hervorrufen und eine Lähmung der von ihnen versorgten Muskeln verursachen.

Das Bild einer derartigen Lähmung gestaltet sich sehr verschiedenartig, und jeder Fall trägt sein besonderes Gepräge.

Die einen Gifte oder Infectionskrankheiten rufen nämlich eine Neuritis von bestimmter Localisation hervor, indem sie auf eine gewisse Nervengruppe sozusagen electiv wirken. Andere Infectionskrankheiten dagegen zeigen diese Vorliebe für eine bestimmte Gruppe nicht.

Die Neuritis im Verlaufe eines Typhus oder während der Reconvalescenz gehört gerade nicht zu den seltenen Erkrankungen. Bei der grossen Verbreitung des Typhus bei uns hat wohl jeder Arzt Gelegenheit gehabt, solche Fälle zu beobachten. Meistenteils jedoch sind die unteren Extremitäten der Lieblingssitz dieser posttyphösen Neuritiden (Curschmann, Der Unterleibstyphus 1902, Nothnagels spec. Path. u. Ther. IV. 1. S. 262). Ich selbst sah einige Fälle von Peroneuslähmung nach Abdominaltyphus; beim Flecktyphus sind sie viel seltener (wenn man nicht die Fälle von Thrombenbildung und die Embolien mitzählen will), allein eine posttyphöse Neuritis des Plexus brachialis habe ich bis jetzt noch nicht beobachten können. In der Literatur sind allerdings vereinzelte Fälle von Lähmung des Nerv. thoracic. long., des N. medianus und anderer Nerven der oberen Extremität nach Typhus beschrieben worden (Nothnagel, Eulenburg u. a.).

Was die peripheren Lähmungen der Nerven des Plexus brachialis im allgemeinen betrifft, so muss man sagen, dass in der Praxis am häufigsten nur partielle Paralysen des Plexus brachialis vorkommen, und zwar werden sie entweder in der Form des Duchenne-Erbschen Typus, (wobei hauptsächlich die grossen Muskeln des Ober- und Vorderarmes ergriffen sind), oder unter dem Bilde der Klumpkeschen Lähmung beobachtet, die die kleinen Muskeln der Hand bevorzugt. Isolierte Lähmungen einzelner Nerven gehören zu den Seltenheiten; meistens sind sie mit einer mehr oder weniger deutlichen Paralyse benachbarter Nerven combiniert.

Unser Fall stellt eine solche doppelseitige combinierte periphere Lähmung speciell des M. serratus antic. maj. (N. thorac. long.) und des M. supra- und infraspinatus (N. supraclavicularis) vor. Das Krankheitsbild der Serratuslähmung ist dabei so schön ausgeprägt, dass ich schon deshalb den Fall demonstrieren zu müssen glaubte.

Die Aetiologie ist in unserem Falle etwas dunkel. Patient ist ein 28-jähriger Musikant, der in einem Orchester den Bass streicht. Er ist verheiratet und früher nie krank gewesen, nur bisweilen litt er an Kopf- und Magenschmerzen. Er spielt meistens nachts (in Caféchantants); bei Tage schläft er.

Am 25. März erkrankte er acut mit Fieber. Ich sah ihn damals nur ein einziges Mal — es behandelten ihn nämlich andere Aerzte — und stellte die Diagnose: Flecktyphus. Ueber Schmerzen in den Extremitäten klagte er dann nicht. Etwa am 9. Tage fiel die Temperatur unter starkem Schweissausbruche ab. Als er 5 Tage später das Bett verliess, traten heftige Schmerzen in beiden Schultern auf, und er fühlte eine Abgeschlagenheit und Schwäche in den oberen Extremitäten, hauptsächlich im Schultergürtel. Der Zustand besserte

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sich langsam, so dass er nach 2 Monaten seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte.

Zu mir kam er das erste Mal am 24. August. Seit dieser Zeit bis zum 12. September hat sich der Zustand nur wenig geändert.

Status praesens: Patient ist von mittlerem Wuchse und mässigem Fettpolster und wiegt 158 russ. Pf. (er hat während der Krankheit sogar zugenommen). Lungen und Herz sind normal. Er klagt über Uebelkeit und Magendruck; manchmal erbricht er. Das Erbrechen erfolgt während oder doch nur kurze Zeit nach dem Essen und ist von der Qualität der Speisen unabhängig. Diese Beschwerden gehen jedoch auf Belladonna bald zurück.

Die Nerven und Muskeln der unteren Extremitäten, des Rumpfes und des Kopfes, sowie die Sensibilität sind normal. Der Hals ist etwas länger als gewöhnlich. Beide Acromia sowohl als auch beide Schultern stehen niedriger als normal (Fig. I). Die unteren Winkel der

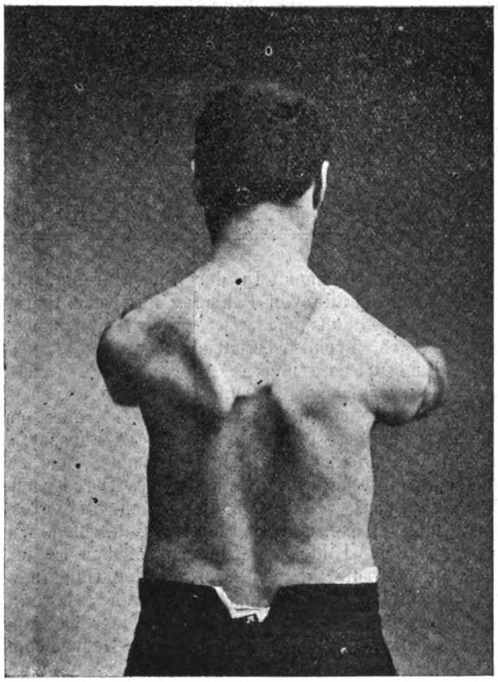


Fig. 1.

Schulterblätter nähern sich der Wirbelsäule bedeutend mehr (6 ctm.) als die oberen (8 ctm.), sodass die inneren Ränder der Schulterblätter schräg von oben aussen nach innen unten verlaufen. Ausserdem stehen die unteren Winkel der Schulterblätter etwas vom Brustkorb ab. Die Fossae supra- und infraspinatae sinistrae, sind deutlich ausgeprägt. Schon die äussere Besichtigung des Kranken (Fig. II) lässt die Diagnose vermuten. Letztere gewinnt an Sicherheit, wenn man eine Functionsprüfung der einzelnen Muskeln vermittelst bestimmter Bewegungen vornimmt.

Pat. atmet regelmässig; die Brustmuskulatur functioniert gut. Der Kranke hebt die Schultern bei herabhängenden Oberarmen ohne Schwierigkeit hoch, zieht die Schulterblätter an die Wirbelsäule heran und kann die Brust vorwölben; der M. cucullaris erfüllt also seine Aufgabe gut. Seine obere Portion lässt sich gut abtasten; seine mittlere und untere Partie scheint jedoch etwas paretisch zu sein; denn das Acromion wird nicht so fixiert wie in der Norm, die inneren Ränder der Schulterblätter stehen etwas weiter als normal von der Wirbelsäule ab, ausserdem fixiert der Muskel den oberen inneren Winkel und den inneren Rand des Schulter-

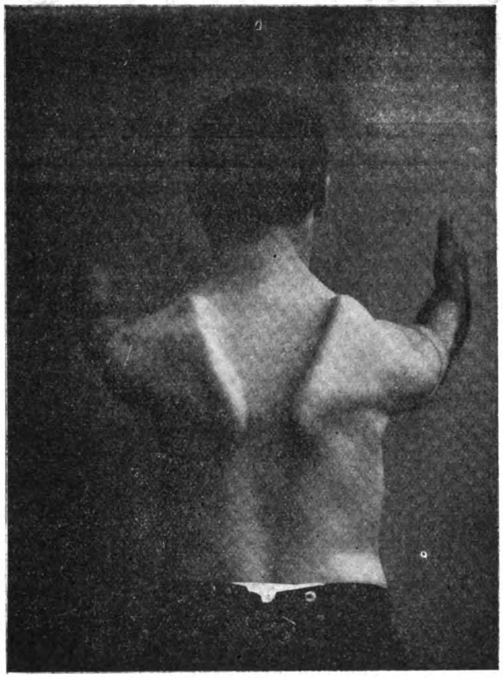


Fig. 2.

blattes nur schwach. Infolgedessen leistet auch der Deltoideus nur schwachen Widerstand, wenn man auf den abducierten Oberarm einen Druck von oben ausübt

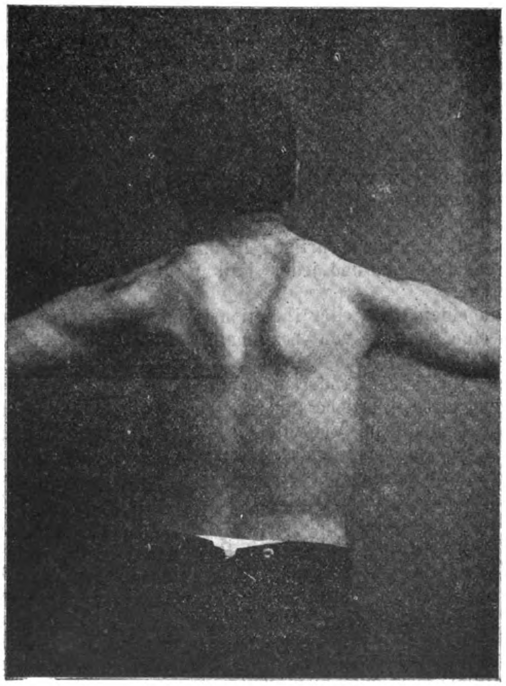


Fig. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder die zur Horizontalen nach vorn gestreckten Oberarme gewaltsam abducieren will. Abduciert Pat. die Arme bis zur Horizontalen (Fig. III) (was nur mit Hilfe des Deltoideus möglich ist), so nähern sich die unteren Winkel der Schulterblätter noch mehr der Wirbelsäule, während ihre inneren Ränder noch weiter vom Brustkorb abstehen; dabei stülpen sich die contrahierten M. cucullar. und rhomboid. höckerförmig vor. Ueber die Horizontale hinaus kann Pat. den Arm nicht heben. Es gelingt ihm nur teilweise dann, wenn man mit der Hand den unteren Winkel des Schulterblattes von innen nach aussen schiebt und so die Wirkung des Serratus ersetzt. Pat. kann aber andererseits auch einen Arm hochheben, wenn er den Rumpf in die andere Seite hinüberwirft und dabei mit der Hand eine Schleuderbewegung vornimmt. Dabei tritt, wie Erb nachgewiesen hat, eine unbedeutende Luxation des Humeruskopfes nach unten ein. Aus diesem Grunde kann aber dem Patienten eine solche Bewegung mit beiden Armen zugleich nicht gelingen. Noch prägnanter tritt die Paralyse der MM. serrati hervor, wenn der Kranke beide Arme auszustrecken versucht (Fig. IV). Beide Schulterblätter stehen

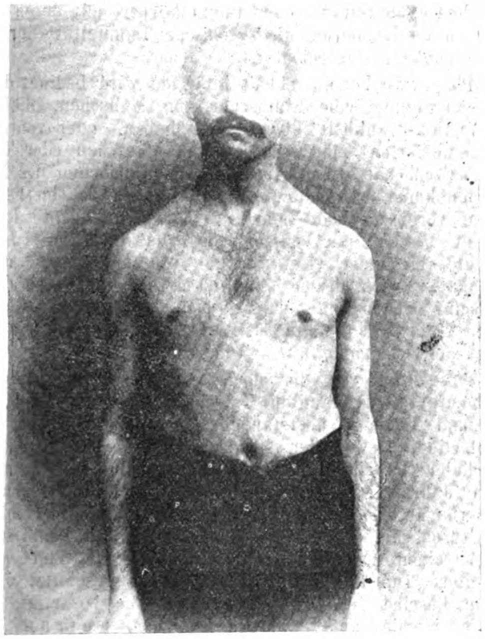


Fig. 4.

dann soweit vom Brustkorbe ab, dass in der nun hinten gebildeten Höhlung eine Hand bequem Platz finden kann. Hierbei sind alle diese Symptome links deutlicher ausgeprägt als rechts. Die Hände auf der Brust zu kreuzen ist der Kranke gut imstande, obwohl nach Bernhard Kranke mit doppelseitiger Serratuslähmung das nicht sollen fertig bringen können (Die Erkrankungen der peripherischen Nerven, Wien 1895 I. S. 316).

Die nicht stark ausgesprochene Atrophie der Schulterblattmuskulatur, die an der Abflachung der Fossa supra- und infraspinata zu erkennen ist, beunruhigt den Kranken verhältnismässig wenig, weil er durch sie nur wenig in seinen Bewegungen beschränkt wird. Ihre Aufgabe besteht nämlich darin, den Oberarm nach aussen zu rotieren; dasselbe tut aber auch der M. teres minor, der gut entwickelt ist und gut functioniert.

Die übrigen Muskeln sind normal. Der Kranke hebt den Arm bis zur Horizontalen, streckt ihn nach vorn und nach hinten (M. deltoideus), adduciert kräftig, leistet ziemlich kräftigen Widerstand, wenn man die Arme nach

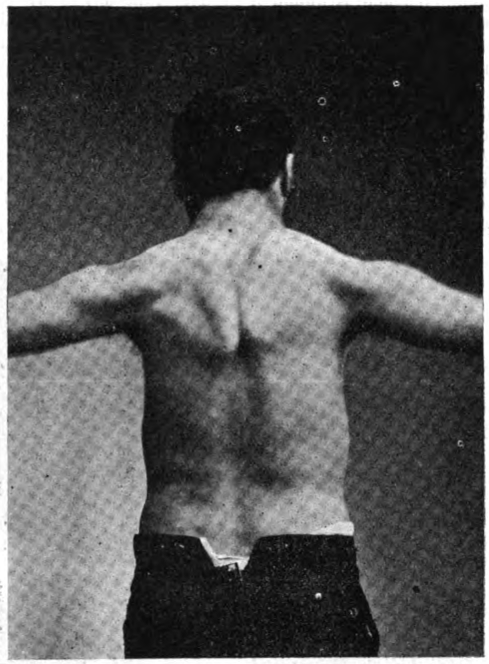


Fig. 5.

vorne abducieren will (M. M. pectorales maj.), streckt sie gut nach hinten (M. M. latiss. dorsi) etc. Der M. subscapularis functioniert ebenfalls normal. Pat. rotiert

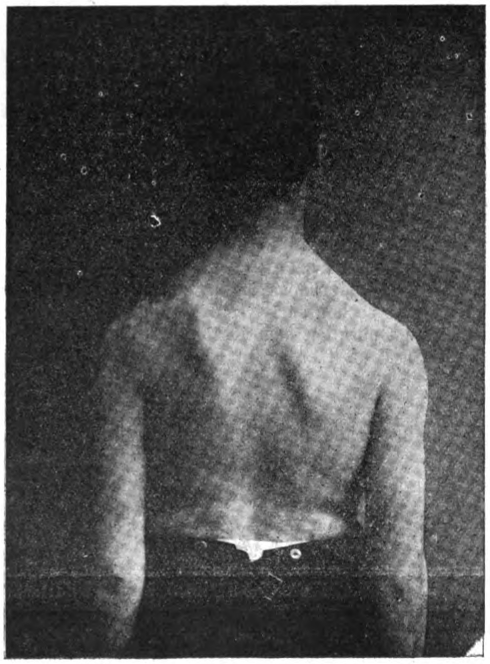


Fig. 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Oberarm gut nach innen. Beim Atmen ist kein Reibegeräusch (infolge Scheuerns des Schulterblattes am Brustkorb) zu hören, wie es gewöhnlich bei der Atrophie dieses Muskels zu hören sein soll.

Ich habe den Kranken 3 Monate lang mit Elektricität, Massage, Wannen, As. Injectionen behandelt, jedoch ohne jeden Erfolg. Die Atrophie der MM. serrati schien im Gegenteil dabei noch Fortschritte zu machen. Auf der Photographie, die im December aufgenommen ist, sieht man, wie bei der Abduction der Arme bis zur Horizontalen (Fig. V.) die unteren Winkel der Schulterblätter sich sogar berühren und dabei einen Kanal bilden, in dem ein Finger bequem Platz findet. Beim Ausstrecken der Arme nach vorn (Fig. VI) und beim Versuch, sie hoch zu heben (Fig. VII), tritt die Atrophie

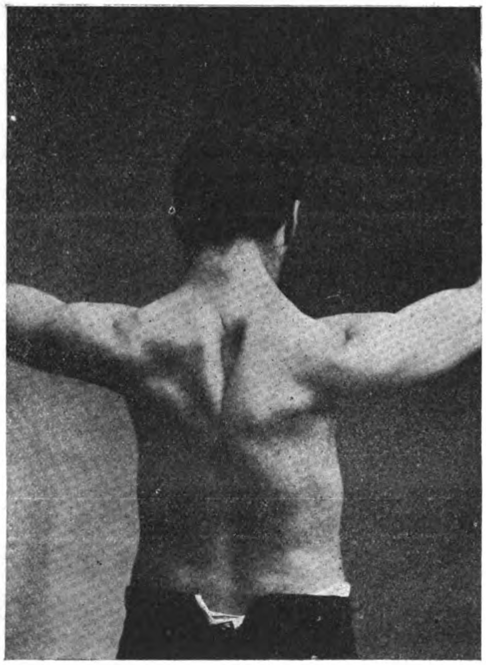


Fig. 7.

der MM. Serrati noch stärker als vorher (Figg. III u. IV) zu Tage.

In Anbetracht der Machtlosigkeit der gewöhnlichen Therapie in unserem Falle halte ich die Muskeltransplantation nach Samter (Deutsche Medic. Wochenschr. Nr. 21, 1907) oder noch besser nach Katzenstein (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1908) für indiciert und habe diese Operation dem Kranken vorgeschlagen, indem ich ihn an Prof. Lexer in Königsberg überwies.

Zur Frage der Choleraschutzimpfung.

Von

Dr. V. Pallop.

(Vortrag, gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetage in Reval im December 1908).

M. H. Im Kampfe gegen einen der ärgsten Feinde der Menschheit, die Cholera, die auf ihrem traurigen Siegeszuge in diesem Jahre auch einige Puncte der baltischen Provinzen heimsuchte, begann mit der epochemachenden Entdeckung des unermüdlichen Forschers R. Koch eine neue Aera: 1883 ward von ihm der Erreger der Cholera, der Kommabacillus, gefunden, durch nachfolgende zahllose Untersuchungen ist die ätiologische Bedeutung der Choleravibrionen bei Cholerakranken gegenwärtig unumstösslich dargetan, und die bacteriologische Choleradiagnose ist heutzutage die Grundlage des Bekämpfungssystems der Cholera geworden. Bald nach der Entdeckung des Choleravibrio nahm die Choleraforschung das Immunitätsproblem experimentell in Angriff. Es würde mich zu weit führen, wollte ich die ganze Immunitätslehre vor Ihnen hier aufrollen, die ja in ein specielles Capitel der Medicin hineingehört, ich möchte nur erwähnen, dass die grundlegende Lehre von der Giftfestigung, geschaffen von Behring und Kitasato, und spätere Arbeiten von R. Pfeiffer, Wassermann, Issaeff und Kolle, Tatsachen zu Tage gefördert haben, die practische Verwertung in der Schutzimpfung gegen Cholera gefunden und dieselbe wissenschaftlich begründet haben.

Wir unterscheiden zwei Arten von Immunität, eine active und eine passive.

Active Immunität wird erworben durch Einverleibung von Krankheitserregern oder ihrer Gifte in den Organismus eines Individuums. Die dadurch hervorgerufene erhöhte Zelltätigkeit (Reaction) erzeugt die specifischen Schutzstoffe oder Immunkörper, mit deren Auftreten im Blutserum die specifische Immunität oder Unempfänglichkeit erreicht ist.

Passive Immunität hingegen wird bedingt durch Uebertragung von Blutserum von Menschen, die eine Infectionskrankheit überstanden haben, oder von activ immunisierten Tieren auf gesunde Menschen oder Tiere. Practisch hat diese Art der Immunisierung des Menschen keine Anwendung gefunden, da es sich hierbei um eine vorübergehende Immunität handelt, d. h. die Immunität besteht nur solange, wie das fremde Serum im Blute circuliert, also einige Wochen bis höchstens Monate; nach dieser Zeit ist dasselbe aus dem Organismus wieder eliminiert. Hier in der uns interessierenden Choleraschutzimpfungsfrage haben wir es nur mit der activen Immunität zu tun.

Ausgehend von der noch vor der Entdeckung des Choleravibrio bekannten Tatsache, dass Menschen, die einmal Cholera überstanden, immun sind gegen neue Infection, stellte der spanische Arzt Ferran, ein Schüler Pasteurs und beeinflusst von dessen Ideen, im Jahre 1884 als erster Immunisierungsversuche an Tieren an. Er behandelte Meerschweinchen mit Bouillonculturen, die er aus Choleradejecten gewann, und stellte bei seinen Experimenten fest, dass seine Tiere gegen weitere Infection mit tödlicher Dosis geschützt waren. Um dieselbe Zeit brach in Spanien eine bösartige Choleraepidemie aus, während welcher Ferran seine Schutzimpfungen auch an Menschen vornahm. Er impfte ca. 40000 Menschen. Leider haben seine Versuche so gut wie gar keinen wissenschaftlichen Wert, da er mit unreinen Culturen arbeitete und nicht imstande war, richtige Schlüsse aus seinen Beobachtungen zu ziehen. Jedenfalls aber kann ihm das unumgängliche Verdienst nicht abgesprochen werden, als erster auf die massenhafte Immunisierungsmöglichkeit von Menschen bei Cholera hingewiesen zu haben.

Nach einer ungefähr 10-jährigen Pause machte sich Haffkin 1894 wieder an die Lösung der Choleraschutzimpfungsfrage. Er ging von dem Princip Pasteurs, der gegen verschiedene Krankheiten, wie Milzbrand, Hundswut u. a. 2 Vaccine von verschiedener Stärke empfahl, aus und immunisierte mit einem schwächeren und einem stärkeren Vaccin. Das schwächere stellte er aus Reinculturen her, die bei 39° C. gezüchtet und durch fortgesetztes Uebertragen auf künstliche Nährböden abgeschwächt worden waren. Das stärkere

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vaccin bestand aus einer Cultur, das in Folge von Passage durch eine Reihe von Meerschweinchen eine grosse Virulenz erlangt hatte. Er injicierte in 5—10 tägigen Interwallen gleiche Dosen (den 100-ten bis zum 10-ten Teil einer Wasseraufschwemmung) zuerst des I, dann des II Vaccins, und war mit seinen Resultaten, auf die wir später ausführlich zurückkommen werden, sehr zufrieden.

Aber weder Ferran noch Haffkin haben die durch die Immunisierung entstehenden specifischen Schutzstoffe im Blute nachgewiesen. Erst Kolle 1896 hat die exacte wissenschaftliche Begründung der Haffkinschen Schutzimpfungsmethode erbracht. Nach dem Princip von Pfeiffer, der durch Behandlung von Tieren mit abgetöteten Culturen einen sehr hohen Grad von Immunität erzielte, immunisierte dieser Forscher Menschen mit vorsichtig abgetöteten Culturen und stellte einen sehr hohen Grad von Immunität fest, ebenso hoch, als wenn lebende Culturen verwendet worden wären. Zur Herstellung eines solchen Vaccins nahm er Agarculturmasse in der Aufschwemmung von physiologischer Kochsalzlösung (0,2 mg. Culturmasse auf 1 ccm. 0,8% ClNa-Lösung) und tötete sie bei 58° C. 1 Stunde lang ab. Die Immunstoffe traten im Blute der Geimpften, wie er nachweisen konnte, schon am 4-ten Tage auf und erreichten ihr Maximum am 10-ten Tage. Die Immunität, die durch diese Schutzimpfung erzeugt wird, dauert ca. 1. Jahr; um diese Zeit beginnt der Gehalt des Serums an specifischen Immunstoffen abzunehmen.

Bei der durch die active Vaccination erzielten Choleraimmunität handelt es sich (nach Pfeiffer) um einen Zustand, welcher den immunisierten Organismus befähigt, die eingedrungenen Choleravibrionen schnell abzutöten, bevor sie sich so vermehren konnten, dass das in ihren Leibern enthaltene Gift (Endotoxin) zur Tötung des inficierten Individuums genügte. Diese Fähigkeit des Organismus wird nicht durch die Bildung antitoxischer Stoffe im Blutserum bedingt, sondern durch das Auftreten von speciellen bacteriolytischen Substanzen, welche die Choleravibrionen im Tierkörper aufzulösen imstande sind. Hieraus folgt, dass also dem „antibacteriellen" Choleraserum keine heilende Wirkung gegenüber der „Choleraintoxication" inne wohnen kann, wie denn auch diesbezügliche Heilversuche von keinem Erfolg gekrönt wurden.

Wenden wir uns nun zur practischen Ausführung der Schutzimpfungen gegen Cholera. Mit dem oben erwähnten aus lebenden Culturen gewonnenen schwächeren und stärkeren Vaccin impfte Haffkin in den Jahren 1894/95 in Indien über 40000 Menschen. Nach den Injectionen traten nur geringe Beschwerden auf. Temperatursteigerung bis 38°—39°, die einige Stunden nach der Impfung sich einstellte und nach 24 Stunden wieder wich. Leichte Rötung der Haut an der Injectionsstelle, nie aber Abscesse oder stärkere Drüsenschwellungen oder grössere Störungen des Allgemeinbefindens. Ungeachtet dessen waren die Impfungen mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, dank den religiösen und socialen Verhältnissen in Indien, und nur 1/3 von den 40000 Geimpften unterzogen sich einer 2-ten Injection. Jedoch kann hier nicht die Gesamtzahl als beweiskräftiges statistisches Material in Verwendung gelangen, weil die Geimpften, verschiedenen Gesellschaftsklassen mit ungleichen materiellen und socialen Lebensbedingungen angehörend, einer sehr verschiedenen Infectionsgefahr unterworfen waren, welche ausserdem noch von dem Wohnort, der Zeit und der Intensität, mit der die Cholera dort auftrat, abhängig war. Trotzdem aber besitzen wir statistisch verwertbares Material aus einigen kleineren Ortschaften (Stadtteil Calcuttas, Teeplantagen, Gefängnis), wo die Bewohner annähernd einer gleichen Infection ausgesetzt waren (cf. Tabellen). Aus seinen Beobachtungen konnte Haffkin jedenfalls den Schluss ziehen, dass die Schutzimpfungen eine hervorragende prophylactische Bedeutung haben! Die Immunität tritt am 5. Tage auf und hält sich ungefähr ein Jahr. Die Zahl der Erkrankungen und der Sterblichkeit vermindert sich bedeutend. Ferner constatierte er, dass die Schutzimpfungen vollkommen unschädlich für den menschlichen Organismus sind.

Nach Kolles Verfahren (also mit abgetöteten Culturen) wurden während der Choleraepidemie in Japan im Jahre 1902 von Murata Immunisierungen vorgenommen. Anfangs wurde 1 ccm. (=2 mgr. abgetöteter Culturmasse) eingespritzt, später aber, als Erkrankungen an Cholera mit letalem Ausgang unter den Geimpften vorkamen, wurde die doppelte Dosis angewendet. Erkrankungsfälle unter den mit der grösseren Dosis Behandelten kamen nicht zur Beobachtung. Die Epidemie war eine schwere, mit einer Mortalität von 75% unter den Nichtgeimpften, und 42,5% unter den Geimpften. Was nun die Reaction anbetrifft, so wurden unbedeutende Anschwellungen und Rötungen an der Injectionsstelle beobachtet, die in 3 Tagen wieder verschwanden. 5—6 Stunden nach der Injection traten an der Impfstelle spontane- oder Druckschmerzen auf. Temperatursteigerung selten 38° C. im Verlauf von 24 Stunden. Klagen über Frostgefühl selten. In 10% der Fälle traten 1—2-malige Diarrhöen am Tage nach der Impfung auf. Meistenteils wurde nur über Kopfschmerz, Mattigkeit und allgemeines Unwohlsein geklagt. Murata macht auf die nicht unwesentliche Tatsache aufmerksam, dass die Erkrankung bei den Geimpften viel leichter verläuft, als bei Ungeimpften. Für die gute Wirkung der Schutzimpfungen hält er folgende Einzelbeobachtungen für besonders beweiskräftig: 1. In den beiden Ortschaften Akao und Jagoshi, die einen regen Verkehr mit dem durchseuchten Nachbarort Okayama unterhielten, erkrankte keiner von den Geimpften. 2. In einer Kampherfabrik wurden 156 Insassen geimpft, drei nicht. Einer von den Nichtgeimpften erkrankte und starb an der Cholera, während die Geimpften alle gesund blieben. 3. In einem Puncte der Stadt Sumoto liessen sich von 100 Bewohnern 99 impfen und nur der einzige Nichtgeimpfte erkrankte. 4. Alle Glieder einer Beamtenfamilie wurden geimpft ausser der Frau, und nur die letztere erkrankte an der Cholera.

Weitere Beobachtungen stammen von Slatogoroff her, der im Jahre 1904 während der Choleraepidemie in Persien (in der Stadt Tabris) Vaccinationen ausführte. Die Zahl der Geimpften ist keine grosse, — 1482, aber an ihrer Hand lassen sich kritische Betrachtungen über 1, 2 und 3 malige Impfungen mit Kolles Vaccin anstellen. Um die auf niedriger Culturstufe stehende Bevölkerung durch eine starke Reaction nach der Impfung nicht abzuschrecken, injicierte er kleine Dosen: Erwachsene 0,4—1,0 ccm., Kindern 0,1—0,4 ccm. Solche Impfungen wurden 3 Mal mit 5—10-tägiger Pause vollzogen. (Bei der 3-ten Impfung verwandte Slatogoroff auch lebende Culturen, die er während der Epidemie selbst herstellte; das Vaccin Kolle erhielt er aus Petersburg aus dem Institut für Experimentalmedicin). Die Impfungen begann er 1 Monat vor Beginn der Epidemie. Er warnt nachdrücklich vor Impfungen während einer bereits herrschenden Epidemie, da eine wenig kultivierte Bevölkerung Todesfälle, die bald nach der Impfung auftreten, der letzteren zur Last legen kann! Während der Seuche ist es erlaubt eine Wiederholung der Impfung nur bei denjenigen Individuen vorzunehmen, die sich von der Unschädlichkeit derselben überzeugt und schon einen gewissen Grad von Immunität erworben haben. Auf Grundlage seines statistischen Materials folgert Slatogoroff, dass die Schutzimpfungen gegen Cholera tatsächlich als eine prophylactische Massregel anzusehen sind. Auch be-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resultate der Choleraschutzimpfung.

	Ungeimpft.			Geimpft.			Bemerkungen.
	Zahl.	Erkrankungen.	Todesfälle.	Zahl.	Erkrankungen.	Todesfälle.	
I. Vaccination nach Haffkin (lebende Culturen).							
1. Indien. 1894/95 Haffkin. a) Stadtteil Calcuttas	335	45=13,43%	39=11,64%	181	4=2,21%	4[1])=2,21%	[1]) alle nur ein Mal vacciniert. 3 starben 1—4 Tage, einer 459 Tage nach der Vaccination.
b) Teeplantagen	7272	38=0,52%	19=0.26%	3162	5[2]) =0,16%	3=0,09%	[2]) alle Fälle nur 1 Mal vacciniert.
c) Gefängnis The Gya Jail	202	20=9,9%	10=4,95%	207	8[3])=3,86%	5[4])=2,41%	[3]) von ihnen 5 nur 1 Mal vacciniert. [4]) von ihnen 4 nur 1 Mal vacciniert.
II. Vaccination nach Kolle (abgetötete Culturen).							
1. Japan 1902. Murata.	825287	1152=0.13%	863=0,1%	77907	47[5])=0,06%	20=0,02%	[5]) alle 47 erhielten nur 1 ccm. Vaccin.
2. Persien 1904. Slatogoroff.	20000	1940=9,7%	1380=6,9%	1482	27=1,82%	4=0,28%	
				und zwar:			
				511	18=3,52%	3=0,59%	1 Mal geimpft.
				731	8=1,09%	1=0,14%	2 » »
				240	1=0,42%	0=0%	3 » »
3. Persien 1904. Taranuchin.	—	—	—	370	3=0,81%	0=0%	
4. Astrachan 1907. Prof. Sabolotny.	15366	461=3%	290=1,9%	4287	13=0,4%	5=0,1%	

stätigt er die Beobachtung Muratas, dass die Erkrankung an der Cholera bei Geimpften einen viel leichteren Verlauf nimmt und mit einer geringen Sterblichkeit verbunden ist, wobei am wenigsten die 3 Mal, mehr die 2 Mal und am häufigsten die 1 Mal Vaccinierten erkranken. In Folge dessen ist eine 3-malige Impfung sehr zu empfehlen, weil sie die beste und dauerhafteste Immunität garantiert (cf. Tabellen).

Während derselben Epidemie in Persien wurden auch von Taranuchin Schutzimpfungen insceniert, und zwar hauptsächlich in Rescht, wo die Epidemie ebenfalls heftig wütete. Er injicierte die Lymphe, die auch aus dem Institut für Experimentalmedicin aus Petersburg stammte, nur 2 Mal, aber in grösseren Dosen. Männer erhielten das 1-te Mal $1^1/_2$—$2^1/_2$ ccm., das 2-te Mal, 2—3 ccm., Frauen und Kinder entsprechend weniger. Die Reactionserscheinungen werden als geringe angegeben. Von den 370 Geimpften erkrankten nur 3 und keiner von ihnen starb (cf. Tabellen).

Im verflossenen Jahre 1907 wurden nach der Methode von Kolle Vaccinationen in verschiedenen Gouvernements von Russland ausgeführt (im Moskauschen, Samaraschen, Saratowschen, Astrachanschen (Prof. Sabolotny) und Jekaterinoslawschen), im Ganzen an ca. 17000 Personen. In Warschau unterzogen sich der Choleraschutzimpfung im vergangenen Jahre 100 Menschen, in diesem Jahre 50 Personen. Genauere statistische Daten über alle diese Impfungen liegen nicht vor, ausser den von Prof. Sabolotny (cf. Tabellen), aber alle Autoren constatieren die unbedeutende Reaction von Seiten des Organismus der Geimpften und die vollkommene Unschädlichkeit der Vaccination; alle empfehlen dieselbe einstimmig als hervorragendes Prophylacticum gegen die Cholera.

Auch in Petersburg wurde im vorigen Jahre der Versuch gemacht gegen Cholera zu vaccinieren. Es unterzogen sich aber nur 26 Personen der Impfung, und zwar alle 26 waren Aerzte! In diesem Jahre ist die Zahl der Geimpften in der Residenz auf 30000 gestiegen, was 2% der Bevölkerung ausmacht, augenscheinlich unter dem Einfluss der diesmaligen verheerenden Epidemie, die dort, wie es scheint, einen schleichenden Charakter angenommen hat. Genauere statistische Daten über die 30000 Geimpften stehen noch aus.

Hinsichtlich der nahen Choleragefahr und angeregt durch die von Haffkin, Murata u. a. bei ihren Massenimpfungen erzielten günstigen Resultate, wurde auch in Reval beim städtischen bacteriologischen Laboratorium eine Impfstation eröffnet, wo Schutzimpfungen gegen Cholera von Anfang September bis Mitte October a. c. ausgeführt wurden. Die Injectionen wurden nach sorgfältiger Desinfection mit Aether in die Bauchdecken, selten in den Arm, gemacht. Spritze und Nadel wurden in 2% Sodalösung ausgekocht; zu jeder Injection wurde eine neue Nadel genommen. Injiciert wurde das 1-te Mal 1,0 ccm., das 2-te Mal 1,5 ccm. und das 3-te Mal 2,0 ccm. und etwas drüber des Choleravaccins; bei Frauen, Minderjährigen und Kindern kamen entsprechend kleinere Dosen zur Anwendung. Was die Reactionserscheinungen anbetrifft, so trat nach ca. 2 Stunden Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

an der Impfstelle auf, die nach 2—3 Tagen unter Hinterlassung (übrigens in seltenen Fällen) eines erbsen- bis taubeneigrossen Infiltrats wieder verschwanden. Nach 5—6 Stunden allgemeines Unbehagen und zuweilen Temperatursteigerung bis 38° C. und darüber, diese Erscheinungen hielten sich immer nur 24 Stunden. Lymphdrüsenschwellungen kamen selten zur Beobachtung, Magen- und Darmtractus wurden merklich nicht beeinflusst. Geimpft wurden im Ganzen 227 Personen, d. h. 0,3% der Einwohnerzahl, und zwar 1 Mal — 44 Pers., 2 Mal — 100 Pers. und 3 Mal — 83 Pers. Die Zahl der Vaccinierten recrutierte sich folgendermassen: Aerzte 9, Feldscher, Sanitäre, barmherzige Schwestern 15, Handwerker 16, Officiere und Beamte 17, Fabrikarbeiter 28, Dienstboten und andere Berufsarten 29, Schüler 37, Soldaten 76. Geimpft wurden 39 Frauen und 8 Kinder. Das älteste Individuum war 63 Jahre, das jüngste Kind 8 Monate alt.

Wie aus den angeführten Zahlen ersichtlich, unterwarfen sich diejenigen Bevölkerungsschichten am wenigsten den Schutzimpfungen, die ihrer gegebenenfalls am meisten bedurft hätten, denn bekanntlich ist die Infectionsgelegenheit der in dürftigen socialen Bedingungen ihr Leben fristenden Arbeiterklasse, wozu teilweise ja auch Kleinbürger gerechnet werden können, eine verhältnismässig sehr grosse. Diese zur Beobachtung gelangte abnorme Erscheinung lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass einerseits die Schutzimpfung gegen Cholera wegen ihrer Neuheit noch wenig in den breiten Volksschichten bekannt ist, andererseits dürfen wir nicht vergessen, dass das Gros des Volkes ein besonderes Misstrauen den prophylactischen Massregeln gegen Cholera entgegenbringt.

Ausser in der Stadt Reval sind noch an 3 Puncten des Gouvernements Estland Choleraschutzimpfungen ausgeführt, und zwar von Dr. Handel in Joachimsthal, von Dr. Kienast in Haggers und von Dr. Schrötter auf der Zementfabrik Asserin. Dr. Handel in impfte 6 Personen: 3 Pers. — 1 Mal und 3 Pers. — 2 Mal, alle mit unbedeutenden resp. gar keinen Reactionserscheinungen. Dr. Kienast auch 6 Pers. 2 Mal — 2 Pers. und 3 Mal — 4 Pers. Nach der ersten Injection constatierte er eine Temperatursteigerung bis 39,0° C., die sich auf dieser Höhe 8—10 Stunden hielt; in einem Falle beobachtete er eine verstopfende Wirkung der Lymphe. Dr. Schrötter vaccinierte im Ganzen 68 Pers. und zwar: 14 Pers. 1 Mal, 13 Pers. 2 Mal und 41 Pers. 3 Mal. Die Reactionserscheinungen waren am stärksten ausgesprochen nach der 1-ten Injection und um so schwächer, je längere Pausen zwischen den einzelnen Injectionen eingehalten wurden. In 2 Fällen traten in den 1-ten Stunden Erbrechen und Durchfall ein.

Ueberall, sowohl in Reval als auch auf dem Lande, kam Kolles Vaccin aus dem Institut für Experimentalmedicin in Petersburg zur Anwendung.

Fassen wir nun zum Schluss alles zusammen, was uns das Tierexperiment und die zahlreichen Beobachtungen gegeben haben, so kommen wir zur festen Ueberzeugung, dass den prophylactischen Choleraschutzimpfungen zweifellos eine practische Bedeutung zukommt, und dass dieselben eine streng wissenschaftliche Begründung durch den Nachweis von Schutzstoffen in dem Blute der Geimpften erfahren haben. Die Immunität tritt nicht gleich nach der Impfung auf, sondern erst nach 5 Tagen und besteht ca. 1 Jahr. Die Erkrankungs- und Sterblichkeitszahl vermindert sich bei den Geimpften um 5—15 Mal. Die Vaccination ist ein für den menschlichen Organismus vollständig ungefährlicher Eingriff. Es ist anzuraten Schutzimpfungen vor Ausbruch einer Choleraepidemie vorzunehmen. Sehr zu empfehlen sind 3-malige Impfungen mit steigenden Dosen. Aerzte und sonstiges medicinisches Personal sollten mit gutem Beispiel vorangehen! Die Impfungen müssen unentgeltlich und ohne Anwendung von Zwangsmassregeln ausgeführt werden. Contraindiciert ist die Vaccination bei acuten Infectionskrankheiten und acuten Magen- und Darmerkrankungen. Schwangeren müssen kleinere Dosen injiciert werden, um stürmische Reactionen zu vermeiden. Von einigen werden ausserdem chronische Inanitionszustände, Tuberculose und Nephritis als Contraindicationen angegeben.

Was nun die Lymphe betrifft, die angewandt werden soll, so ist entschieden die Kollesche der Haffkinschen vorzuziehen, erstens weil die Impfung mit abgetöteten Culturmassen, was Reactionserscheinungen und Immunität anbelangt, in keiner Beziehung der Haffkinschen (mit lebenden Culturen) nachsteht, und zweitens, weil sie sich leichter an einer Centralstelle herstellen lässt und ohne Gefahr versandt werden kann. Ein Zusatz von 0,5% Phenol conserviert die Lymphe auf die Dauer von 4—10 Wochen ohne ihre Wirksamkeit zu beeinträchtigen. Hauptbedingung für eine tadellose Lymphe ist die staatliche Ueberwachung ihrer Zubereitung. Zudem muss vor Versendung derselben durch Controllversuche die Grösse der Impfdosis, die zur Anwendung gelangen soll, nebst der zu erwartenden Reaction auf einer Etikette der Ampulle angegeben sein. Auf diesen äusserst wichtigen Umstand hat auch die russische Regierung ihr Augenmerk gelenkt und Anfang November a. c. ist eine specielle Commission eingesetzt, die ein diesbezügliches Reglement auszuarbeiten hat.

Für die Stadt Reval und das Gouvernement Estland kann die Lymphe durch Vermittelung des städtischen bacteriologischen Laboratoriums aus dem Institut für Experimentalmedicin in Petersburg bezogen werden, und bietet das Laboratorium, das sich in letzterer Zeit eines wachsenden Zuspruchs seitens des Publicums erfreut, seine eventuellen Dienste an.

In Bezug auf die Technik ist vor allem auf peinlichste Sauberkeit zu achten: Desinfection der Impfstelle und Auskochen von Spritze und Nadel! Die geöffnete Ampulle mit dem Choleravaccin darf auch für eine kurze Zeit nicht aufbewahrt werden *).

Ich möchte mit folgendem ceterum censeo schliessen: angesichts der Gefahr einer drohenden Choleraepidemie ist neben den gegen dieselbe zu ergreifenden üblichen sanitären Massregeln die prophylactische Choleraschutzimpfung als ein ungefährliches und nicht zu unterschätzendes Kampfesmittel wärmstens zu empfehlen!

Der 30. Balneologen-Congress in Berlin.

Von

Dr. Max Hirsch,

Arzt in Bad Kudowa.

Der 30. Balneologen-Congress, welcher vom 4.—9. März 1909 in Berlin tagte, war recht zahlreich besucht. Zum zweiten Male tagte der Congress unter Leitung von Hrn. Geheimrat Prof. Dr. Brieger; zum ersten Male hatte er auch die Vorbereitungen zu dem Congress im Verein mit dem Generalsecretär der Gesellschaft Hrn. Geheimrat Dr. Brock getroffen. 53 Vorträge konnten auf diesem Congress gehalten werden, die dafür Zeugnis ablegen, wie sehr die wissenschaftliche Richtung in der Balneologie vorangeschritten ist. Mit einer gewissen Wehmut vernahm die Gesellschaft durch ihren Generalsecretär

*) Anmerkung. Die angeführten Daten sind dem Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle und Wassermann entlehnt.

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hrn. Geheimrat Dr. Brock am 1. Sitzungstage nach einem warmen Nachruf auf den dahingeschiedenen Vorsitzenden, Hrn. Geheimrat Prof. Dr. Liebreich, die Nachricht, dass Hr. Hofrat Prof. Dr. Wilhelm Winternitz-Wien sein Amt als stellvertretender Vorsitzender wegen hohen Alters niederlegen musste. An seine Stelle wurde einstimmig gewählt Hr. Kaiserl. Rat Dr. Fellner-Franzensbad, der in jahrzehntelanger wissenschaftlicher und practischer Tätigkeit sich einen glänzenden Namen erworben hat. Der Vorstand der Gesellschaft ernannte Hrn. Geheimrat Prof. Dr. Senator in Berlin in Anerkennung seiner grossen Verdienste um die Wissenschaft, speciell um die Balneologie, zu ihrem Ehrenmitgliede. In dem Dank, den Hr. Geheimrat Senator der Gesellschaft aussprach, betonte er, dass er vom Beginn seiner Praxis an, also über ½ Jahrhundert, stets darauf bedacht gewesen sei, die Balneologie zu fördern.

Die Vortragsreihe eröffnete Hr. Ewald-Berlin mit seinem Vortrage «Neuere besondere radioskopische Ergebnisse aus dem Gebiet der Magen- und Darmuntersuchungen». Vortr. gab einen interessanten Ueberblick über die Fortschritte in der Magen- und Darmdiagnostik, hob die Arbeiten von Pawloff und Bickel hervor, ferner das von ihm und Boas eingeführte Probefrühstück u. a. m. Unter den neueren diagnostischen Untersuchungsmethoden stellte er die Röntgenoskopie sehr stark in den Vordergrund. Vor allem könne sie einen guten Aufschluss geben über die physiologischen Verhältnisse des Magen-Darmkanals und auch die Frühdiagnose des Krebses erleichtern. Selbstredend spielt die Erkennung von Fremdkörpern im Verdauungskanal in der Röntgendiagnostik eine sehr grosse Rolle. Diesen Vortrag ergänzte Hr. Cohn-Berlin durch eine Reihe von Röntgenbildern des Magen-Darmkanals, welche vor allem die Veränderungen der Lage und der Form des Magens bei der Atmung zeigten. Vortr. hat deshalb das Röntgenverfahren dadurch verbessert, dass er eine schnelle Expositionszeit einführte, welche ermöglichte, in einer Atmungsphase die Aufnahme zu machen.

Einen ähnlichen Gegenstand behandelte Hr. Schürmayer-Berlin, nämlich «Beiträge zur röntgenologischen Diagnose der Erkrankungen des Verdauungstractus». Diese Untersuchungsmethode ist erst ermöglicht worden durch die Einführung der Riederschen Bismuthbreitechnik, deren genaue Innehaltung Vortr. sehr empfiehlt. Vortr. verwirft das von vielen Autoren geübte Verfahren, durch grössere Mengen von Bismuthbrei den Magen zu überlasten, da hierdurch die Normalform des Magens verändert werden kann. Sodann demonstrierte er eine Reihe von Röntgenbildern, welche die Erschlaffungszustände des weiblichen Magens zeigten, die Pylorusinsufficienz bei männlichen Magen u. s. w. Im Verein mit der Probekost nach Adolf Schmidt gibt die Riedersche Bismuthmethode auch Aufschluss über den Ablauf der Darmfunction sowie der Secretionsgrösse im Darme.

Hr. Ad. Schmidt-Halle spricht «Ueber den Durchfall». Er betont vor allem, dass das Wesen des Durchfalls die Absonderung einer fäulnisfähigen Flüssigkeit durch die Darmwandung ist, welche die erhöhte Peristaltik auslöst. Für die medicamentöse Therapie kommen die Opiate, die Adstringentien und die Desinficientien in Betracht. Als bestes Desinficiens erwies sich das Wasserstoffhyperoxyd und zwar in Verbindung mit Agar-Agar, das als Oxygar in den Handel kommt.

Hr. Kionka-Jena bespricht das Thema «Einwirkung von Mineralwässern auf die Darmtätigkeit». Wasser und Mineralwasser verlassen den nüchternen Magen verhältnismässig rasch. Kalt genossenes Wasser kann daher auch Kältewirkungen noch im Darm erzeugen. Ebenso wirken auch die mit dem Mineralwasser eingeführten Salze auf den Darm. Durch Versuche an isolierten Darmschlingen wurde festgestellt, dass bei der Einwirkung von Salzen, wie sie in der Lösung der Mineralwässer vorliegen, eine häufig sehr starke gegenseitige Beeinflussung der vorhandenen Ionen in Bezug auf ihre Resorption im Darme stattfindet. Auch lassen sich auf die abführenden Wirkungen der Mineralwässer zum Teil direct Schlüsse ziehen. Weitere Arbeit auf diesem Gebiete wird sicher noch weitere Resultate zeigen.

Hr. L. Kuttner-Berlin bespricht die «Vorteile und Nachteile der Ueber- und Unterernährung». Beide Behandlungsmethoden haben ihre bestimmten Indicationen und sollten nur bis zu einer gewissen Grenze durchgeführt werden, aber bei beiden Curen werde gegen diese Vorschriften so oft gefehlt. Eine zureichliche Nahrungsaufnahme, eine Ueberfütterung, zeigt sich heute schon im Säuglings- und Kindesalter.

Im späteren Alter würden Uebererernährungscuren am meisten verordnet bei Blutarmut, bei Nervosität und Hysterie, bei Reconvalescenten und im Anfang der Tuberculose. Man könnte mit diesem Verfahren gute Erfolge erzielen. Vorbedingung für eine Steigerung der Nahrungszufuhr sei ein normales Verhalten der Verdauungsorgane. Man muss sorgfältig individualisieren, wie weit die Uebererernährung gehen darf, und ob der Patient während der Cur ruhen oder sich bewegen soll. Eine strenge Ruhe kann oft direct schädlich sein. Fettleibigkeit muss vermieden werden, vor allem aber darf man es nicht bis zu einer Herzschwäche in der Uebererernährung bringen. Besonders bei Stoffwechselkrankheiten ist grosse Vorsicht am Platze. Mehr noch als bei Uebererernährungen wird bei Unterernährungen durch unzweckmässiges Verhalten geschadet. Bei Entfettungscuren soll man auf den Zustand des Patienten die grösste Rücksicht nehmen und vor allem Schnellcuren vermeiden und bei jeder Entfettungscur Muskelarbeit mit heranziehen, da diese am sichersten einem schädlichen Eiweissverlust vorbeugt. Auch bei den Schonungsdiäten soll man sehr vorsichtig sein, vor allem mit der Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr nicht zu rigoros vorgehen, da man damit mehr schaden als nützen kann.

Hr. Pariser-Homburg sprach über «Entfettungscuren». Zunächst schildert er den höchst interessanten Fall von Fettsucht nach Entfernung des Ovariums. Die Schilddrüse sei der eigentliche Regulator der Oxydationsenergie für den Zellenhaushalt des Körpers. Bei der Fettsucht, die ihren Ursprung auf die Schilddrüse zurückführt, empfiehlt Vortragender die Schilddrüsenpräparate, doch nur dann, nicht aber bei Mastfettsucht. Selbstredend ist dabei die Entfettungsdiät nicht zu vernachlässigen.

Hr. Gottschalk-Berlin bespricht das Thema «Balneotherapie und Menstruation». Er ist der Ansicht, dass man die Trinkcur während der Menstruation ruhig fortsetzen kann, wenn er auch zugibt, dass mitunter blutdrucksteigernde Wirkungen durch das Trinken erzielt werden. Bäder sollten während der Menstruation lieber nicht gegeben werden. Als Gründe dafür gibt er zunächst die Möglichkeit einer örtlichen Schädigung durch das Eindringen der Badeflüssigkeit in die Scheide an, wobei auch pathogene Mikroorganismen eindringen können und während der Menstruation einen besonders günstigen Nährboden finden.

Besonders möchte Vortragender noch hervorheben, dass protrahierte kalte Seebäder die Menstruation sistieren können. In der sehr regen Discussion findet der Vortragende mit seinen Ausführungen allseitige Zustimmung, wobei Hr. Engelmann-Kreuznach noch das Unästhetische des Badens während der Menstruation hervorhebt.

Hr. Determann-St. Blasien spricht über «Viscosität und Eiweissgehalt des Blutes bei verschiedener Ernährung, besonders bei Vegetariern». Dabei greift er auf seine vor einigen Jahren mitgeteilten Befunde relativ geringer Blutviscositätswerte an gesunden Vegetariern im Vergleich mit Fleisch-, resp. Gemischtessern zurück. Er fand, dass unter den Eiweissarten das Globulin der bei weitem zäheste Bluteiweissstoff ist, dass Zucker und Kochsalzlösungen an sich kaum eine Rolle spielen. Die an 5 Vegetariern und 4 Gemischtessern vorgenommenen Untersuchungen der Viscositätsgrösse und des Eiweissgehaltes des Blutes und der periodenweise eiweissreicher, eiweissarmer, fettreicher Ernährung und unter relativer Hungerkost ergaben negative Resultate. Nach einigen Bemerkungen darüber, dass die Viscosität auch von anderen Umständen als dem Eiweissgehalt abhängt, gibt Vortragender noch eine Uebersicht der bis jetzt vorhandenen Apparate zur Prüfung der Viscosität, wobei er seinem Apparat den Vorzug gibt und betont, dass ein Hirudinzusatz zum Blut unbedingt notwendig ist.

Hr. Sarason-Berlin spricht über «die Bedeutung von Freilufthäusern für Curorte». Vortr. demonstriert eigens construierte Modelle, welche die beste Art von Freiluftwohnungen vorstellen sollen, indem die oberen Etagen terrassenförmig zurückrücken und Balkons vor jedem Zimmer sich befinden. Die Combination dieser beiden Factoren macht nach Ansicht des Vortragenden sein System besonders wertvoll.

Hr. Engelmann-Kreuznach sprach über «die Gewinnung hochgradig radioactiver Salze» aus dem Rückstande der Kreuznacher Quellen und deren medicinischen Verwertung. Vortr. hebt hervor, dass die Quellen Kreuznachs andauernd viel radioactive Substanzen aus dem Erdinnern an die Oberfläche befördern. Diese finden sich hauptsächlich in dem Sinter, der jährlich mehrere hundert Centner beträgt, so dass der Gedanke nahe lag, die Herstellung der Radiumsalze fabrikmässig zu betreiben. Die Producte dieser Fabrikation kamen hauptsächlich für rheumatische Leiden, Neuralgie und Ischias in Verwendung. In neuester Zeit finden sie viel Verwendung in dem Krebsinstitut von Exc. Czerny in Heidelberg, der sich grosse Hoffnungen von dem Kreuznacher Radium macht.

Hr. Fuerstenberg-Berlin hob in der Discussion hervor, dass die Emanation sehr schnell aus den Bädern entweiche und der Erfolg nach radioactiven Bädern sehr gering sei. Durch die intacte Haut könne die Emanation nicht hindurchdringen. Am besten wirkte Radium innerlich und als Inhalation; in letzter Form hätte er bei den Phthisikern Temperatursteigerungen beobachtet. Zweifellos bestehe ein Zusammenhang zwischen Reaction und Besserung.

Hr. Schuster-Aachen spricht über das Thema «Ist die Combination von Quecksilbercuren mit Schwefelbädern ratio-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nell»? Vortragender gibt einen Ueberblick über die neueren Untersuchungen über die Aachener Cur, d. h. die Combination von Thermalbädern und Einreibungscuren. Er ist der Ansicht, dass sich die Annahme, es müsse sich bei dieser Cur unwirksames Schwefelquecksilber bilden, nicht beweisen lasse und kommt zu folgenden Resultaten: Die Quecksilberschwefelbadecur ist zweckmässig, weil dadurch eine energische Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers stattfindet, weil die Cur lange und intensiv einwirkt und dem Aachener Thermalwasser sicher ein therapeutischer Einfluss auf die Syphilis zukommt.

Hr. Lichtenstein-Frankfurt a. O. spricht über «die Heilerfolge des Aderlasses». Auf Grund langjähriger Beobachtungen führt Vortr. an, vom Aderlass gute Erfolge gesehen zu haben in der Behandlung schwerer Anämien, bei Gelenkrheumatismus, bei Lungenentzündung, bei Epilepsie, bei chronischer Nierenentzündung, bei chronischen Ekzemen, Tetanus, Pyämie, vielleicht auch bei Constitutionsschwäche.

Hr. Ledermann-Berlin spricht über «die Bedeutung der Wassermannschen Serumreaction für die Diagnostik und Behandlung der Syphilis». Unter 800 untersuchten Fällen befanden sich 250, die weder klinisch noch anamnestisch für Syphilis sprachen. In allen diesen Fällen war das Untersuchungsresultat negativ. An der Hand einer ausführlichen Tabelle zeigte Vortr., dass der diagnostische Wert der Wassermannschen Reaction ein sehr hoher ist. Der Wert der negativen Reaction liegt besonders jenseits des 5. Jahres zu einer Zeit, wo man gut behandelte, seit Jahren symptomfreie Patienten bisher im klinischen Sinne als geheilt betrachtete. Hier ist die negative Reaction ein Glied mehr in der Kette derjenigen Beweismittel, welche uns erlauben, einen Syphilitiker als geheilt anzusehen. Andererseits soll man sich in schweren Krankheitsfällen niemals beim negativen Ausfall der Reaction in seinem therapeutischen Handeln beeinflussen lassen, wenn der klinisch begründete Verdacht einer bestehenden Syphilis vorliegt. Zuverlässig ist die positive Reaction, wobei Vort. darauf hinweist, man möge die Träger derselben, wenn sie auch lange Zeit frei von Symptomen werden, sorgfältig beobachten, namentlich in Bezug auf ihr Nervensystem. Für die Therapie soll die positive Reaction allein nicht massgebend sein, sondern nur in Verbindung mit klinischen Methoden.

Hr. Moeller-Berlin besprach die «hydriatische Behandlung der Lungenschwindsucht». Er führt aus, dass schon Brehmer Bäder, Abreibungen und Duschen verordnet habe. Man muss daran denken, dass ein Teil der Lunge seine Function eingebüsst habe und dass ein kleinerer Teil der Lunge den Gasaustausch besorgen muss, somit der Gaswechsel, der in der Lunge stattfindet, nicht ausgiebig genug erfolgen kann. Deshalb muss man das andere Organ, das in der Respiration eine grosse Rolle spielt, zur Hilfe heranholen, nämlich die Haut. Der Blutkreislauf wird durch eine regere Hautcirculation angeregt, Katarrhe werden günstig beeinflusst und beseitigt, die Producte des Tuberkelbacillus, die auf den Organismus giftig wirken, werden teils beseitigt, teils vernichtet; die Schutzkräfte des Körpers gegen die Bacterien werden durch die Erhöhung der Zelltätigkeit gesteigert. Das Blut wird gebessert, seine Alkalescenz erhöht, wodurch das Wachstum des Tuberkelbacillus wesentlich behindert wird. Die Wirkung der hydriatischen Behandlung zeigt sich in der Abnahme der Atmungs- und Pulszahl. Hauptsächlich kommen in Frage Einpackungen, Abreibungen und Douchen.

Hr. Rothschild-Soden hatte das Thema gewählt, «Bedürfen wir der Opsoninprüfung bei der Behandlung Tuberculöser»? Die Opsonine sieht er als diejenigen Stoffe im Blute an, welche die weissen Blutkörperchen befähigen, die Tuberkelbacillen zu vernichten. Ihre Prüfung ist jedoch practisch wegen der technischen Schwierigkeiten kaum durchzuführen. Vortr. schlägt statt dessen die Zählung der im Auswurf nachweisbar von weissen Blutkörperchen gefressenen Bacillen vor, um aus ihrer grösseren oder geringeren Zahl ein Mass für die Stärke der Tuberculose zu gewinnen. Das Tuberculin wirkt um so sicherer auf die Anreicherung der Schutzstoffe im Blut je artverwandter es dem im Erkrankten befindlichen Tuberkelbacillus ist. Vortr. bereitet deshalb für alle Patienten, wo dies möglich ist, ein eigenes Tuberculin (Antituberculin) aus ihren eigenen Bacillen. Wo dies unmöglich, verwendet er mit Erfolg Mischtuberculine, welche möglichst viele artverschiedene menschliche Tuberkelbacillenstämme enthalten.

Hr. Wolff-Eisner-Berlin spricht über «die Prognosestellung bei der Lungentuberculose mit Berücksichtigung der Beziehungen zur Balneologie». Vortr. betont, dass die Entdeckungen der letzten Zeit, die Cutan- und die Conjunctivalreaction, zu einer Umwertung vieler Begriffe der Tuberculoseforschung geführt haben. Der Conjunctivalreaction legt er eine grosse Bedeutung bei, da sie schon das frühe Stadium der Tuberculose sichere. Vor allem könne man damit die Collapsatelektase von der Tuberculose differenzieren. Schäden entstehen durch die Reaction nicht. Die diagnostische Bedeutung der localen Reaction steht auf der gleichen Stufe wie die prognostische. Alle früheren prognostischen Behelfe haben versagt; mit der Bestimmung der Tuberculinempfindlichkeit und deren kurvenmässiger Aufzeichnung erhalten wir einen objectiven Massstab, um die Widerstandsfähigkeit festzusetzen und die Indicationen für die Balneotherapie zu wählen. Patienten mit Dauerreaction wird man ins Hochgebirge senden, evtl. auch die Patienten mit kräftiger Normalreaction. Nicht mehr reagierende Phthisiker soll man möglichst nicht mehr fortschicken. Aus der Discussion sei hervorgehoben, dass Hr. Brieger-Berlin betonte, die Tuberculinbehandlung sei eine sehr eingreifende Procedur. Sie dürfe nur an solchen Leuten vorgenommen werden, welche noch eine kräftige Constitution besitzen. Im anderen Falle müsste das Bestreben der Therapie darauf gerichtet sein, zunächst eine Kräftigung der Constitution vorzunehmen, dann erst dürfe mit der Tuberculinbehandlung begonnen werden.

Hr. Schreiber-Königsberg behandelte das Thema «Ueber flüchtige Albuminurie». Die Albuminurien, von denen Vortr. spricht, treten sonst essentiell auf, sind aber ausserordentlich flüchtiger Natur. Sie wurden in einem Falle hervorgerufen durch Abdominalpalpation bei weichen Bauchdecken im mittleren Teil des Epimesogastriums. Auch bei Gesunden konnte durch diese Procedur flüchtige Albuminurie erzeugt werden. Dabei handelt es sich nicht um Stauung infolge von Druck auf die grossen Abdominalgefässe, sondern um Circulationsstörungen in der Niere. Die Methode der abdominellen palpatorischen Albuminurie ist sehr geeignet, den Zusammenhang zwischen Gefässsystem und Albuminurie näher zu studieren.

An diesen Vortrag schloss sich eine sehr lebhafte Discussion an, in der Hr. Brieger erwähnte, dass bei Versuchen, die er in Gemeinschaft mit Ehrlich vor langer Zeit angestellt hatte, die Compression der Aorta vorübergehende Albuminurie erzeugt hätte. Die Höhe des Blutdrucks hätte veranlasst, Nephritiker möglichst wenig trinken zu lassen, und doch hätte die ausgiebige Milchdiät gute Erfolge erzielt. Aus diesem Grunde empfiehlt Hr. Brieger, die Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr bei Nierenkranken fallen zu lassen.

Hr. Pariser-Homburg weist darauf hin, dass wenn ein so leichter Druck, wie ihn Hr. Schreiber angibt, schon Albuminurien hervorruft, man mit Massagen und Douchen aufs Abdomen sehr vorsichtig sein sollte.

Hr. Loewenthal-Braunschweig sprach über «Kritisches zur physikalischen Therapie». Vor allem tadelt Vortr. die übertriebenen unkritischen Temperaturangaben bei Verwendung von Heissluftapparaten. Er weist nach, dass auf die Haut tatsächlich nur Temperaturen bis zu 46 Grad, höchstens 48 Grad Cels. einwirken dürfen, wenn Verbrennungen ausbleiben sollen. Bezüglich der Elektrotherapie warnt Vortr. vor der unkritischen Betonung des suggestiven Factors und zeigt, wie man im Einzelfalle die Suggestion als Fehlerquelle ausschalten kann. Schliesslich weist Vortr. auf die wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Gefahren hin, welche der physikalischen Therapie von der Ueberflutung mit neuen rein technisch erdachten Apparaten erwachsen.

Hr. Laqueur-Berlin teilt seine Erfahrungen mit «neuen Methoden der maschinellen Atmungsgymnastik» mit. Vortr. demonstriert zunächst den Bogheanschen Atmungsstuhl, der im Princip im Wesentlichen darauf beruht, dass bei einem in einen Lehnstuhl sitzenden Patienten durch 2 Pelotten die unteren Partien des Brustkorbes rhytmisch während der Ausatmung comprimiert werden. Der Apparat wird elektrisch betrieben und erlaubt eine genaue Dosierung der Frequenz und der Stärke der Compressionen. Ferner demonstrierte er einen von Hofbauer angegebenen Apparat, der auf dem Princip beruht, durch Verlängerung der Exspirationsphase und Compression der Bauchdecken den Kranken daran zu gewöhnen, die Ausatmungen zu verlängern und zu verstärken. Schliesslich erinnert Vortr. noch an die Strümpellsche Behandlung des Asthmas mit Glühlichtbädern. In der Discussion spricht sich Hr. Senator-Berlin für die ganzen maschinellen Atmungsapparate aus und empfiehlt auch die Kuhnsche Saugmaske.

Hr. Günzel-Soden bespricht «eine neue Behandlung von Bronchialasthma». Er empfiehlt in jedem Falle von Asthma, wenn bestimmte Grundkrankheiten ausgeschlossen sind, die Elektrisierung der Atmungsnerven mittelst hochfrequentem unterbrochenem Gleichstrom, welcher anästhesierende Wirkungen ausübt und in wenigen Minuten erhebliche Erleichterung in der gepressten Atmung schafft, die Expectorationen stark befördert und bei mehrmaligen Wiederholungen oft dauernden Nachlass des Asthma erringt. Die positive Elektrode setzt er auf das rechte Halsdreieck oder führt sie in das Naseninnere ein. Zu diesem Zwecke hat Vortragender einen sinnreichen Apparat construiert, den er demonstriert.

Hr. Fisch-Franzensbad spricht über «künstliche Atmungs- und Herzregulation». Vortr. ist der Ansicht, dass jedes Verfahren für künstliche Atmung eine möglichst reichliche Lungenventilation gestatten und zugleich eine möglichst grosse Wirkung ausüben muss. Dabei muss es aber einfach und für

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

jedermann leicht erlernbar sein. Allen diesen Indicationen genügt das vom Vortragenden ausgearbeite Verfahren der mechanischen Herzregulation, welche eine vertiefte Expiration schafft und auch active Inspirationen ausführen lässt. Dabei wird auch das Zwerchfell mit beeinflusst und durch das mehr oder weniger Tiefertreten des Zwerchfells erfolgt eine inspiratorische Erweiterung des Brustraums. Vortr. demonstriert den Herzregulator, den er construiert hat, und empfiehlt ihn nachdrücklich für Verunglückte und Kranke.

Hr. L e n n é-Neuenahr macht einige «Mitteilungen aus der Praxis», aus denen hervorgehoben sei, dass er gegen Nephritis in manchen Fällen die Röntgenbehandlung empfiehlt, ferner unterzieht er das Präparat Diabeteserin einer Kritik. Er glaubt, dass die Diät, die dabei nebenher verordnet wird, die massgebende sei. Schliesslich demonstriert er zwei Gallensteine, die einer Patientin in Neuenahr abgegangen sind.

Hr. O. M ü l l e r-Tübingen spricht über «die Kreislaufwirkung kalter und warmer Wasserapplicationen sowie verschiedener Medicinalbäder». Bei Bädern unterhalb des sogenannten Indifferenzpunctes (34 Grad C.) ziehen sich die Gefässe der Körperperipherie zusammen, die des Körperinnern (speciell Darm und Gehirn) erweitern sich, der Blutdruck steigt. Die Schlagfolge des Herzens wird verlangsamt, die geförderte Blutmenge (Schlagvolumen) wird nicht nennenswert verändert. Bei Bädern oberhalb des Indifferenzpunctes bis hinauf zu etwa 39° C. erweitern sich die Gefässe der Körperperipherie, die des Körperinnern verengen sich; der Blutdruck sinkt, die Schlagfolge des Herzens wird vermehrt, die geförderte Blutmenge ebenfalls nicht verändert. Bei Bädern von mehr als 39 Grad C. wird das Schlagvolumen sehr gesteigert, so dass trotz der Gefässerweiterung in der Körperperipherie der Blutdruck wächst. Ebenso wie die heissen Wasserbäder wirken die Schwitzbäder wie Sand-, Heissluft-, Dampf- und elektrische Glühlichtbäder. Alle bewegten Badeformen, wie Wellenbäder, Halbbäder und Douchen wirken qualitativ wie die unbewegten Bäder gleicher Temperatur, nur entsprechend dem starken mechanischen Effect kräftiger. Kalte Bäder stellen mithin grosse Ansprüche an die Gefässe, heisse Bäder an das Herz. Bei kohlensauren und hydroelektrischen Bädern tritt eine Vergrösserung der vom Herzen gelieferten Blutmenge ein. Die Stromgeschwindigkeit in den grossen Blutgefässen steigt. Dabei kommt eine Umschaltung der Blutverteilung in der Art zustande, dass bei kühlen Bädern dieser Art die peripheren Gefässe sich verengen, die centralen sich erweitern und dass der Blutdruck steigt. Bei entsprechenden warmen Bädern aber erweitern sich die peripheren, während sich die centralen verengen, und der Blutdruck sinkt. Kühle, kohlensaure, resp. hydroelektrische Bäder üben also das Herz durch Vermehrung, warme schonen es durch Verminderung der Widerstände im Gefässsystem. Bei empfindlichen Kranken wird man demgemäss mit warmen Bädern beginnen und nur sehr vorsichtig zu kühlen übergehen.

Hr. J a c o b-Kudowa bespricht die Frage «welches sind die erwiesenen Vorgänge der Circulation beim Gebrauch von Bädern, die zur Restitution des geschwächten Herzens führen»? Die Untersuchungsmethode, deren er sich zuerst bediente, ist die gewesen, den Thermometer in eine centrale und zugleich periphere Stelle des Körpers zu bringen. Als letztere wählte er die geschlossenen Finger oder Hände. Dabei stellte er fest, dass im kohlensauren Bade die Innentemperatur sinkt und die Aussentemperatur steigt. Die intensive Röte der Haut sprach dafür, dass der Hautblutstrom beschleunigt war. Um den Aortendruck und das Arterienvolumen zugleich messen zu können, verwendete er das Sphygmomanometer von B a s c h. Er ermittelte dadurch, dass das kohlensaure Bad zwar zeitweise eine Verengerung der Radialis, aber weit überwiegend eine Erweiterung bewirkt.

Aus seinen Untersuchungen ergab sich, dass das kohlensaure Bad in den Rahmen der Schonungstherapie fällt.

Hr. G r ä u p n e r-Nauheim sprach über die Möglichkeit, die Druckkraft des Herzmuskels, die Grösse des Widerstands im Gefässsystem und die Geschwindigkeit zu bestimmen. Als Grundforderung der Kreislaufsphysiologie stellt er die auf, die Grösse des Widerstands im Gefässsystem und die Geschwindigkeit vermittelst der Methoden der Druckmessung zu bestimmen. Die Lösung dieser Aufgabe bezeichnet H ü r t h l e als ein Problem. Die Fortsetzung der Untersuchungen des Vortr. zeigten, dass entsprechend den G r ä u p n e r schen Blutdruckcurven bei Körperarbeit die Grösse der Amplitude als Function von Druckkraft und Widerstand sich einstellt. Auf diese Weise sind die 3 Factoren der Circulationsarbeit beim Menschen bestimmbar und das Problem H ü r t h l e s als gelöst zu betrachten.

Hr. K i s c h j u n. - Marienbad hat das Thema gewählt «Ueber das Verhalten des Pulsdrucks bei Arteriosclerose». Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Schlussfolgerung, dass aus der Art des Verhaltens von Puls- und Maximaldruck bei quantitativ bestimmter Arbeitsleistung ein Mass für die Grösse der Reserveenergie des Herzens sowie seiner Leistungsfähigkeit und Functionstüchtigkeit gewonnen werden kann. Bei Arteriosclerotikern ist die Leistungsfähigkeit des Herzens um so grösser, je grösser das Arbeitsquantum ist, je grösser die Maximal- und Pulsdruckzunahme ist, je geringer das Minimum des Pulsdrucks während der Arbeitseinstellung ist. Der Pulsdruck mit gleicher Berücksichtigung des Maximaldruckes gibt durch seine Werte in Ruhestellung, verglichen mit denen bei dosierte Arbeit, ein Mass für die Grösse des Widerstandes der entsprechenden Druckkraft des Herzens sowie für die Grösse der Reserveenergie und den Grad der Functionstüchtigkeit des Herzens.

Hr. S e l i g-Franzensbad sprach über «den Herzschmerz». Er hebt hervor, dass die proteusartige Erscheinung des Herzschmerzes dem Kranken wie dem Arzt grosse Plagen verursache, am meisten das Herzklopfen. Das zweite unangenehme Symptom ist die Herzangst, die bei Angina pectoris ihren Höhepunct erreicht. Auch die Unregelmässigkeit des Herzschlages und das Aussetzen der Schlagfolge führt zu unangenehmen Störungen. Vielfach wird das Herz bei Frauen durch Hängebrüste gedrückt; deshalb empfiehlt Verfasser den sogen. Mammaelevator, welcher in jedes Corsett eingelegt werden kann. Häufig wird der Herzschmerz verwechselt mit Knochenschmerz, mit Intercostalneuralgien, mit Gefässkrisen etc. Auch der Magendarmkanal kann oft Veranlassung zu Herzbeschwerden geben, namentlich Verstopfung und Flatulenz. Auch eine mangelhafte Suspension, das Wanderherz kann zu Beschwerden führen, ebenso das Missverhältnis zwischen Herzgrösse und Thoraxweite.

Hr. S i e b e t - Flinsberg machte «die Lichttherapie in der Hand des practischen Arztes» zum Gegenstand seines Vortrages. Ohne die Frage zu unterscheiden, ob die elektrische Glühlampe im Wesentlichen durch ihre Lichtstrahlen oder durch die Wärmestrahlen wirksam ist, tritt Vortr. dafür ein, dass dieselbe mehr als bisher an der Hand des Practikers Verwendung finden möge. Besonders bewährt sich das blaue Licht in der Form der M i n i n schen Lampe. Redner sah gute Erfolge bei Gelenkergüssen, rheumatisch-neuralgischen Erkrankungen, auch bei den quälenden Kreuzschmerzen der Hämorrhoidarier. Ebenso sind manche Hautkrankheiten dankbare Behandlungsgegenstände, wenn auch z. B. Psoriasis, Sykosis u. a. unbeeinflussbar waren. Schliesslich wird noch darauf hingewiesen, dass gegenüber den Dermatosen eine Art kataphoretischer Wirkung im Spiele zu sein scheine.

Hr. S c h a d e-Kiel spricht über «Colloidchemie und Balneologie». Zunächst versucht Vortragender eine Definition des Begriffs Colloidchemie zu geben, die allerdings recht schwer ist. Sodann setzte er die vielen Beziehungen auseinander, die zwischen der modernen physikalischen Chemie und der Serumtherapie bestehen. Vor allem sucht er nachzuweisen, dass der Einfluss des Colloid auf die Vorgänge des Organismus namentlich in Bezug auf die Salze von grosser Bedeutung sei. Schliesslich spricht er die Ansicht aus, dass die Colloidchemie noch grosse Ziele vor sich hätte, deren Lösung namentlich für die Balneologie von ausserordentlichem Interesse wäre.

Hr. G r u b e-Neuenahr spricht über die «chemischen Correlationen im Organismus». Zunächst zeigt er, wie die verschiedenen Organe des Körpers in ihren chemischen Functionen aufeinander einwirken und sich gegenseitig regulieren. Ausser den nervösen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Organen vorhanden sind, müssen auch chemische Beziehungen vorhanden sein, und zwar handelt es sich dabei um Stoffe, welche in den Organen gebildet, vom Blutstrom aufgenommen und zu dem Ort ihrer Wirksamkeit getragen werden. Diese Stoffe bezeichnet man neuerdings als «Hormone». Die Hormone teilt Vortr. in drei Classen ein, nämlich 1) in diejenigen, welche die Verdauung regulieren und die Beziehungen zwischen den einzelnen Teilen des Verdauungstractus herstellen, 2) in diejenigen, welche den Stoffwechsel der aus dem Verdauungskanal in den Körper übergegangenen Nährstoffe beeinflussen und 3) in diejenigen, welche die Wachstumsvorgänge regulieren. Zum Schluss spricht Vortr. eingehend über diejenigen Hormone, welche für den Kohlenhydratstoffwechsel von grösster Wichtigkeit sind.

Hr. M u n t e r-Berlin trägt «Neuerungen auf dem Gebiet der Heilgymnastik der Nerven-, Herz- und Stoffwechselkrankheiten» vor. Er unterscheidet bei der Therapie der Nervenkrankheiten eine bahnende und eine compensatorische Uebung, je nachdem noch Fasern vorhanden sind oder nicht. Bei Rückenmarkschwindsüchtigen geht eine grössere Nervenarbeit vor sich als beim normalen Menschen, weswegen er auch leichter ermüdet. Deswegen hat Vortr. Apparate construiert, mit deren Hilfe er die Nervenarbeit bei den Uebungen bedeutend erleichtert, indem er die einzelnen Bewegungen zerlegt, den Uebenden unterstützt und die Bewegungen nicht übermässig stark werden lässt. Die Bewegungen werden durch Lichtsignale controlliert. Er hält die Apparate auch für geeignet für die Behandlung von Herzkrankheiten im Sinne von S c h o t t.

Generated on 2019-01-09 23:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hr. Bickel-Berlin sprach über die «biologische Forschung in der Balneologie», die in den letzten Jahren in seinem Institut ausgiebige Verwendung fand. Vortr. betont die Wichtigkeit wissenschaftlicher Forschung in der Balneologie überhaupt und besonders die der biologischen Prüfung. Die empirische Therapie müsste durch die wissenschaftlichen Untersuchungen aller Art rückwärts verfolgt und begründet werden. Aber auch für die Indicationsstellung für die einzelnen Mineralwässer sei die biologische Untersuchung von grosser Bedeutung. An einer Reihe von Beispielen legt Vortragender dar, welche Vorteile die Balneologie von der biologischen Forschung gehabt hat. Diese Beispiele entnimmt Vortragender seinen und seiner Schüler Arbeiten. Vor allem zeigt er, wie die verschiedenen Mineralwässer auf den Magen- und Darmkanal einwirken, wie sie die Motilität und die Secretion des Magens und Darms beeinflussen. Zum Schlusse betont Vortragender noch die Wichtigkeit der biologischen Forschung in der Balneologie überhaupt; denn in der Balneologie habe nicht nur die krasse Empirie ein Wort zu reden, sondern vor allem auch die Klinik und namentlich das Experiment.

Hr. Frankenhaeuser-Berlin gibt ausführliche Darstellungen über den balneologischen Unterricht an den Universitäten. Diesem ausserordentlich interessanten und zeitgemässen Vortrage entnehmen wir die betrübende Tatsache, dass die deutschen Universitäten von jeher auf den balneologischen Unterricht ein sehr geringes Gewicht gelegt haben. Die Folge davon ist die, dass die weit überwiegende Mehrzahl der jungen Aerzte in die Praxis geht, ohne jemals Balneologie gehört zu haben. In der Klinik sei es ja nicht möglich, diesen Fragen eine genügende Aufmerksamkeit zu widmen. Dass dieser Zustand sehr viel Schaden anrichtet und auf die Dauer nicht haltbar sei, geht ohne weiteres daraus hervor, dass doch die Balneotherapie einen wertvollen Zweig der Heilkunde bedeutet und es wohl wenig Aerzte gibt, die nicht in die Lage kommen, ihren Patienten Bäder zu verordnen. Vortr. weist auf die ausserordentlich interessante Statistik von Kauffmann in dem Deutschen Bäderbuch hin, der wir entnehmen, dass die deutschen Curorte jährlich über 1000000 Curgäste aufnehmen. Zum Schlusse macht Vortr. einige Vorschläge, wie der Unterricht in der Balneologie zu fördern sei und wie die Studierenden gezwungen werden könnten, sich eingehend mit Balneologie zu beschäftigen. Solche Massnahmen wären Prüfung der Balneotherapie im Staatsexamen, Gründung balneologischer Institute an allen Universitäten und schliesslich regelmässige balneologische Excursionen der Studierenden. Dass der Staat ein grosses Interesse daran hat, die Balneologie zu cultivieren und bei grösster Sparsamkeit für den Unterricht in der Balneotherapie materielle Opfer zu bringen sind, geht daraus hervor, dass unsere Curorte einen wichtigen Teil unseres Nationalvermögens bedeuten, indem sie schon jetzt jährlich mehr als 370000000 Mark einbringen. In der sehr lebhaften Discussion weist Hr. Determann-St. Blasien darauf hin, dass der Student der Medicin heute so stark mit allen anderen Gegenständen überlastet sei, dass für die Balneologie keine Zeit übrig bleibt. So sei die Balneologie in dem Studienplan für das 10. Semester und für dieses auch als nebensächlicher Lehrgegenstand empfohlen, also für eine Zeit, in welcher der Student seine Sorgfalt auf die für das Staatsexamen ihm wichtig erscheinenden Gegenstände verwendet. Dieses Schicksal teile die Balneologie mit der Ernährungslehre, die ebenfalls als ein höchst unwichtiger Gegenstand angesehen wird. Hr. Kionka-Jena sucht die balneologischen Vorlesungen durch Excursionen anziehender zu machen und glaubt, mit Erfolg. Hr. Brieger-Berlin spricht sich dafür aus, dass besondere Institute für die gesamte Therapie errichtet werden müssen, in denen auch die Balneotherapie cultiviert würde. Hr. Kisch sen.-Marienbad ist auch der Ansicht, dass den Studenten zu wenig Zeit für die Balneotherapie bleibe, sodass er sich gezwungen sah, diesen wichtigen Gegenstand am Sonntag zu lesen, damit seine Zuhörer für ihn Zeit hätten.

Hr. Marcus-Pyrmont machte die «Bestimmung der Blutbeschaffenheit in ihrem Bezug auf die Verdauung» zum Gegenstand seines Vortrages. Er führt aus, dass im Blute eine Substanz enthalten sei, welche die fermentative Zersetzung der eiweisshaltigen Körper verhindert, Diese Substanz ist ein Antiferment des Trypsins und wird deshalb Antitrypsin genannt, Bei vielen Krankheiten ist sie im Blute vermehrt, bei anderen vermindert. Dieser Umstand hat zu dem therapeutischen Bestreben geführt, durch eine Verbesserung des Blutes einen heilenden Einfluss auf die betreffenden Blutanomalien auszuüben. Es ist Brieger und Trebing gelungen, den bei der Krebskachexie stark vermehrten Antitrypsingehalt des Blutes zur Norm zurück zu bringen, wobei das Allgemeinbefinden sich bessert und das Siechtum aufgehalten wurde. Den bei Diabetes herabgesetzten Antitrypsingehalt konnte Vortragender erhöhen und dadurch auf den Diabetes günstig einwirken. Da die Veränderung des Antitrypsingehaltes im Blute bei einer grossen Reihe von chronischen Krankheiten vorkommt, empfiehlt Vortragender, dass in denjenigen Curorten, in denen solche chronischen Zustände günstig beeinflusst werden, ohne dass man einen bestimmten Grund für die Wirksamkeit der Curorte bisher nachweisen konnte, der Antitrypsingehalt des Blutes besondere Beachtung fände. — Namentlich sollte der Antitrypsingehalt des Blutes vor und nach der Cur untersucht werden.

Hr. Brenner-Dürkheim spricht über den Wert der Antitrypsinbestimmung des Blutes für Diagnose und Prognose der Anämie und die Beeinflussung durch Arsenwasser. Vortrag. fand bei fast allen Fällen von Blutarmut eine mehr oder weniger hohe Steigerung des antitryptischen Ferments. Gleichzeitige Untersuchungen des Haemoglobingehaltes und der corpusculären Elemente ergaben nur in etwa der Hälfte der Fälle sichere Beziehungen, derart, dass bei verminderter Zahl der roten Blutkörperchen und herabgesetztem Haemoglobingehalt sich eine entsprechende Vermehrung des Antitrypsins findet. In den Fällen, in denen das Antitrypsin wesentlich verändert ist, und das Haemoglobin wenig verändert, ist die Prognose sehr ungünstig. Vortr. behandelte eine Reihe von Patienten mit Dürkheimer Maxquelle, einem kochsalzreichen Arsenwasser und konnte damit durchweg gute Erfolge erzielen. Dabei war die Antitrypsinbestimmung der beste Beweis für den augenblicklichen Zustand des Patienten.

Hr. Brieger-Berlin spricht über «den Einfluss physikalischer Behandlung auf die Antifermentbildung im menschlichen Blute». Vortr. führt aus, dass sich die Brieger-Trebingsche Methode für die Erkennung des Krebses als sehr wichtig erwiesen hat. Es hat sich ausserdem gezeigt, dass man durch Pancreatin vorübergehend die Kachexie aufhalten kann, ohne auf das Karcinom selbst zu wirken. Dabei fand sich, dass weder das Trypsin noch Antitrypsin im Krebsknoten selbst war. In einer Reihe von Versuchen, die Vortr. im Verein mit Dr. Lichtwitz ausführte, zeigte sich, dass hydrotherapeutische Proceduren auf den Antifermentgehalt von gesunden Menschen keinen Einfluss ausübten. Dagegen wurde bei anaemischen und chlorotischen Individuen durch physikalische Proceduren ein abnormer Antifermentgehalt günstig beeinflusst.

Hr. Tellner-Franzensbad berichtet über «neue Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Kohlensäure-Gasbäder». Vortr. hatte vor einigen Jahren berichtet, dass kohlensaure Gasbäder die Atmungs- und Pulsfrequenz zunehmen und den systolischen Blutdruck steigen lassen. Da diese Angaben sr. Z. auf Widerspruch stiessen, nahm Vortr. die Untersuchungen wieder auf und kam zu denselben Ergebnis wie früher, auch mit anderen Untersuchungsmethoden und sieht sich aus dem Grunde verpflichtet, die Indicationen und Contraindicationen für die kohlensauren Gasbäder, die er früher aufgestellt, aufrecht zu erhalten.

Hr. Strauss-Berlin berichtet über «Blutdruck und Trinkcuren». Vortr. sieht es als eine wichtige Frage für die Balneologie an, wie weit Blutdrucksteigerungen durch Trinkcuren beeinflusst werden. Am wichtigsten sei diese Frage bei Nierenkrankheiten. Neuere Untersuchungen des Vortr. führten zu dem Resultat, dass die Zufuhr mittlerer oder grösserer Mengen Flüssigkeit die Blutdrucksteigerung nicht ungünstig beeinflussen. Da frühere Untersuchungen des Vortragenden über den Reststickstoffgehalt im Blutserum und noch neuere Befunde dafür sprechen, dass die Blutdrucksteigerung bei Nierenkranken durch eine Zurückhaltung von stickstoffhaltigen Stoffwechselproducten bedingt ist, welche infolge mangelhafter Nierentätigkeit nicht genügend ausgeschieden werden, so glaubt Vortr., dass Trinkcuren in solchen Fällen durch die Ausschwemmung giftiger Producte direct nützen können. Die Blutdrucksteigerung bei Nierenkranken hält Vortragender für einen zweckdienlichen Vorgang. Mit Kochsalzzufuhr soll man bei Nierenkranken vorsichtig sein, wenn sie auch den Blutdruck nicht erhöhen. Wie weit abführende Wässer den Blutdruck herabsetzen, muss noch weiter untersucht werden.

Hr. Dove-Berlin sprach über «klimatische Fragen in der Balneologie». Er betont die Notwendigkeit, das meteorologische Beobachtungsmaterial in grösserem Umfange als bisher den Aerzten zugänglich zu machen. Für die Zwecke der Mediciner müssten ausserdem für diese wenig brauchbaren Mittelwerte genaue Angaben der Häufigkeit bestimmter Extreme und Schwankungen und der Dauer gewisser Perioden und Witterungserscheinungen (z. B. in den Sommerfrischen der Häufigkeit und Dauer bestimmter Hitzeperioden) veröffentlicht werden. Eine Erweiterung des Beobachtungsnetzes ist namentlich in den von Curgästen und Erholungsreisenden besuchten Gegenden dringend erwünscht.

Hr. Gutzmann-Berlin trug über «die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache» vor. Vortr. bespricht zunächst nur diejenigen Krankheitszustände, auf welche sich sein Thema bezieht. Stottern, Aphthongie, functionelle Aphasien, die traumatischen Neurosen der Stimme und Sprache u. s. w. und geht dann auf die Uebungstherapie über, die in neuerer Zeit durch sorgfältige practische Untersuchungen der fehlerhaften stimmlichen und sprachlichen Vorgänge wesent-

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

liche Fortschritte gezeigt hat. Vortr. zeigt einige Instrumente, deren er sich für seine Uebungstherapie bedient, z. B. für die Einatmung bei gewissen Stimmstörungen das Druckdifferenzverfahren von Brat, die elektrisch betriebene Stimmgabel u. s. w. Zum Schlusse empfielt er eine ausgiebige Allgemeinbehandlung bei den Neurosen der Stimme und Sprache und zeigt, wie Klimathotherapie, Regelung der Diät etc. oft genügten, um eine Heilung herbeizuführen. Die Hypnose verwirft er ganz besonders bei Kindern und schliesst sich dem Urteil Ziehens an, dass Hypnose bei Kindern direct als Unfug anzusehen ist.

Hr. Beerwald-Altheise sprach über «das Verhalten der Kohlensäure in künstlichen und natürlichen Kohlensäurebädern». An 200 Untersuchungen des Badewassers und der Luft über dem Bade an natürlichen und künstlichen Kohlensäurebädern kam Vortragender zu dem Resultat, dass in den natürlichen Bädern die Kohlensäure nicht so gleichmässig verteilt ist wie in den natürlichen, dass sie ferner bei Zunahme von Zeit und Wärme bei künstlichen Bädern schneller entweicht als bei natürlichen. Infolgedessen ruht beim künstlichen Bade auf der Oberfläche eine Kohlensäureschicht, deren Einatmung für den Körper schädlich ist und die beim natürlichen Bade unbedeutend ist. Für die künstlichen Bäder ergibt sich daraus die practische Forderung, dass sie nicht zu lange genommen werden dürfen, und dass der Kopf des Badenden ziemlich hoch über der Oberfläche des Badewassers ist.

Hr. Fuerstenberg-Berlin spricht über die «hydriatische Behandlung der Neurasthenie». In seinem klaren, übersichtlichen Vortrag, der namentlich für die Practiker von grosser Bedeutung war, sieht Vortr. die Kunst bei der Behandlung der Neurasthenie durch die Hydrotherapie in der exacten Dosierung der hydriatischen Reize. Nur die Beherrschung der hydriatischen Technik ermöglicht es dem Arzte, bei einer unter verschiedenartigen Bildern auftretenden Krankheit, wie es die Neurasthenie ist, die richtigen hydriatischen Verordnungen zu finden. Vor allem sollte man sich vor dem «Zuviel» hüten. Bei der Behandlung selbst empfiehlt Vortr. in Betracht zu ziehen, ob die Zeichen der gesteigerten Erregung oder die der Erschöpfung mehr in den Vordergrund treten. In beiden Fällen kann man am Morgen, der sich mehr der Allgemeinbehandlung der Neurasthenie widmet, mit Teilabwaschungen beginnen, die sehr milde Reize sind. Später geht man dann zu Ganzabwaschungen, Schwammbädern oder Halbbädern über. Bei Erregten bewähren sich sehr gut Packungen und protrahierte und indifferente Bäder. In Krankenhäusern, Sanatorien etc. stehen dem Arzte noch viele reactionsbefördernde Mittel zur Verfügung, z. B. wechselwarme Fächerdouchen. Die einzelnen Symptome der Neurasthenie, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, sexuell-neurasthenische Erscheinungen lassen sich ebenfalls sehr gut durch richtig angewandte Hydrotherapie bekämpfen. Vortragender hält an dem Grundsatz fest, vor allem stets zu individualisieren und die einzelnen Proceduren in ihrer Stärke den gewünschten Reizen entsprechend zu geben.

Hr. Tobias-Berlin spricht über «intermittierendes Hinken». An der Hand von 9 von ihm beobachteten Fällen gibt er einen Ueberblick über dieses Krankheitsbild. Als Hauptursache sieht er die Arteriosclerose an. Man unterscheidet 3 Formen, die Charcot-Erbsche Form, die auf arteriosclerotischer Basis beruht, ferner die Déjerinesche Form und schliesslich die Oppenheimsche gutartige Form. Für alle Gruppen empfiehlt er eine Regelung des hygienisch-diätetischen Verhaltens. Für die Oppenheimsche Form hält er Halbbäder und schottische Douchen, sowie Kohlensäure- Sauerstoffbäder, galvanische Teilbäder und Uebungscuren für indiciert. Für die Déjerinesche Form empfiehlt er die Schmiercur und für die Charcot-Erbsche Form eine Allgemeinbehandlung der Arteriosclerose.

Hr. Haeberlin-Wyk a. Föhr spricht über «die Kinderseehospitze Europas und ihre Resultate». Vortr. berichtet, dass die Seecur seit über 100 Jahren systematisch benutzt wird bei Scrophulose, Tuberculose, Anaemie und Katarrhen. Die Resultate sind sehr günstige, besonders in Frankreich, dessen Seehospizwesen am meisten entwickelt ist. Die schlechtesten Resultate erzielen Deutschland und Italien und zwar deshalb, weil bei ihnen die Durchschnittscur eine zu kurze ist (4—6 Wochen), während in Frankreich die Durchschnittscur 400—500 Tage beträgt. Vortr. gibt einen Ueberblick über die Seehospize in den einzelnen Staaten und zeigt dabei, dass Deutschland eine untergeordnete Rolle in dem ganzen Seehospizwesen einnimmt, deshalb empfiehlt er, dass sich die Städte und andere Verbände mehr für das Seehospizwesen interessierten.

Hr. Immelmann-Berlin spricht über «die Behandlung der Gelenksteifigkeit mittelst Bierscher und Tyrrnauerscher Apparate». Vortr. ist der Ansicht, dass die Behandlung der Gelenksteifigkeiten mit den genannten Apparaten gute Erfolge erzielen lässt, er weiss aber die Bedeutung der Röntgenuntersuchungen nicht zu unterschätzen. Handelt es sich bei den Gelenken um eine knöcherne Ankylose, dann wird die genannte Therapie nutzlos sein, dagegen bei bindegewebiger Ankylose gute Erfolge zeigen. Vortr. demonstriert die Tyrrnauerschen Apparate und hebt ihre Vorzüge hervor, ebenso auch die Bierschen Apparate. Zum Schluss hebt er die Bedeutung der Massage und Gymnastik hervor.

Hr. Hirsch-Kudowa bespricht «die Balneotherapie im Kindesalter». Vortr. geht von dem Gedanken aus, dass die Balneotherapie in der Kinderheilkunde noch zu wenig Beachtung findet. Nur auf dem Gebiete der Sool- und Seebäder werde wissenschaftlich und practisch viel gearbeitet. Vortr. gibt dann einen Ueberblick darüber, in welchen anderen Gruppen von Bädern sich Kinderheilkunde und Balneotherapie zusammenfinden. Besonders weist er auf die Stahlbäder, alkalischen Quellen, Moorbäder und das Höhenklima hin. Die Ursache für diese ungenügende Berücksichtigung der Balneotherapie im Kindesalter sieht Vortr. in wirtschaftlichen Verhältnissen der Bäder. Er spricht zum Schluss die Hoffnung aus, dass ebenso wie die Seeheilstätten, nachdem sie nur in Angriff genommen wurden, es zu einer grossen Bedeutung gebracht haben, auch nur das Interesse für die Balneotherapie im Kindesalter geweckt zu werden braucht, um die Segnungen der Bäder auch den Kindern zu Gute kommen zu lassen, zumal wir ja in dem «Jahrhundert des Kindes» leben.

Hr. Borodenko-Charkow trägt seine «Untersuchungen zur physiologischen Wirkung kaukasischer Mineralwässer auf die Verdauungsorgane» vor. Die Untersuchungen Borodenkos unter Bickels Leitung ergaben, dass die Mineralwässer, welche die Magensekretion unterdrücken, dieselbe Wirkung auf die Sekretion des Pankreas ausüben, da beide Organe im engsten Zusammenhange miteinander stehen. Wenn man im Organismus in Bezug auf den Alkaligehalt eine künstliche Erschöpfung herbeiführt, so tritt ein Moment ein, in welchem das Pankreas und sein gewöhnlicher Erreger, die Salzsäure, zu reagieren aufhört; wenn man jetzt alkalische Mineralwässer einführt, beginnt das Pankreas normal zu funktionieren. Ebenso ist das Verhältnis der Magensekretion bei Kochsalzentziehung und späteren Zuführung von Kochsalzwässern. In der Discussion hebt Hr. Meyer-Kissingen hervor, dass die Dauer des Verweilens von Trinkwasser im Magen eine geringere sei als bei den Kochsalzwässern Kissingens. Er sieht in der längeren Verweildauer der salzhaltigen Lösung eine Schutzvorrichtung des Organismus.

Hr. Weidenbaum-Neuenahr macht Mitteilungen über das deutsche Fango aus der vulkanischen Eifel. Diese Substanz sei radioaktiv, welche von dem italienischen Fango in der Zusammensetzung zwar ab, verhalte sich aber genau so wie jenes sowohl physiologisch wie auch therapeutisch.

Einen Tag vor Beginn des Congresses fand die Führung durch das Pathologische Museum durch Hrn. Prof. Dr. Beitzke statt, die grossartige Sammlung, welche wohl in der ganzen Welt nicht ihresgleichen aufzuweisen hat und die allgemeine Bewunderung hervorrief. An diese Führung schloss sich ein kurzer Besuch der Experimentell-biologischen Abteilung des Pathol. Instituts an, die unter Leitung von Hrn. Prof. Dr. Bickel steht und den modernsten Zweig der medicinischen wissenschaftlichen Forschung darstellt. Darauf fand eine Demonstration der Bierschen Hyperaemiebehandlung und anderer neuerer physikalischer Massnahmen in der chirurgischen Universitätsklinik durch Hrn. Prof. Dr. Klapp statt. In einem längeren Vortrag setzte Hr. Prof. Klapp auseinander, dass die Beziehungen zwischen der Balneologie und Chirurgie durch die neueren physikalischen Heilmethoden gegeben sind. Zunächst besprach er die moderne Skoliosenbehandlung nach der von ihm eingeführten Kriechmethode. Die Tatsache, dass Vierfüssler niemals Skoliosen zeigen, wohl aber Vögel, und zwar gerade die domesticierten unter ihnen, brachte den Vortr. dazu, skoliotische Kinder systematisch kriechen zu lassen, und zwar jedes Kind individuell nach eigenem Recept. Vortr. demonstrierte 24 Kinder, die er ihre systematischen Uebungen vornehmen liess. Die Mobilisierung der Wirbelsäule geht auf diese Weise am besten vor sich. Die Stabilisierung der Wirbelsäule wird durch Uebungen erreicht, welche dem deutschen Turnen entnommen sind. Diese Behandlungsmethode der Skoliose ist auf rein physiologischen Grundsätzen aufgebaut. Vortr. empfiehlt sie im Freien vornehmen zu lassen, da er die allgemeine Kräftigung des Organismus dabei für sehr wichtig anspricht. Sodann demonstriert Vortr. eine Reihe von Bierschen Apparaten, welche der Mobilisierung von Gelenken dienen. Die grössten Triumpfe erzielt die Biersche Behandlung bei den Gelenkgonorrhoen. Sodann demonstriert er die Heissluftkästen, Saugapparate u. s. w. Zuletzt zeigt Vortr. den Heissluftstrom, der besondere Erfolge bei Residuen der Entzündungen zeigt, und bei dem neben der heissen Luft die Stärke der Windströmung eine Wirkung ausübt.

Von der geselligen Seite des Congresses sei der Besuch des Eispalastes hervorgehoben, jener modernsten Stätte des altbe-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liebten Eislaufsports in Berlin. Der Besuchsabend, an dem gerade der Entscheidungskampf des Hockeyspiels stattfand, war ausserordentlich interessant und liess die Kunst der elastischen Bewegungen auf dem Eise bewundern. Einige Momente wurden auch dem Zandersaal des Eispalastes gewidmet, dessen Zweckmässigkeit und Eleganz allseitigen Beifall fand.

Der nächste Balneologen-Congress wird wiederum in Berlin stattfinden und zwar in Verbindung mit der Säcularfeier der Hufelandischen Gesellschaft, aus deren Reihen die Balneologische Gesellschaft hervorgegangen ist. Wir wollen uns hier der angenehmen Hoffnung hingeben, dass der Congress sich weiter entwickeln möge zum Segen unserer Bäder und zur Ehre der Wissenschaft.

Referate.

Possek: Eine Influenzaconjunctivitis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10. 1909.

Die Beobachtungen umfassen 28 Fälle im ganzen; bei allen war eine typische Influenza. Die Krankheit begann unter leichter Schwellung des Oberlides mit gleichzeitiger Schwellung und Rötung der Lidbindehaut. Im weiteren Verlaufe trat auch eine Schwellung der Uebergangsfalte auf. In den meisten Fällen war auch eine Membranbildung zu beobachten, welche oberflächlich, jedoch schwer abziehbar war. Manchmal war ausgesprochene Follikelbildung vorhanden. In dem mässig eitrigen Secret, manchmal in den Membranen konnten Pneumococcen (Fränkel-Weichselbaum) nachgewiesen werden. Alle katarrhalischen Erscheinungen der Conjunctivitis zeigten nach etwa 10-tägiger Dauer eine ausgesprochene Heilungstendenz.

J. Lichtmann (Cöln).

Theo Groedel und Franz M. Groedel-Nauheim: Die Beeinflussung der Herzdilatation durch kohlensäurehaltige Bäder. Monatsschrift f. physikalisch-diätetische Heilmethoden. 1909. H. 1.

Die Verfasser untersuchten orthodiagraphisch den Einfluss mehrwöchiger Badecuren in Nauheim auf das dilatierte Herz. Während aus früherer Zeit Berichte vorliegen über ganze gewaltige Abnahme des Breitendurchmessers des Herzens nach CO_2-Bädern — einige Autoren versteigen sich bis zu 17 cm. (!) — fanden die Verf., dass «in der Mehrzahl der Fälle die Anfangs- und Schlussdiagramme sich vollständig oder nahezu deckten». Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen liess sich orthodiagraphisch eine deutliche Reduction der Herzfigur nachweisen, wobei das Maximum 2 cm. betrug. Aber schon die Abnahme des Breitendurchmessers um 1 cm. entspricht ja einer recht bedeutenden Reduction des Herzvolumens, wenn man an die Stelle der planimetrischen Vorstellung eine stereometrische setzt.

S. G. Shattock: A Report upon the pathological condition of the aorta of king Menephtah, traditionally regarded as the Pharaoh of the Exodus. Proceedings of the Royal Society of Medicine. Vol. II, Nr. 4. February.

S. untersuchte die Aorta der Mumie des Pharao Menephtah, der der biblischen Tradition nach zur Zeit des Auszugs der Israeliten herrschte. Die Mumie wurde im Jahre 1898 von M. Loret in dem Grabmal des Königs Amenhotep II in Biban-el-Moluk bei Theben gefunden und 1900 in das Museum zu Kairo gebracht. Ein Stück der Aorta wurde dem Royal College of Surgeons in London zugesandt. An der Aorta liessen sich schon makroskopisch atheromatöse Erscheinungen nachweisen. An den mikroskopischen Schnitten konnte man sehen, dass die parallelen elastischen Lamellen der Media unverändert erhalten waren, während stellenweise ausgedehnte Ablagerungen von Calciumphosphat zwischen den Lamellen sich fanden.

F. Dörbeck.

Dr. Leo Schredl-München: Ueber einen Fall von Thrombose der Mesenterialvenen und der Vena portae mit folgender Abscessbildung in der Leber nach appendicitis perforativa. Wien. klin. Rundschau. 1909. Nr. 13.

Als besonders ernste Complication der Appendicitis ist die Beteiligung des Gefässsystems der Umgebung, besonders der Venen, zu betrachten, da durch fortgeleitete Entzündung es zur Thrombose der Mesenterialgefässe sogar der Vena portae mit anschliessender Abscessbildung in der Leber kommen kann. Diese Thrombosierung nimmt ihren Ausgang von der als Folge der Appendicitis perforativa auftretenden Abscessbildung. Die Wirkungen dieser Thrombosen beschränken sich nicht nur auf die Bauchhöhle, sondern es können sogar die Lungen und die Pleura beteiligt sein. Einen Fall von dieser Ausgangsmöglichkeit der Appendicitisperforation hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit. Die Obduction ergab folgenden Befund: Eitrige Appendicitis mit 2 Perforationen ins retrocöcale Gewebe. Thrombosen der Appendixvenen, fortgeleitete Thrombose mit eitriger Erweichung der Mesenterialvenen und multiple Abscessbildung im Mesenterium. Puriform erweichte Thrombose der Vena portae, multiple Leberabscesse mit beginnenden Lebernecrosen. Eitrige Peritonitis. Das Gesamtergebnis des bacteriologischen Befundes: Streptococcen, secundär Bacterium coli. — Eine exacte Diagnose in vivo in diesem Falle zu stellen war unmöglich, da die Krankheitserscheinungen unbestimmte und auch in der Gegend des Wurmfortsatzes keine Symptome festzustellen waren. Infolge der ausgedehnten Darmverklebungen und bei der hochgradigen Schwäche des Kranken, konnte auch bei der Laparatomie kein klares Bild gewonnen werden, so dass schliesslich die Section den endgültigen Aufschluss gab.

Die Besonderheit in diesem Falle lag darin, dass sich die pathologischen Veränderungen gebildet hatten, ohne dass eine perityphlitische Abscessbildung vorlag. Die Weiterverbreitung erfolgte durch das Gefässsystem und zwar durch infectiöse Thrombose der Appendixvenen, die sich auf die Mesenterialvenen und das Pfortadersystem fortsetzte, wodurch eine eitrige Einschmelzung zustande kam, die als Folge das Auftreten einer Reihe von haselnussgrossen Abscessen im Mesenterium und in der Leber hatte.

In Anschluss hieran erwähnt Verf. noch 2 Fälle von Appendicitis mit ähnlichem Verlaufe, die an der chirurg. Klinik in München l. d. J. beobachtet und von Nishiyama beschrieben sind. Auch hier war der Herd der Infection der perforierte Appendix, aber es war zu einer perityphlitischen Abscessbildung gekommen; die Träger der Infection waren ebenfalls die Venen, die die Zerstörung besonders in der Leber verbreiteten.

Fr. Mühlen.

Dr. Erich Ruttin: Klinische und pathologisch-histologische Beiträge zur Frage der Labyrinthfistel. (Aus der k. k. Ohrenklinik und dem k. k. pathol.-anatom. Institut in Wien). Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie XLIII. Jahrgang. Heft 2.

Das «Fistelsymptom» besteht darin, dass bei Compression und Aspiration der Luft im äusseren Gehörgang associierte Bewegungen beider Augen von einem bestimmten, entgegengesetzten Typus zustande kommen. Die Bewegungen bestehen meist aus einer langsamen Bewegung und einer raschen Rückbewegung (Nystagmus rotatorius). Da klinisch vorwiegend Fisteln am horizontalen Bogengang beobachtet werden und diese Localisation für die Function des Labyrinthes relativ am günstigsten ist, so ist bis jetzt auch nur die Symptomatologie dieser Categorie von Fisteln hinreichend studiert worden. Man findet in der Regel eine langsame Bewegung beider Augen bei Compression der Luft im äusseren Gehörgang nach der entgegengesetzten Seite, bei Aspiration, zur Seite des kranken Ohres. Allein von dieser Regel kommen auch Ausnahmen vor, in dem einen der beschriebenen Fälle kehrte sich das vorher typische Fistelsymptom innerhalb weniger Tage sogar um. Entsprechend der grossen Widerstandsfähigkeit des Bogengangsapparates kann das Fistelsymptom durch Monate hindurch beobachtet werden z. B. bei tuberculösen Ohreiterungen, die bekanntlich den acustischen Teil des Labyrinthes in kürzester Frist vernichten. Andererseits können neben bestehendem Fistelsymptom oft genug Gehörreste und sogar recht gute Gehörfunction bestehen.

Verfasser beschreibt 16 Fälle, von denen 15 operiert wurden und 1 ohne Operation zur Section kam (Tod an Phthise). Das Labyrinth wurde in diesem Fall in Serienschnitten mikroskopisch untersucht. In diesem letzten Fall war das Fistelsymptom nach 1½ Monate langem Bestehen wieder verschwunden. Von den Resultaten der mikroskopischen Untersuchung ist besonders hervorzuheben das Intactbleiben des häutigen Bogenganges trotz Hindurchwucherns der Granulationen durch das Endost. Dieses Intactbleiben des häutigen Bogenganges ist für das Zustandekommen des Fistelsymptoms notwendig. Andererseits ist eine vollkommene Zerstörung des Knochens (an circumscripter Stelle) notwendig, da selbst eine mikroskopisch dünne Knochenschicht die künstlich hervorgerufenen Luftdruckschwankungen nicht auf den häutigen Bogengang übertragen lässt. Die Fälle, wo der häutige Bogengang bei der Operation durch stark verdünnten Knochen hindurchscheinend gefunden wird, geben also das Fistelsymptom nicht.

A. Feldt.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Wilibald Nagel: Einführung in die Kenntnis der Farbensinnstörungen und ihre Diagnose. Wiesbaden. Bergmann. 1908.

In einer Arbeit von 40 Seiten bietet Nagel eine kurzgefasste und klare Uebersicht über das Wesen und den Nachweis der Farbensinnstörungen. Die Theorie ist so kurz behandelt, als sie zum Verständnis der klinischen Erscheinungen unbedingt notwendig ist. Das Hauptgewicht legt der Verfasser dagegen auf die Untersuchung und wendet sich hier ganz besonders an diejenigen Aerzte, zu dessen regelmässigen Verpflichtungen der Nachweis von Farbensinnstörungen gehört. Nach Nagel ist es von grundlegender Bedeutung, dass die Prüfungsobjecte unter einem so kleinen Gesichtswinkel erscheinen, dass sie sich auf der Fovea abbilden; aus diesem Grunde ist auch die Anwendung grösserer Objecte wenigstens in naher Entfernung nicht statthaft. Auch die Schnelligkeit des Erkennens ist für die Beurteilung des Zustandes wichtig. Bei den Anomalen muss auch die Erscheinung des übermässigen Farbencontrastes berücksichtigt werden. Da es im Eisenbahndienst und in der Marine auf ein nicht allein sehr genaues sondern oft auch blitzartig schnelles Erkennen der Signale ankommt, muss man an das Personal die höchsten Anforderungen stellen. Für die Untersuchung empfiehlt Nagel seine pseudoisochromatischen Tafeln, die mit Ringen in den Verwechselungsfarben versehen sind, also von vornherein den Untersuchten «auf die Bahn des Irrtums» zu locken suchen. (Die Nagelschen Tafeln sind amtlich bei den meisten reichsdeutschen und österreichischen Staatsbahnen und bei der Kaiserlichen Marine eingeführt worden; sie sind in 5. Auflage bei Bergmann in Wiesbaden erschienen und werden durch die Verlagshandlung nur direct an Aerzte und Behörden abgegeben). Wenn nach Anwendung der Farbentafeln irgendwelche Zweifel an der Farbentüchtigkeit des Untersuchten bestehen bleiben, soll die Untersuchung mit einem Spectralfarben-Mischapparat, mit Stillings pseudoisochromatischen Tafeln oder dem Nagelschen Farbengleichungsapparat fortgesetzt werden. — Das Studium der Nagelschen Schrift kann nicht allein den Bahn- und Marineärzten dringend empfohlen werden, sondern schliesslich Allen, die sich einen schnellen Ueberblick über die behandelten Fragen verschaffen wollen.

Ischreyt.

Prof. Alois Pick und Dr. Adolf Hecht: Klinische Semiotik, mit besonderer Berücksichtigung der gefahrdrohenden Symptome und deren Behandlung. XL und 969 S. Wien und Leipzig. Verlag von Alfred Hölder. 1908.

Es ist eine riesige Arbeit, die in dem vorliegenden Buch von den Verfassern geleistet ist, enthält es doch eine eingehende Schilderung aller subjectiven und objectiven Symptome. aller Krankheitszeichen, die die Störung der Function aller inneren Organe begleiten und die bei den Allgemeininfectionen beobachtet werden. Der reiche Stoff ist in folgenden 24 Capiteln untergebracht: 1. Allgemeine Symptome. Hier werden die Anomalien der Haut, die Anomalien der Ernährung und die Anomalien der Temperatur behandelt. 2. Störungen der Herztätigkeit. 3. Störungen der Atmung. 4. Der Brustschmerz. 5. Der Husten. 6. Der Auswurf. 7. Erbrechen. 8. Störungen der Nahrungsaufnahme. 9. Die Untersuchung des Mageninhalts, Cap. 10 — ohne besondere Ueberschrift — enthält: a) Diarrhoe, b) Obstipation und Obstruction, c) Darmverengerung, Darmverschluss, d) Ikterus. Cap. 11 zerfällt in a) Schmerzen im Abdomen, b) Tenesmus und Schmerzen im Mastdarm, c) Meteorismus. — 12. Stuhluntersuchung. 13. Hämorrhagien. 14. Blutuntersuchung. 15. Hydrops. 16. Harnuntersuchung. 17. Schwere allgemeine Infectionen. 18. Die Autointoxication. 19. Nervöse Reizungs- und Lähmungserscheinungen. 20. Der Kopfschmerz. 21. Die Bewusstlosigkeit. 22. Die Schlaflosigkeit. 23. Vertigo. 24. Blasenstörungen. — Aus dieser Uebersicht der Capitel ist zu ersehen, dass die Einteilung des Stoffes durchaus keine einheitliche ist, und dass die Verfasser sich bei der Anordnung des Materials von verschiedenen Gesichtspuncten haben leiten lassen. Der semiotische oder symptomatologische Standpunct kommt in vielen Capiteln durchaus nicht zu seinem Recht. Einige Capitel würden nach der Anordnung des in ihnen enthaltenen Stoffes eher in ein Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie hineingehören, andere in ein Lehrbuch der klinischen Diagnostik oder der klinischen und chemisch-mikroskopischen Untersuchungsmethoden. Durch diese Anordnung des Stoffes ist es geschehen, dass dasselbe Krankheitszeichen an verschiedenen Stellen wiederholt besprochen wird, und wenn auch die Verfasser in der Einleitung sich gegen einen derartigen Vorwurf verwahren, so kann er ihnen doch nicht erspart bleiben. Hätten die Verfasser mit mehr Consequenz sich an ein System gehalten und den vorher einheitlich ausgearbeiteten Plan eines Lehrbuchs der Semiotik streng durchgeführt, so wäre das eine sehr dankenswerte Mühe gewesen, denn wir besitzen gegenwärtig kein solches Lehrbuch, das dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechend verfasst wäre. Die Lehrbücher der Semiotik aus früherer Zeit sind veraltet und gegenwärtig kaum zu gebrauchen, das Bedürfnis nach einem neuen derartigen Lehrbuch liegt aber entschieden vor, namentlich für den Anfänger, wenn man bedenkt, wie viele Einzelbeobachtungen auf dem Gebiete der Semiologie und Symptomatologie vorliegen, welche in ein Ganzes zusammengefasst und nach einheitlichem Einteilungsprincip geordnet, eine Quelle fruchtbringender Belehrung und Anregung zu weiterem Studium bilden würden. Bei der geschilderten Anordnung des Stoffes ist es schwer, sich in dem grossen Buch zu orientieren und hierbei macht sich das Fehlen eines Sachregisters, welches in einem solchen Werk doch ein integrierender Bestandteil sein müsste, sehr unangenehm fühlbar.

Was die Behandlung und Verwertung des riesigen in dem Buch enthaltenen wissenschaftlichen Materials anbetrifft, so muss man den Verfassern die Gerechtigkeit wiederfahren lassen, dass sie den Stoff voll und ganz beherrschen und dem Leser alles Wissenswerte in anschaulicher und gefälliger Form bringen. Die einschlägige Literatur ist genügend berücksichtigt. Es ist zu bedauern, dass bei dem grossen Aufwand von Zeit und Mühe, den die Zusammenstellung eines so reichhaltigen Buches wie das vorliegende gekostet haben muss, der eigentliche Zweck, ein Lehrbuch der klinischen Semiotik zu schaffen, nicht erreicht worden ist. Vielleicht entschliessen sich die Verfasser bei einer neuen Bearbeitung des Materials zu einer anderen Gruppierung desselben, vor allen Dingen nach festeingehaltenem semiologischem Gesichtspuncte. Die Therapie könnte aus einem derartigen Buche unserer Meinung nach füglich ganz wegbleiben. Auch ohne sie ist der Stoff überreich und kaum zu bewältigen.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

F. Dörbeck.

Auszüge aus den Protocollen des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.

Sitzung vom 11. Januar 1908.

Vorsitzender: A. Netschajew.
Schriftführer: V. Stülern und G. Zeidler.

1) N. Wesselowsorow: Zur Casuistik der supplementären Halsrippen (cf. Russkij Wratsch 1908, Nr. 46). Krankendemonstration.

W. Kernig weist darauf hin, dass er bei der Percussion der Lungenspitzen mehrfach suppl. Halsrippen diagnosticieren konnte. Meist fehlten alle subjectiven Klagen von Seiten der Patienten. Vor Jahren ist von ihm ein derartiger Pat. bereits demonstriert worden.

2) W. Ssokolow: Zur Technik der Tracheo-Bronchoskopie; — mit Krankendemonstration.

Der Vortr. schildert kurz die von Killian angegebene Technik und die von Schrötter und Guisez vorgeschlagenen Modificationen. Der Vortr. verwirft die Anästhesie mit starken (20 pCt.) Cocainlösungen und wendet stets 5 pCt. Lösungen an. Zum Schluss demonstriert der Vortr. an einem Kranken die obere und an einem zweiten Patienten die untere Bronchoskopie. Anästhesie vorzüglich mit 5 pCt. Cocainlösung.

3) L. Stuckey: Ueber die Naht bei Stichverletzungen der Lunge. (cf. Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie Bd. 88. und Russkij Wratsch 1908; Nr. 35 u. 36).

W. Lange demonstriert einen Patienten mit einer Lungennaht und referiert kurz die Krankengeschichte: Stichverletzung der Lunge, — Patient pulslos, enorme Blutung, — Hautemphysem. In Chloroformnarcose Resection der 9. Rippe und Exterriorisation. Tamponade der 13 cm. tiefen Wunde. — Nach einer Woche Entfernung des Tampons, — dabei das Symptom der «retrograden Atmung». Am 16. Tage Thorakotomie wegen eitriger Pleuritis. Heilung.

Prof. H. Zeidler macht darauf aufmerksam, dass der Vortr. allein 25 Fälle von Lungennaht aus dem Material des Obuchowhospitals anführt, während in der Gesamtliteratur bloss 8 Fälle publiciert worden sind. Das erklärt sich aus dem Umstand, dass die primäre Lungennaht im allgemeinen wenig angewandt wird und die conservativen Behandlungsmethoden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorherrschen. Die primäre Erweiterung der Thorax- und Abdominalwunden wird im Obuchowhospital principiell aus diagnostischen Rücksichten geübt, um im Falle der Verletzung edler Organe die nötige chirurgische Hilfe angedeihen zu lassen. Den Pneumothorax haben wir nicht zu fürchten (Garré). Die conservativen Behandlungsmethoden führen oft dazu, dass wichtige Complicationen übersehn werden z. B. Verletzungen des Herzens. Das Obuchowhospital verfügt hierin über ein recht grosses Material. Wir verfügen über 12 Fälle (jetzt 15) von Herznaht, und bloss in 3 Fällen war die Diagnose der Herzverletzung vor dem operativen Eingriff gestellt worden. In den übrigen Fällen wurden die Herzläsionen zufällig bei Erweiterung der in die Pleura führenden Wunden entdeckt. Auch die Verletzungen der Lunge bieten in den ersten Stunden nach dem Trauma wenig klare Anzeichen. Blutung und acute Anämie weisen auf die schwere Verletzung hin. Was die Pleurainfection anbetrifft, so wird sie auch durch primäre Erweiterung der Wunden nicht abgewendet. Die Technik der Lungennaht ist leicht, manchmal jedoch, besonders bei Pneumothorax, ist es schwer, die Lungennaht aufzusuchen. Die Verwachsungen sind bei dieser Methode weniger massiv, da die Lungennaht unzweifelhaft die Wiederentfaltung der Lunge begünstigt.

4) V. Stülern: Die Bedeutung der quantitativen Bacteriämie bei Typhus abdominalis. (cf. Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde Jg. 1908 Bd. XLVII. H. 3. und Russkij Wratsch 1908; Nr. 8).

J. Iversen: Das Aufhören der Bacteriämie in der 2. und 3. Woche des Typhus fällt mit dem Auftreten der bactericiden Eigenschaften des Blutes und der Agglutinationserhöhung zusammen. Die quantitative Bestimmung der Bacteriämie kann natürlich nicht prognostischen Zwecken dienen, da wir weder den Virulenzgrad der Bacterien noch die Widerstandskraft des Organismus kennen.

Belogolowyi: Ich verhalte mich ein wenig skeptisch zu der Tatsache, dass die Zählung der im Blut vorhandenen Mikroorganismen einen Wert bei der quantitativen Bestimmung der Bacteriämie haben soll, da ich mir nicht vorstellen kann, dass die Bacterien sich überall gleichmässig im Blut verteilen, analog den Elementen des Blutes. Bei Blutuntersuchungen aus symmetrischen Gefässen (rechte und linke Cubitalvene) erhielt ich in Fällen von Bacteriämie quantitativ durchaus verschiedene Resultate. Um den Wert der proponierten Methode zu prüfen, wäre es wünschenswert bei typhöser Bacteriämie gleichzeitig bei ein und demselben Patienten das Blut aus symmetrischen Gefässen zu untersuchen und zu vergleichen. Ferner kann die Colonienzählung unbeabsichtigte Fehler geben, da Luftbacterien auf den Petrischalen für Typhusbacterien gehalten werden können; auch können secundär aus dem ulcerierten Darm eingedrungene Bacterien, was bei Typhus häufig beobachtet wird, das Bild verschleiern. Jede einzelne Colonie aber auf ihr Wachstum zu untersuchen, wäre zu mühsam. Ferner ist auch die Virulenz der Bacterien nicht zu vergessen. Die Schlussfolgerungen des Vortr. wären unbestreitbar richtig, wenn die Virulenz der Bacterien stets gleich bleiben würde. So beobachteten wir z. B. oft bei günstig verlaufenden Staphylomykosen ein reichliches Wachstum der Bacterien in den Petrischalen, während Strepto- und Dyplomykosen, welche nur vereinzelte Colonien zeigten, oftmals ad exitum führten.

V. Stülern: Wie ich schon darauf hingewiesen habe, haben die quantitativen Bestimmungen der typhösen Bacteriämie nur relativen Wert, hauptsächlich deswegen, weil wir mit der Bactericidität des Blutes rechnen müssen, welche meist im Verlaufe des Typhus wächst. Deswegen unterliegen der quantitativen Bestimmung bloss solche Resultate, welche in ein und derselben Periode des Typhus gewonnen wurden. Was den Unterschied der Bacteriämie in den verschiedenen peripheren Gefässen anbetrifft, so sind die verschiedenen Resultate der Technik zuzuschreiben. Gleichfalls hängt auch die Verunreinigung der Nährböden eng mit der mehr oder weniger sorgfältigen Technik zusammen. Was nun das secundäre Eindringen der Bacterien aus Darm und Lunge ins Blut anbetrifft, so wird ein solcher Vorgang, wie mir meine Versuche beweisen, hauptsächlich dann stattfinden, wenn eine typhöse Bacteriämie nicht mehr constatiert werden kann. Ausserdem haben wir es bei Gallennährböden fast ausschliesslich mit Staphylococcen zu tun, da weder Strepto- noch Diplococcen auf ihnen wachsen. Was die Virulenz anbetrifft, so ist sie natürlich von eminenter Bedeutung, in meinen Versuchen habe ich sie nicht berücksichtigt, da ich bloss die quantitative Bestimmung der typhösen Bacteriämie untersuchen wollte. Die Virulenz und Lebensfähigkeit der im Blute kreisenden Bacterien sinkt rasch. Unsere Versuche im hängenden Tropfen haben erwiesen, dass schon in der 2. und 3. Woche Involutionsformen nachgewiesen werden konnten.

A. Netschajew: Das parallele Sinken der Bacteriämie und Temperaturcurve wurde in einer ganzen Reihe von Typhusfällen beobachtet. Wir haben hier eine gewisse Analogie mit dem Recurrens, wo gleichfalls bei Temperaturabfall die Spirillen aus dem Blut schwinden.

5) E. Klopfer (aus dem Evangelischen Hospital): Zur Casuistik des Volvulus bei Morbus Hirschsprungii.

Nach kurzer historischer Einleitung und Anführung der wichtigsten klinischen Daten bespricht der Vortr. einen von Prof. G. Tiling operierten Fall. 60-jähr. Lehrerin leidet von Kindheit an an chronischer Obstipation. Beim Eintritt ins Hospital schwere Darmverschlusserscheinungen. Bei der Operation folgender Befund: Das S-Romanum ausserordentlich gebläht und Torsion der Schenkel um 360°. Punction zur Entfernung der Gase. Alte und neue Verwachsungen. Im rectalen Ende ein etwa 3 cm. langer gangränöser Abschnitt. Resection des S Romanum. Im resecierten Darm 5 Liter dünnflüssigen Kotes. Keine Volvulae. Anlegung eines Anus praeternaturalis. In der Folge in 2 Sitzungen Verschluss des Anus praeternaturalis und Bauchdeckenplastik. Vollkommene Heilung. Der Vortr. hält den vorliegenden Fall für einen Morbus Hirschsprungii beim Erwachsenen. Der Volvulus ist als Folge der allzugrossen Näherung der Stützpuncte des Darmes anzusehn. Der gute Erfolg ist entschieden auf die primäre Resection der Flexur zurückzuführen. Demonstration des resecierten Darmes.

Prof. H. Zeidler: Unter Hirschsprungscher Krankheit verstehen wir eine angeborene Anomalie des Darmes bei Kindern, welche in übermässiger Verlängerung, Erweiterung und Hypertrophie der Flexur besteht. Den referierten Fall können wir nicht in diese Categorie rechnen, es handelt sich um einen gewöhnlichen Volvulus des S. Romanum auf der Basis einer Mesosigmoiditis mit secundärer Apposition beider Schenkel. Die Achsendrehung von 360° ist nach den Erfahrungen des Obuchowhospitals nicht ungewöhnlich, während wir eine Drehung von 180° seltener beobachteten. Hervorzuheben ist im gegebenen Fall das vorzügliche Resultat der Radicaloperation, welches im Hinblick auf das hohe Alter der Patientin ganz besonders zu unterstreichen ist.

J. Grekow schliesst sich Zeidler an.

E. Klopfer lässt die Möglichkeit zu, dass die angeborene Anomalie der Flexur innerhalb längerer Zeit nahezu symptomlos verlaufen (excl. chron. Obstipation) und sich erst in der Folge in Form einer Volvulus documentieren kann.

6) G. Albanus und Priv.-Doc. Ssokolow: Ein Fall von cystischer Leber- und Nierendegeneration. Mit Demonstrasion pathol-anat. Präparate.

G. Albanus referiert die Krankengeschichte: 55-jährige Frau leidet 2 Jahre lang an Leibschmerzen. Seit 6 Monaten Schwellung des Leibes und Oedeme der Extremitäten. Icterus. Im Abdomen eine grosse höckerige Geschwulst palpabel. Der Tumor nimmt das ganze Epigastrium ein und reicht bis zum Nabel. Milzdämpfung ein wenig vergrössert. Ascites. Im Harn ein wenig Eiweiss. Leibesumfang 123 c. Unter zunehmender Schwäche und wachsendem Icterus Exitus. Die Diagnose war intra vitam auf Lebercarcinom gestellt worden. Die Autopsie jedoch zeigte eine cystische Degeneration der Leber und Nieren. In unseren Sitzungen sind bereits 2 Mal derartige Fälle demonstriert worden (Pendin und Gurwitsch). Ferner behandelte ich noch im vorigen Jahr eine derartige Kranke, bei welcher W. Kernig bei ihrem Eintritt eine cystische Degeneration diagnosticiert hatte. Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Es folgt eine kurze Schilderung der Symptome, Verbreitung und Differentialdiagnose dieser seltenen Erkrankung.

Priv.-Doc. A. Ssokolow demonstriert die betreffenden Präparate. Die Leber wiegt 9000 Gramm und ist durch und durch mit Cysten verschiedener Grösse durchsetzt. Der Inhalt der Cysten ist wässerig, durchsichtig. Mikroskopisch zeigt die Cystenwand einreihiges cystisches Epithel, welches von den Gallengängen ausgeht.

Referent: E. Hesse.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die bei dem Medicinalrat unter dem Präsidium von Prof. G. Chlopin gebildete Commission zur Prüfung des von der Hauptmedicinalverwaltung eingebrachten Gesetzentwurfs betreffend den Impfzwang in Russland hat ihre Arbeiten beendigt und die Einführung des Impfzwangs im allgemeinen abgelehnt und denselben nur in den Fällen beizubehalten beschlossen, in denen er auch bisher bestand.

— Den Juden ist in diesem Jahr wieder auf Befehl des Chefs des Kreises von Pjatigorsk der Besuch der kaukasischen Curorte untersagt.

— Die Petersburger Stadtverwaltung hat beschlossen, eine Stadtapotheke zu eröffnen, in welcher die ärmsten Bevölkerungsklassen Arzneimittel mit einer Preisermässigung von mehr als 50% erhalten sollen.

— In Moskau wurde am 1. April im Saale der Stadtduma der erste allrussische Congress der Fabrikärzte, um dessen Genehmigung man sich viele Jahre bemüht hatte, eröffnet. Zur Eröffnung hatten sich gegen 400 Aerzte, Vertreter der Fabrikanten und eine Arbeitergruppe von 42 Personen versammelt. Zum Vorsitzenden wurde der Charkower Arzt Nikolski erwählt. Stadthaupt N. J. Gutschkow begrüsste den Congress und sagte, dass seine Aufgabe die Interessen Moskaus als Centrum der Industrie eng berühren. Nach einer Begrüssung seitens der Moskauer Gouvernements-Landschaft, trat ein Vertreter der Arbeiter vor, der ausführte, dass die Arbeiter bei der jetzigen Lage der Dinge nicht auf practische Resultate der Arbeiten des Congresses rechnen, nichtsdestoweniger haben sie sich entschlossen am Congress teilzunehmen, um den Schleier von der Lage der Arbeiter zu ziehen, ihre Bedürfnisse namhaft zu machen und bestimmt zu erklären, dass partielle Versuche von Reformen die Arbeiter nicht befriedigen können. Zu diesem Zweck und in diesen Grenzen versprach der Vertreter der Arbeiter eine Teilnahme seiner Kameraden an allen Arbeiten des Congresses. Der Rector der Moskauer Universität A. A. Manuilow, der bekannte Professor der Hygiene Erismann und viele gelehrte Gesellschaften haben dem Congress ihre Grüsse übersandt. Als Programmredner bei der feierlichen Eröffnung des Congresses trat der Arzt Orlow auf. Privatdocent L. A. Tarassewitsch hielt die zweite Rede, die den Massregeln zum Kampf mit der Choleraepidemie gewidmet war, die schon ununterbrochen das achte Jahr an verschiedenen Orten das Reich heimsucht. Ungeachtet der Länge der Zeit ist bisher noch nicht ein genaues und genügend planmässiges Vorgehen beim Kampf mit der Cholera ausgearbeitet worden. Bei seinen weiteren Ausführungen über die Behandlung der Cholera führte er aus, dass das Hauptaugenmerk nicht auf eine Heilung der Cholera, sondern auf vorbeugende Massnahmen, als da sind Verbesserung der sanitären Zustände, Wasserversorgung und Kanalisation zu richten ist. Als Beispiel führt der Redner Moskau und Petersburg an, die inbezug auf ihre Sanitätsverhältnisse die niedrigste Stelle unter den europäischen Städten einnehmen und nichtsdestoweniger hat sich Moskau vor einer Choleraepidemie gerettet, da die Stadt eine gute Wasserversorgung und Kanalisation besitzt. — An demselben Tage begannen auch die Arbeiten in den Sectionen.

— Im Kreise Atschinsk, Gouv. Jenisseisk, 87 Werst von Nowoselow, befindet sich der See Utschum, dessen Wasser in der Umgegend für heilkräftig gilt. Im Sommer 1907 und 1908 waren gegen 150 Kranke dort zusammengekommen, die an Rheumatismus, Scrophulose, Obstipation, Hautkrankheiten, allgemeiner Lipomatosis u. a. litten. Innerlich genommen, wirkt das Wasser des Sees stark abführend. Zum inneren Gebrauch wird aber meist das Wasser einer in den See einmündenden Quelle genommen, welches weniger concentriert ist. Ein kleiner Curort ist am See im Entstehen begriffen. Es sind gegen 60 Häuser dort erbaut. Der Preis für ein Zimmer während der Saison beträgt 15—40 Rubel.

— Zur Besetzung des vacanten Lehrstuhls für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität in Tomsk ist ein Wettbewerb angekündigt. Anmeldungen sind spätestens bis zum 20. April d. J. einzureichen.

— Am 8. April erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 6 Personen, starben 0, genasen 2, in Behandlung verblieben 50. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10340 Personen erkrankt, 4008 gestorben und 6281 genesen.

— An Stelle des Verstorbenen Dr. Thomas Wakley ist Dr. Squire Sprigge zum Redacteur des Lancet ernannt.

— In Marienbad und Franzensbad hatte sich je ein Aerzteverein gebildet, der die Erbauung eines Curhauses plant, um den curbedürftigen Collegen aus Deutschland und Oesterreich-Ungarn Ermässigung der Curkosten zu verschaffen. Bevor das Curhaus noch fertiggestellt ist, werden schon in diesem Sommer zu Anfang und Schluss der Saison je 10 Freiplätze den Collegen zur Verfügung gestellt. Die Betreffenden erhalten freie Wohnung in Privathäusern, unentgeltlich Curmittel, Befreiung von Cur- und Musiktaxe, Ermässigung in den Restaurants etc.

— Der Verein hessischer Zahnärzte hat zur Einrichtung eines zahnärztlichen Instituts an der Universität Giessen die Summe von 30000 Mark zur Verfügung gestellt.

— Die japanische Regierung ergreift energische Massregeln zur Bekämpfung der Lepra. Nachdem festgestellt worden war, dass es in Japan gegen 30000 Familien gibt, in welchen Leprakranke sind, beschloss die Regierung, mehrere Tausende der schwerer Erkrankten zwangsweise zu isolieren. Zu diesem Zweck sollen an 5 Puncten in verschiedenen Ortschaften Kolonien gegründet werden, wohin allmählich die Leprösen zusammengezogen werden sollen. An der Spitze des Unternehmens steht Prof. Kitasato. In der Umgegend von Osaka wird bereits der Bau eines Hospitals für Lepröse beendigt. Ferner soll in nächster Zukunft ein Asyl für die Leprösen der Insel Kiu-Siu eröffnet werden.

— Aus Deutsch-Ostafrika trifft die telegraphische Meldung der dortigen Behörden ein, dass im Muansa-Bezirk 60 Fälle von Pesterkrankungen mit tödlichem Ausgange registriert worden sind.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 15. bis zum 21. März 1909 571 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 39, Typh. exanth. 12, Febris recurr. 70, Pocken 28, Windpocken 16, Masern 151, Scharlach 77, Diphtherie 95, acut. Magen-Darmkatarrh 10, Cholera 13, an anderen Infectionskrankheiten 60.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12334. Darunter Typhus abdominalis 465, Typhus exanth. 27, Febris recurrens 327, Scharlach 282, Masern 143, Diphtherie 153, Pocken 68, Windpocken 2, Milzbrand 1, Cholera 47, crupöse Pneumonie 121, Tuberculose 612, Influenza 247, Erysipel 85, Keuchhusten 10, Hautkrankheiten 88, Lepra 0, Syphilis 517, venerische Krankheiten 316, acute Erkrankungen 2047, chronische Krankheiten 1733, chirurgische Krankheiten 1442, Geisteskrankheiten 3212, gynäkologische Krankheiten 242, Krankheiten des Wochenbetts 41, verschiedene andere Krankheiten 106.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 829 + 43 Totgeborene + 52 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 7, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 5, Pocken 8, Masern 29, Scharlach 25, Diphtherie 14, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 44, katarrhalische Pneumonie 81, Erysipelas 4, Influenza 16, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 30, andere Magen- und Darmerkrankungen 39, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 24, andere Todesursachen 283.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 19. März der Arzt am Oknlowschen Landschaftshospital Dr. J. Germs am Flecktyphus; 2) Dr. S. Beljakoff, Director der Gouvernementsirrenanstalt in Ssamara; 3) Dr. R. A. Murray, früher Professor der Geburtshilfe in New-York; 4) Dr. E. Kufferath, Prof. der Geburtshilfe an der Universität zu Brüssel; 5) Dr. Arth. Garngee, Prof. der Physiologie an der Universität zu Manchester; 6) Dr. Frederick Hallam Hardy, englischer Militärarzt und Mitglied der englischen Commission zur Erforschung der Schlafkrankheit. Er starb an Trypanosomiasis, die er sich in Nyassau zugezogen hatte; 7) Dr. Pedro de Almeida Magelhães, Prof. der Pathologie an der Universität zu Rio de Janeiro; 8) Dr. F. K. Hotz, Prof. der Ophthalmologie und Otologie an dem Rush Medical College in Chicago; 9) Dr. Dillon Brown, Prof. der Pädiatrie an der Universität in Vermont.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. April 1909.

Tagesordnung: Dr. O. Moritz: Ueber Herzarhythmien.
Geschäftliche Sitzung:
Beratung über den Entwurf eines neuen Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. April 1909.

Tagesordnung: Dr. C. Wiedemann: Ueber Eklampsie.

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 16 St. Petersburg, den 18. April (1. Mai) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Ueber Atoxyl-Polyneuritis und Atoxyl-Amblyopie [1].

Von

Dr. Eduard Schwarz,

Dirigierendem Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

M. H.! Der Winter 1907/8 brachte uns eine recht ausgedehnte Recurrens-Epidemie. Die zur Nachprüfung auffordernden, sehr günstigen Erfolge, die mit dem Atoxyl bei der Schlafkrankheit, bei der Nagana, der verheerenden Tsetse-Krankheit, (Löffler, Rühs und Walter, Deutsche Med. Nr. 34. 1908) und angeblich auch bei der Syphilis gemacht worden sind, gaben es an die Hand, das Atoxyl auch bei dieser Spirillenkrankheit zu versuchen. Diese Versuche, die in der Inneren Abteilung gemacht worden waren, gaben mir Gelegenheit, 2 Fälle von Atoxyl-Vergiftung zu beobachten, von denen der erste die schon an mehreren anderen Kranken beobachtete Erkrankung des nervus opticus zeigt [2]); erwähnenswert ist aber dieser erste Fall durch die noch nicht beobachtete sehr geringe Menge von Atoxyl (4,8), die eine Erkrankung des Sehnerven veranlasste; der zweite zeigt aber neben Erblindung eine Störung, die meines Wissens noch nicht beobachtet worden ist. Neben einer fast totalen Erblindung, deren allmähliche Entwickelung, nach dem Aussetzen des Atoxyl unaufhaltsam fortschreitend, im Krankenhause beobachtet werden konnte, ist bei diesem Kranken durch das Gift, dessen Gesamtmenge auch in diesem Falle (6,75 resp. 8,11) hinter dem Quantum weit zurückbleibt [1]), das als geringste Menge, von der dem Menschen Gefahr drohte, bisher bekannt war, eine Polyneuritis erzeugt worden, die sich symmetrisch an den unteren Extremitäten hauptsächlich in beiden Ischiadicusgebieten entwickelte [2]).

Am 21. XI. 07. wurde der 52-jährige Maxim Muchin in die innere Abteilung mit hohem Fieber aufgenommen. Am 22. XI. 07. wurden Recurrensspirillen nachgewiesen, und am 23. XI. wurde eine Atoxylbehandlung begonnen. Pat. bekam vom 23. XI. bis 6. XII. incl. mit Aussetzen der Injection am 27. und 28. XI. täglich eine Injection von 0,4 Atoxyl, also 12 Injectionen mit einem Gesamtquantum von 4,8 Atoxyl. Es blieb bei ihm bei dem ersten Anfall, die Temperatur fiel unter starkem Schweiss am 26. XI. ab, ein zweiter stellte sich nicht ein, doch klagte Pat. am 4. XII. 07. über Schmerzen in der Brustwand, am 6. XII. wurde das Atoxyl ausgesetzt; am 7. XII. ist notiert: Schwindel, Dunkelwerden vor den Augen, l. Auge angeblich schlechter sehend, Ohrensausen. 12. XII. Vermindertes Sehvermögen. Harnanalyse = n. 13. XII. Schwindel andauernd; am 15. XII. wird der Verdacht einer Tabes dorsalis incip. ausgesprochen, da Pat. vor 6 Jahren Lues durchgemacht hat und die linke Pupillenreaction für Licht = 0 gefunden wurde, bei erhaltener Lichtreaction der r. Pupille, erhaltener Pupillenreaction auf Convergenz und erhaltenem Kniephänomen. Ophthalmoskopisch: links die Retinalarterien eng; Papille blass. Pat. wurde am 23. XII. in die Nervenabteilung übergeführt, und hier ist am 24. XII. notiert: Kniephänomen = n, r. u. l. Maculae corneae; Pupillenreaction für Licht = n. auch links, aber bei seitlicher Beleuchtung, namentlich von der nasalen

[1]) Nach einer Demonstration auf d. XX-ten livländischen Aerztetag Aug. 1908 zu Riga, auf dem der 2-te Kranke demonstriert wurde, und einem Referate im Mai 08 im Verein practischer Aerzte zu Riga.

[2]) Fehr: (Sehnervenerkrankung durch Atoxyl. Deutsche Med. Woch. 1907. Nr. 49, pag. 2032) hat die bis 1907 bekannten Fälle von Amblyopie nach Atoxylgebrauch zusammengestellt.

[1]) Im Nonneschen Fall betrug das Gesamtquantum 8,0 (Med. Klinik 1908. 20).

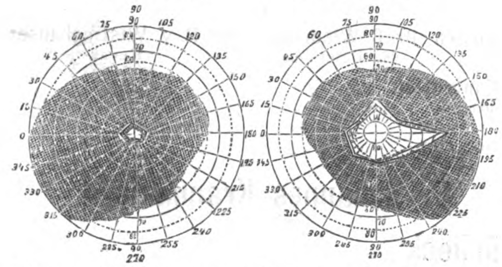
[2]) Beide Krankengeschichten wird H. Dr. Igersheimer in einer Arbeit gleichfalls verwertet, die alle Fälle d. Weltliteratur sammeln wird; er schreibt mir unter dem 21. II. 09, dass dieser Fall von Polyneuritis «in d. Tat der erste» sei, der beobachtet worden ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite her oft fehlend oder sehr gering, bei directer Beleuchtung von vorne aber deutlich, ausgiebig und prompt; consensuell vom r. Auge aus ebenso prompt. Die Pupillenreaction des r. Auges consensuell von links nicht ganz so ausgiebig wie bei directer Beleuchtung. Ophthalmosk: R.: grosse physiologische Excavation, Sehnerv grau, Arterien normal breit. L.: Arterien sehr eng, Venen auch enger als rechts. Sclerectasia posterior; Sehnerv steht schräg, recht atrophisch, schmutzig-gelblich; keine Retinalblutungen. Vis. oc. sin.: zählt in 2 Fuss keine Finger mehr. G. F. conc. eingeengt, namentlich nasal, dasselbe auch rechts (cf. Schema).

Aufgenommen von Hr. Dr. Moddanick.

Linkes Auge. Rechtes Auge.

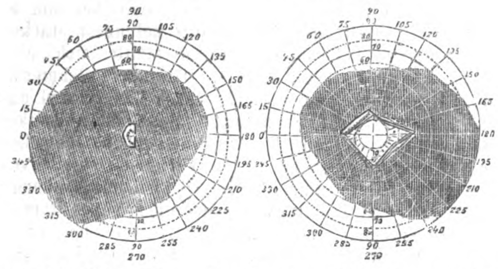


4. II. 08. Allgemeines Aussehen besser, Klagen über schlechteres Sehen links. Zählt links Finger in 5 Meter (dabei Notiz: bei leidlich guter Beleuchtung).

Am 1. III. 08 verlangte Pat. Entlassung. Im Entlassungsstatus, veranlasst durch die Beobachtung am folgenden Pat., ist notiert: Flexoren des Unterschenkels stark und kräftig, auf den faradischen Strom prompt reagierend. Kniephänomen prompt. Ophthalmosk.: Status wie früher; links Papille blass geworden, nicht mehr so gelb wie früher: „der gelbe Knopf" erscheint geschrumpft und etwas in die Tiefe gesunken". Arterien eng, im Gegensatz zu den Arterien des r. Auges, welch' letztere normal weit sind; Vis. oc. dextri: Central $^{6}/_{36}$, Myopie, mit Concav-Gläsern nicht wesentlich zu verbessern. Maculae corneae. Vis. oc. sin: Finger in 5 Meter. GF. cf. Schema Nr. 2 vom 1. III. 08. [1]) Im Jan. 1909

Aufgenommen von Hr. Dr. Moddanick.

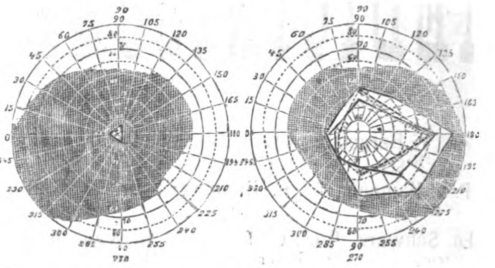
Linkes Auge. Rechtes Auge.



hatte ich Gelegenheit, Pat. in der Abteilung wiederzusehen. Sein Allgemeinbefinden hatte sich wesentlich gebessert, neue Symptome waren nicht hinzugekommen. Pat. hat das Recht unentgeltlicher Verpflegung im Krankenhause, und der Grund zur Aufnahme war wohl Kälte und Arbeitslosigkeit. Sein Sehvermögen hat sich nicht wesentlich gebessert, doch ist das r. G. F. wesentlich weiter geworden. Links zählt er Finger in 3 Meter, rechts liest er Jäger 3 leidlich gut. Er wurde in sehr gutem Zustand am 5. II. 1909 entlassen (cf. G. F. Nr. 3).

Aufgenommen von Dr. Ed. Schwarz.

Linkes Auge. Rechtes Auge.



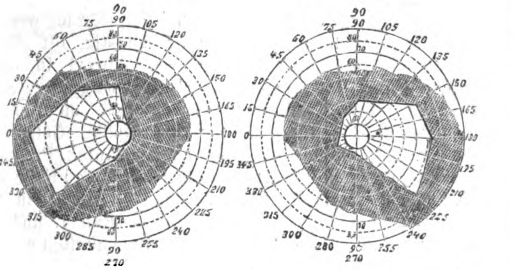
Der 2-te Fall betrifft einen Knecht des Krankenhauses. Er erkrankte am 18. X. 07 plötzlich mit Fieber, am 19. X. wurden bei ihm Spirillen nachgewiesen und am 20. X. wurde mit Atoxylinjectionen begonnen. Pat. bekam täglich eine Injection, 27 Tage hintereinander, von 0,25—0,3, so dass er im Ganzen 6,75 resp. 8,1 Atoxyl erhalten hat; genauere Angaben enthält der Bogen nicht; jedoch ist wohl anzunehmen, dass er etwas weniger als 8,1 und etwas mehr wie 6,75 erhalten haben mag. Aus dem Status ist zu erwähnen, dass Organveränderungen nicht nachweisbar waren, nur der Harnbefund war kein normaler. Der Aufnahmestatus enthält die Notiz: spec. Gew. des Harns 1,020; Harn sauer, dunkelgelb, getrübt, Eiweiss (Esbach) $3^{0}/_{00}$. Diazo negativ. Mikroskopisch vereinzelte rote Blutkörperchen, einzelne Rundzellen; einzelne Plattepithelien, einzelne grobgranulierte Cylinder, Bacterien. Am 25. X. trat nachts Schüttelfrost und starker Schweiss mit Temperaturabfall ein, das Atoxyl hat aber einen 2-ten Anfall nicht inhibieren können. Am 13. XI. trat wieder Steigerung der Eigenwärme auf, die Temperatur erhob sich am Abend auf 39°; blieb die Nacht und den nächsten Tag auf 39°, sank gegen Abend und war am 15. XI. morgens 36,9; die nächsten beiden Tage abends noch 37,6° und dann fortlaufend unter 37°. Auch während dieses 2. Anfalls sind Spirillen am 13. XI. nachgewiesen worden. Euphorie; Pat. nahm vom 18. XI. (165 ℔) bis 2. XII. (175 ℔) 10 ℔ zu. Am 30. XI. sollte Pat. entlassen werden, klagte aber über Sehstörungen. Die „Pupillen waren merklich erweitert und träge reagierend". Am 25. XII. nahm Herr Dr. R. v. Mende, Assistenzarzt an der Augenheilanstalt, folgenden Status auf: „Conj. bds. normal. Cornea: R. O. eingeheilter alter Fremdkörper mit ihn umgebender zarter Trübung; L. paracentrale, zarte, alte Maculae; Iris normal. Pupillen reagieren auf Lichteinfall dir. u. cons. u. auf Conv. gut. Brechende Medien klar. Fundus: L. Choroidealhügel am äusseren Papillenrande, Papille selbst scharf begrenzt, blass, Arterien hochgradig verdünnt, Peripherie, speciell Macula frei. R.: Papille blass, Arterien hochgradig verdünnt; die nach unten abgehende Vene ist bei ihrem Austritt aus der Papille auf ca. Papillenlänge von einem rötlich-gelblichen Herde begleitet, der sie unverdeckt erscheinen lässt, und eventuell als resorbierte Blutung gedeutet werden kann. Peripherie, speciell Macula, frei. Farben werden central alle gut erkannt; das G. F. scheint für dieselben entsprechend dem für Weiss eingeschränkt zu sein, cf. G. F. Schema Nr. 4. Rechts besteht unregelmässiger Astigmatismus. Pat. wurde am 8. Dec. in die Augenheilanstalt übergeführt, und verblieb dort bis zum 28. XII. 07. Auf Veranlassung von Herrn Dr. von Mende wurde Pat. am 28. XII. 07. in meine Abteilung übergeführt, „da seine Augensymptome stationär geblieben seien und sich Erscheinungen einer Polyneu-

[1]) Die G. F. sind nicht allen Anforderungen entsprechend: die Kranken fixierten nicht gut; so ist die mangelhafte Uebereinstimmung z. B. von dem G. F. für d. l. Augen in Nr. 1 u. 2 zu erklären; auch das G. F. der r. Augen in Nr. 2 dürfte in Wirklichkeit mehr nach aussen zu verlegen sein, d. h. die Einschränkung war nasal stärker als das Schema zeigt.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Untersuchung des Herrn Assistenz Arzt der Augenklinik. Von Dr. v. Heude,

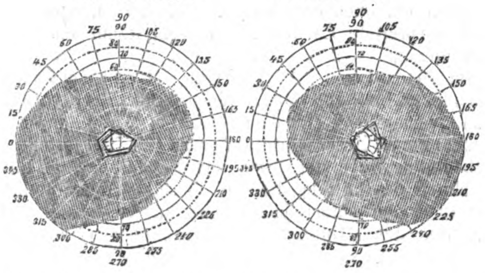
Linkes Auge. Rechtes Auge.



ritis — strumpfförmige Hypästhesien — eingestellt hätten". Der von mir eigenhändig geführte Bogen — ich hatte damals keine Hilfe — enthält am 18. 21. I. und am 23. I. 08; 8. II. 08; 31. III; 23. IV.; 28. V.; 2, 26. VI. 21. X. genaue Untersuchungsbefunde. Hier nur eine ausführliche Zusammenfassung. Bei seiner Aufnahme zeigte Pat. einen paralytischen Plattfuss und die in der Augenheilanstalt schon constatierte Hypästhesie an den Füssen bis zu den Fussgelenken hinauf; an den Zehen wurden Berührungen garnicht empfunden. Am Fuss waren sie deutlich herabgesetzt; für Schmerzreize besteht jedoch an den Füssen eine Ueberempfindlichkeit. Gehen konnte Pat. leidlich; von 11—18. I. 08. lag Pat. zu Bett und litt an Durchfällen, liess einige Mal Stuhl ins Bett, gab an, „er könne den Stuhl nicht halten", und klagte über leichte Beschwerden beim Harnlassen; „er könne, wenn das Bedürfnis komme, und das komme oft, nicht sofort den Harn entleeren". Bis zum 11. Jan. war eine hochgradige Gehstörung nicht zu beobachten. Nachdem Pat. am 18. das Bett wieder verliess, war aber eine deutliche Gehstörung vorhanden; er ging mit gebeugten Knieen mühsam, konnte mit Mühe auf einen Stuhl steigen, sich aber nicht auf der Fussspitze und nicht auf die Hacken erheben. Nachts habe er Schmerzen in den Unterschenkeln und Füssen und klagt über lebhaftes Frieren der Beine auch tags; trägt dicke, wollene Strümpfe. Die kleinen Fussmuskeln sind atrophisch, die Muskeln des Unterschenkels druckempfindlich; am 23. I. war die Gehstörung noch hochgradiger. Pat. kann kaum stehen und nur noch mit Unterstützung mit stark geknickten Knieen gehen. Das Kniephänomen ist lebhaft, lebhafter als in der Augenheilanstalt (Dr. v. Mende). In den Muskeln der Unterschenkel, den Beugern des Knies und dem unteren Teil der Glutaei maximi hochgradige Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit; vom Nerven aus (N. peroneus) sind faradisch und galvanisch ausgiebige Contractionen auszulösen, von den Muskeln direct aber erzielt man nur sehr träge und langsame galvanische Zuckungen, bei denen die An. Z. überwiegt; direct faradisch konnte nur der linke Biceps femoris nicht in Contraction versetzt werden, auch die anderen Beuger des Knies reagierten nur auf höhere Stromstärken. In dem Extensor cruris dagegen waren prompte, faradisch und galvanisch, blitzartige Zuckungen, sowohl bei der letzten als ersten Untersuchung vorhanden; dabei besteht leichte Beugecontractur im Knie, beim Versuch das Bein passiv zu strecken, werden recht lebhafte Schmerzen geäussert. Zu dieser Zeit (Ende Januar 1908) hatte sich das Sehvermögen verschlechtert. Pat. zählte links Finger in $2^1/_2$ Meter, rechts in 2 Meter, dass G. F. war noch enger geworden (cf. Schema Nr. 5). Die Papillen sahen noch blasser aus, die Stelle an der Vene nach unten war mehr bräunlich geworden (cf. Schema Nr. 6). Im März 1908 trat fast völlige Erblindung ein. Das Sehvermögen verschlimmerte sich schnell, so dass Ende März nur leichter Lichtschimmer

Aufgenommen von Hr. Dr. Moddanick.

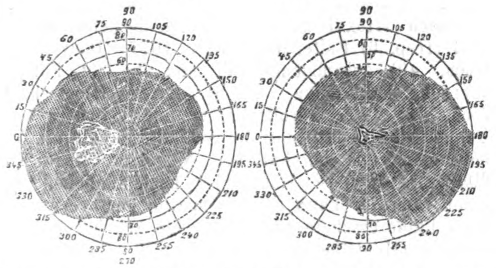
Linkes Auge. Rechtes Auge.



F des linken Auges wohl mehr nach aussen zu verlegen; Pat. fixierte schlecht.

Aufgenommen von Hr. Dr. Moddanick. Assistent der Abteilung.

Linkes Auge. Rechtes Auge.



R Auge so weit blind, dass im 9 F nicht mehr aufgenommen werden kann; Pat. hat von aussen her noch deutliche Lichtempfindung, erkennt auch, ob die umstehenden Personen hell oder dunkel gekleidet, aber nur bei links stehenden Personen.

von aussen her noch empfunden wurde; die Sehnerven atrophisch, die Gefässe noch enger als bei der Aufnahme. Die Gehfähigkeit hatte sich im März ein wenig gebessert, so dass Pat. leicht gestützt gehen, sich auch ein wenig auf den Hacken erheben konnte. Die Schmerzen in den Unterschenkeln hatten nachgelassen, auch das Kältegefühl; die kleinen Fussmuskeln waren aber vollkommen geschwunden; an Stelle des musc. extensor digitorum com. brevis tiefes Loch, hier und an der Fusssohle mit starken galvanischen Strömen noch träge geringe Zuckungen nachweisbar (faradisch nichts) (28. V. 08); in der Folge schwanden auch diese; die Unterschenkel sind im Gegensatz zu den sehr stark entwickelten Extensores cruris recht mager; die Sensibilitätsstörung ist aber nicht mehr nachweisbar; Blasen- und Mastdarm normal.

Pat. wird in ein Asyl am 11. XII. 08 übergeführt.

Es handelte sich hier somit um eine Neuritis des Nervus opticus und eine ähnliche Neuritis in den peripheren Nerven der unteren Extremitäten. Nonne hat uns als Erster und Einziger bisher gezeigt, dass es sich in diesen Fällen um eine parenchymatöse Erkrankung der Sehnervenfasern handelt (Med. Klinik. 1908. Nr. 20). Und dieser Fall zeigt, dass ähnliche (!) Störungen auch in den peripheren Nerven Platz greifen können. Beruhen sie aber wirklich auf einem gleichen Process wie die Veränderungen im Sehnerven? Im schärfsten Gegensatz zu den Streckern des Unterschenkels waren befallen die Beuger desselben und hatte die Störung auch die übrigen Gebiete des Ischiadicusgebietes betroffen und in den Endausbreitungen war die Störung am hochgradigsten; die kleinen Fussmuskeln atrophierten vollkommen.

Dass es sich um eine Affection der peripheren Nerven handelte, dürfte wohl sicher sein. Der Mangel irgend wie greller hervortretender Blasen- und Mastdarmsymptome,

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Sensibilitätsstörung an der Peripherie, die Hyperalgesie, combiniert mit der Hypaesthesie, das stärkste Befallensein auch der Muskeln an der Peripherie, die weit verbreitete Ea.-Rc. lassen wohl kaum eine andere Deutung zu.

Im Atoxyl ist 23% Arsen (Lockemann und Pauke: Deutsch. Med. Woch. 1908. 34) vorhanden, und „vermutlich" (Lüders) ist das Mittel durch Einwirkung von Arsensäure auf Anilin dargestellt. Die Schädigung, in erster Linie des Sehnerven, die elective Wirkung des Mittels, die an dieselbe Eigentümlichkeit des Bleis den motorischen Fasern des nerv. rad. und des Ergotins den Hintersträngen gegenüber erinnert, ist sie auf Arsen zurückzuführen oder auf Anilin? und ist die Polyneuritis in den unteren Extremitäten demselben Agens zuzuschreiben wie die Sehnervenerkrankung? Bis auf den eben referierten Fall, in dem auch andere periphere Nerven erkrankten, war die Opticus-Neuritis die einzige greifbare Schädigung des Nervensystems, die nach Rückgang der allgemeinen Intoxicationserscheinungen nach Atoxyl zurückblieb. Ich beziehe mich auf die 4 (resp. 6) Fälle, die Fehr 1907 (Deutsch. Med. Woch. 49) zusammengestellt, und die 22 Fälle von dauernder Erblindung, die R. Koch (Deutsch. Med. Woch. 46) 1907 veröffentlichte und in Africa bei Gelegenheit der Behandlung der Schlafkrankheit mit Atoxyl beobachtete, und den Fall von Nonne: (Med. Klinik. 1908. 20). Weiteres Nachsuchen nach ähnlichen Fällen in der Literatur kann ich mir sparen und verweise auf die in Bälde erscheinende umfassende Arbeit von Igersheimer (Heidelberg).

In dem grossen Werke von E. Remak über die Neuritis und Polyneuritis ist von Opticuserkrankungen nach Arsenvergiftung nichts erwähnt; Utthof hat nur einige wenige Fälle leichter Neuritis optica nach Arsen anführen können (citiert nach Fehr). Somit ist eine Erkrankung des Opt. bei Arsenvergiftung etwas ganz ungewöhnliches! Nach Untersuchungen von Lockemann und M. Pauke (Deutsch. Med. Woch. 1908. 34) „wird das Atoxyl selbst nach subcutaner Injection grösstenteils durch den Harn sehr schnell (binnen 24 Std.) fast ganz unverändert wieder ausgeschieden. Geringe Arsenmengen lassen sich noch tagelang im Harn nachweisen. Bei kurz hintereinander wiederholten Injectionen wird die Ausscheidung verlangsamt, sie kann sich spurweise wochenlang hinziehen, in dem von uns untersuchten Falle bis zum 25 Tage. Während der ersten beiden Tage scheint in geringem Masse ein wachsender Zerfall des Atoxyls in seine Componenten stattzufinden, was sich durch Ansteigen der Mengen des „freien" (d. h. nicht als Atoxyl gebundenen) Arsens bemerkbar macht. Später nehmen die Arsenausscheidungen wieder ab, während gleichzeitig ein gewisser Teil im Organismus gebunden wird, welcher dann allmählich durch Keratinsubstanzen zur Aussonderung gelangt". Zunächst käme also das Atoxyl selbst als Agens in Betracht; die Erkrankung des Opticus tritt aber erst nach längerem Gebrauch auf und, wie es scheint, mit Vorliebe nach „kurz hintereinander wiederholten Injectionen resp. täglicher Injection auch von kleinen Dosen". Grosse Einzeldosen (1,0) machen keine Opticuserkrankung; dass das Atoxyl als solches die Erkrankung hervorruft, erscheint somit nicht wahrscheinlich. Das freie Arsen, das einen Zerfall des Atoxyls in seine Componenten anzeigt, kann, wie erwähnt, wohl erst recht nicht beschuldigt werden, die Sehnervenerkrankung zustande zu bringen. Aber die andere Componente, das Anilin? Fehr hat die in Frage kommenden Puncte zusammengestellt. Die häufigsten Intoxications-Amblyopien werden durch Alcohol und Tabak veranlasst; die klinischen Bilder stimmen aber mit dem der Atoxyl-Amblyopie nicht überein; bei Alcohol und Tabak sehen wir mehr oder weniger hochgradige Sehstörung, centrales Scotom bei normalen Aussengrenzen des G. F., keine totale Sehnervenatrophie sondern Abblassung der temporalen Papillenhälften, keine wesentliche Gefässveränderung. Prognose: günstig, oft völlige restitutio ad integrum; dagegen bei Atoxyl in jedem einzelnen Punct das Gegenteil. Meist hochgradige Sehstörung bis zur Erblindung, concentrisch, mehr nasal eingeengtes G. F.; totale Sehnervenatrophie, Gefässveränderung, und zwar hochgradige und constante; Prognose schlecht, in vielen Fällen Erblindung (Fall II und Fälle von v. Krüdener, Bornemann und Nonne), in den günstigeren Stehenbleiben der Sehstörung (Fall I. und die beiden Fälle von Fehr). Diese Eigentümlichkeiten werden erklärlich durch die Mitteilungen von Nonne, der als erster einen Sehnerv mikroskopisch untersuchen konnte. Er fand eine parenchymatöse Degeneration der Opticusfasern, während die Alcohol- und Tabak-Amblyopie durch eine „interstitielle Neuritis" hervorgerufen werden soll. Eine besondere Aufmerksamkeit gebührt der Gefässerkrankung bei Atoxylamblyopie. Sie ist eine hochgradige und betrifft hauptsächlich die Arterien. Blutungen scheinen selten zu sein. Gesehen sind solche nur von Lesser und Greef; in dem 2. hier mitgeteilten Falle dürfte der bräunliche Fleck an der Vene wohl als sich resorbierende Blutung aufgefasst werden. Ich selbst habe das ophthalmoskopische Bild erst in diesem Stadium gesehen und möchte ein sicheres Urteil nicht abgeben.

Starke Beteiligung der Gefässe sehen wir bei der Chininamaurose, doch ist sie wohl anderer Natur, denn die Störung beginnt acut und bildet sich allmählich zurück, während sich bei Atoxyl die Sehstörung allmählich und progressiv entwickelt. Am meisten Aehnlichkeit haben die Störungen nach Atoxyl noch mit der Erkrankung des Opticus bei Bleiintoxication. Utthoff nimmt eine Erkrankung der Nervenfasern und der Gefässe an, und das Bild der Erscheinungen ist ein ähnliches: bei beiden periphere Gesichtsfeldeinengung, Abblassung der ganzen Papille; Prognose: völlige Amaurose oder Stehenbleiben der Störung in gewisser Höhe; bei Sectionen fand man: interstitielle Neuritis und Perineuritis, Sclerose der Gefässe des Opticus und der Netzhaut.

Von Anilinvergiftungen sind nur einzelne bekannt, die freilich mit peripheren Opticusveränderungen und concentrisch eingeengtem G. F. verliefen (Fehr). Bornemann führte ausserdem an, dass auch nach Antifebrin Amblyopie, Gesichtsfeldeinengung, Abblassung der Papillen und Verengerung der Netzhautgefässe gesehen worden sei (Fehr). Diese Bilder haben weitgehende Aehnlichkeit mit dem Bild der Atoxylamblyopie.

Besonders zu betonen sind auch die gegensätzlichen Momente, die im Bild des 2. Falles in Bezug auf die Optikuserkrankung einerseits und die Erkrankung der peripheren Nerven der unteren Extremitäten andererseits zu Tage treten. Ungefähr zur selben Zeit treten beide Erkrankungen auf, die Opticusaffection ist progressiv, sie führt unaufhaltsam zur Erblindung, die Affection der Extremitätennerven aber wird noch während der Beobachtung im Krankenhause rückgängig; die partielle Ea. Rc. geht zurück. Eine Erkrankung durch dasselbe Gift ist somit unwahrscheinlich. Durch Arsen sind bisher keine oder nur in seltensten Fällen Erkrankungen der Sehnerven gesehen worden und Arsenvergiftungen sind häufig; durch Anilin und Antifebrin sind Krankheitsbilder erzeugt worden, die denen durch Atoxyl sehr ähnlich sehen. Das Bild der peripheren Extremitäten-Neuritis ist mit einer Arsenpolyneuritis durchaus vereinbar, wenn auch die Beteiligung des Ischiadicusgebietes und das

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Freibleiben des Cruralisgebietes mit Erhaltenbleiben des Kniephänomens sehr auffallend und ungewöhnlich ist. „Nahezu ausnahmslos geht das Kniephänomen verloren“ (Remak). „Nur Bury fand bei einem Arsenarbeiter mit Parästhesien der Hände und Füsse, Schwäche der Unterschenkelmuskeln, relativer Anästhesie der Hände und Füsse und der Aussenseite des Unterschenkels das Kniephänomen gesteigert“. (Remak pag. 679) Fehr meint, die Opticuserkrankung dürfte auf Anilinwirkung zurückzuführen sein, und diese Vermutung Fehrs erhält durch meine 2. Beobachtung eine Stütze; die Opticuserkrankung ist eine in ihrem Wesen andere als die der Extremitätennerven, sie wird durch die eine Componente des Atoxyls, das Anilin, die Extremitätenneuritis durch die andere Componente, das Arsen erzeugt. Beide treten nicht durch Verabreichung grösserer Dosen von Atoxyl acut auf nach Analogie der acuten Erkrankung nach grossen Dosen von Methylalcohol, Schwefelkohlenstoff und Filix mas [Salomon gibt bis zu 1,0 Atoxyl pro dosi (Fehr)], sondern erst bei längerem Gebrauch, am ehesten bei Verabreichung von täglichen Dosen, die auch klein sein können; es muss eine cumulative Wirkung sich entwickeln können, und diese haben wir in der Zersetzung des Atoxyls bei längerem Gebrauch von schnell sich folgenden Dosen zu suchen. In beiden hier referierten Fällen sind täglich Dosen verabfolgt worden; im Gegensatz zu diesem Umstand tritt grell die Kleinheit der Gesamtdosis hervor. Die kleinste Dosis, nach der man Erkrankung des Opticus gesehen hat, betrug im Nonneschen Falle 8,0 im 2. Fehrschen Fall in 2—3 Monaten 10,0 Atoxyl, im ersten bekannt gewordenen Fall von Bornemann 27,0 in 3 Monaten, im 2-ten von v. Krüdener (Riga) veröffentlichten Fall in 7 Monaten 50,0. (Pat. hatte von einer 16% Atoxyllösung, ohne Wissen des Arztes nach Aussetzen der Cur (10 Injectionen durch den Arzt) (Jan. 1906) selbst — 7 Monate lang! — weiter gespritzt „weil das Mittel so „wunderbar anregend“ wirkte“. Im Aug. 06 erste Sehstörung. 25 VIII. Vis. oc. dext. $^1/_5$ oc. sin. $^1/_7$; 24. IX: völlige Amaurose — links; rechts $S = {^1/_{18}}$ — nie allgemeine Intoxicationserscheinungen. In meinen Fällen sind im ersten Fall 4,8 Atoxyl, im zweiten Falle 6,7 resp. 8,1 verbraucht worden; es kamen aber täglich Injectionen zur Verwendung, und hierin liegt die Gefahr, die R. Koch schon erkannte und eine Doppelinjection vorschlug, wie sie jetzt gemacht wird — 2 Tage hinter einander à 0,5—1 Mal wöchentlich. Bei dieser Vorsichtsmassregel dürfte die Anwendung des Atoxyls auch fernerhin nicht inhibiert zu werden brauchen, fordern doch die glänzenden Resultate, die Löffler, Rühs und Walter (Deutsch. Med. Woch. 1908, 34) bei der die Cultivierung Africas so sehr erschwerenden Nagana, der Tsetsekrankheit, erzielt haben, zu weiterem Gebrauch auf.

Zur Kasuistik der frühen Periostitis bei Ileo-Typhus.

Von

Dr. med. E. Fuhrmann.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 10. März 1909).

M. H. Gestatten Sie mir, Ihnen heute kurz über einen Fall zu berichten, den ich neulich in meiner Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte. Es ist eine altbekannte Tatsache, dass gerade das kindliche Alter zu Complicationen von Seiten der Knochen und der Knochenhaut im Verlauf des Ileo-Typhus besonders neigt. Es liegt dieses, wie Marfan dargetan hat, an den durch das Wachstum bedingten Verhältnissen im Knochensystem. Der besondere Blutreichtum der wachsenden Knochen, das ausserordentlich verzweigte und complicierte Netz feinster Blutgefässe mit dem trägen Blutstrom, das alles begünstigt ein Festhalten der mit dem Blut verschleppten Bacillen. Wir kennen überhaupt die grosse Empfindlichkeit der kindlichen Knochen und Knochenhäute. Es liegt nahe, hier der Experimente von Chantemesse zu gedenken, der Culturen des Gaffky-Eberthschen Stäbchens Kaninchen ins Blut injicierte und sie nach wenigen Tagen im Knochenmark fand. Soweit mir aber die Literatur zugänglich war, handelte es sich stets um Knochenhautentzündungen, die erst gegen Ende des Typhus auftreten und zwar meist nicht vor der vierten Woche, jedenfalls nach der Entfieberung oder während eines Recidivs, oft allerdings erst monatelang nach abgelaufenem Typhus. Der Fall, über den ich mir Ihnen zu berichten erlaube, zeichnet sich nun dadurch aus, dass mitten auf der Höhe der Erkrankung, in der zweiten Krankheitswoche, eine Periostitis einsetzte, die die linke Augenhöhle betraf. Hier die Krankengeschichte.

St. K., 4 J. alt, ist am 4. Januar von Verwandten aus Luga nach Petersburg gebracht, da seine Mutter seit einigen Wochen an einem Typhus krank lag. Am 7. Januar wurde ich hingebeten, da der Junge, der schon am Tage vor der Abreise aus Luga, während der Reise und die zwei Tage hier nicht wie sonst war, am 6-ten zum Abend zu fiebern begann und über heftigen Kopfschmerz klagte.

Aus der Anamnese liess sich ermitteln, dass der Junge sich bisher gut und normal entwickelt habe, und abgesehen von gelegentlichem leichten Unwohlsein nicht eigentlich krank gewesen ist, im besondern hat er auch die acuten fieberhaften Kinderkrankheiten nicht gehabt. Der Vater ist gesund, die Mutter sonst gesund, liegt, wie erwähnt, im Augenblick an einem Typhus darnieder. Vor wenigen Tagen ist ein jüngerer Bruder im Alter von ungefähr einem Jahr an anscheinend tuberculöser Meningitis gestorben.

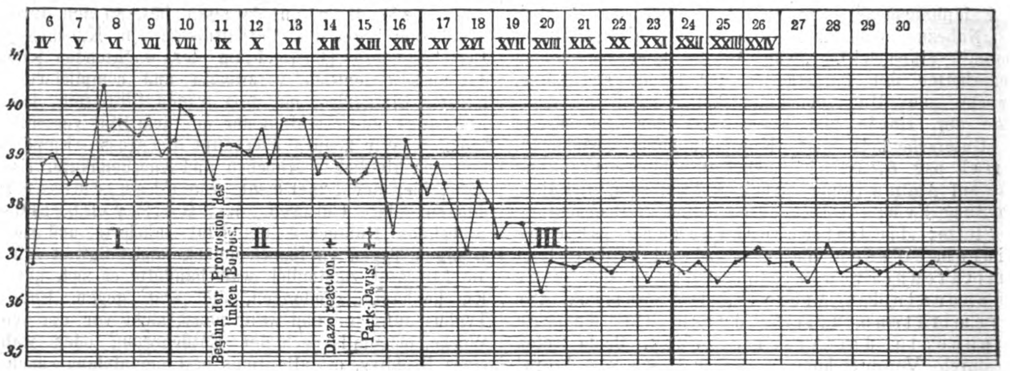
Status präsens. Gut für sein Alter entwickelter Knabe. Fettpolster gut entwickelt, die sichtbaren Schleimhäute rosig. Keinerlei Spuren überstandener Rhachitis. Haut trocken, heiss, keinerlei Exanthem, Körpertemperatur 38,8. Zunge in der Mitte belegt, trocken. Rachen etwas gerötet, trocken; klagt über leichten Schmerz beim Schlucken. Die Lymphdrüsen am Halse etwas geschwollen, anscheinend nicht schmerzhaft. Unbedeutender Schnupfen. Milz percutorisch etwas vergrössert, aber nicht deutlich palpabel, Leberrand etwas palpabel. In der Ileocoecalgegend deutliches Gurren. Abdomen etwas aufgetrieben. Puls 120, von genügender Spannung. Atmung 28. Herz und Lungen ohne Befund. Ausser Kopfschmerz sonst keine Klagen.

Ich möchte gleich hervorheben, dass von Seiten der Augen nichts Abnormes bestand, im besonderen fixierten die Augen gut, das Spiel der Pupillen war lebhaft, und es war keine Spur von Strabismus vorhanden.

8. I. Morgens Temperatur 40,4, abends 39,7. Pat. hat die Nacht sehr unruhig verbracht. Stuhl 2 mal breiig. Verordnet war Eis auf den Kopf, Milchdiät und innerlich Chinin mit Salol. Desgleichen eine Compresse auf den Leib.

9. und 10. I. Idem. Milz deutlich palpabel. Stuhl 2 Mal.
11. I. Temperatur morgens 38,5, abends 39,2. Pulsfrequenz 130. Es besteht nach wie vor Kopfschmerz. Klagen über „unangenehme Empfindungen“ am linken Auge. Die linke Lidspalte ist schmäler wie die rechte, die Lider etwas geschwollen und das obere am inneren Rande etwas gerötet. Kälteapplication auf das Auge.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN



12. Temperatur 39—38,9. Ueber Nacht hat sich eine deutliche Protrusion des linken Bulbus ausgebildet, das Lidödem ist sehr viel stärker, die Conjunctiva nicht nennenswert gerötet. Keine Chemosis, keine Druckschmerzen und auch spontan keine Schmerzen.

13. Temperatur 39,7—39,7 die Protrusion hat noch zugenommen, desgleichen das Oedem. Der Bulbus ist nach vorn, etwas nach unten und aussen verlagert, so dass ein Strabismus divergens deutlich wahrnehmbar ist. Das Allgemeinbefinden ist wesentlich besser.

14. I. Temperatur 38,6. Die Protrusion besteht in statu quo, doch hat das Lidödem deutlich abgenommen. Die concomittierenden Bewegungen des Auges sind frei. Herr Doctor Blessig hatte die Freundlichkeit, an diesem Tage Pat. zu untersuchen und sprach sich für die Wahrscheinlichkeit einer Periostitis der Augenhöhle aus. Von da an wurden ständig Compressen aus Borwasser angewandt. Innerlich erhielt Pat. Chinin und Salol.

Vom 15.—19. I. begann die Körpertemperatur zu fallen und war vom 20. an vollständig normal.

Am 14. I. war im Harn eine deutliche Diazoreaction nachzuweisen.

Am 16. gelang die Serumprobe mit dem Parke-Davisschen Typhus-Diagnosticum in allen Verdünnungen. Vom 22. I. war die Milz nicht mehr palpabel.

Trotzdem nun die Temperatur normal geworden war und auch das Allgemeinbefinden sich deutlich besserte, bestand die Protrusion noch weiter fort. Am 24. liess sich über dem Bulbus zwischen demselben und dem Rand der Augenhöhle, näher zum inneren Rande ein deutlicher Wulst von ziemlich praller Consistenz palpieren. Die Rötung des oberen Lides war etwas stärker geworden. Darauf begann die Geschwulst, sich zu verringern, die Protrusion nahm zusehends ab, und nunmehr habe ich von den Eltern des inzwischen wieder nach Luga fortgebrachten Pat. die Nachricht erhalten, dass an dem linken Auge sich nichts Abnormes wahrnehmen lässt.

Ueberblicken wir die Curve und den ganzen Verlauf, so können wir an einem Typhus überhaupt nicht zweifeln.

Wesentlich anders verhält es sich mit der complicierenden Erkrankung in der Augenhöhle; hier lässt sich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose nur durch Exclusion stellen. Zunächst möchte ich hervorheben, dass der Verlauf der beschriebenen Complication in keiner Weise Einfluss auf die Temperaturcurve geübt hat.

Die Protrusion des Bulbus weist unzweideutig auf eine Veränderung in der Augenhöhle hin. Es kann sich also nur um Processe handeln, die entweder das retrobulbäre Zellgewebe oder die Thränendrüse, oder endlich den Knochen und die Knochenhaut betreffen, im letzteren Fall können sie primär die Wandungen der Augenhöhle befallen oder von den Nebenhöhlen der Nase, im speciellen also der Stirnhöhle übergreifen.

Im retrobulbären Zellgewebe konnte es sich um eine Phlegmone oder eine Thrombose der Venen handeln, in beiden Fällen wäre grosse Schmerzhaftigkeit zu erwarten, vor allen Dingen aber ausgesprochene Chemosis, diese letztere bestand aber nicht. Gegen eine retrobulbäre Phlegmone spricht der Verlauf.

Gegen eine Schwellung der Tränendrüse spricht einmal die Localisation des Infiltrats am inneren Augenwinkel, und vor allen Dingen die Art der Verlagerung des Augapfels nach vorn unten und aussen.

Die Erkrankung kann also nur den Knochen und die Knochenhaut befallen haben. Da gar keine Hinweise auf eine Eiterung der Stirnhöhle bestehen, eine solche wohl auch nicht so leicht spontan zurückgehen dürfte, müssen wir auf eine primäre Schwellung der orbitalen Knochenhaut schliessen, da eine Osteomyelitis des Orbitaldaches auch wiederum nicht spontan zurückgehen würde.

Wir werden also durchaus dazu geführt, eine primäre, gutartige Periostitis anzunehmen, die, den Typhus complicierend, ganz auffallend früh eingesetzt hat und, spontan zur Heilung gehend, dennoch sich weit über die Zeit der vollständigen Entfieberung hingezogen hat.

Referate.

Felix: Herzkranke im Gebirge. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1909. Nr. 4.

F. hat 3 Fälle von Aortenaneurysma beobachtet, die sich sämtlich im Gebirge bedeutend wohler fühlten als in der Ebene. Sie konnten grosse Spaziergänge ohne üble Folgen unternehmen, während sie für gewöhnlich beim Gehen starke Beschwerden hatten. Die Beobachtungen beziehen sich auf eine Höhe von 1700 bis 2400 Meter.

Rodari: Untersuchungen zur medicamentösen Therapie der Hyperaciditätszustände des Magens. Corresp. f. Schweizer Aerzte. 1909. Nr. 4.

Rodari konnte durch Versuche an Hunden nachweisen, dass unsere bekanntesten Adstringentien, besonders Bism. subnitricum und Argentum nitricum, bei normaler Magenschleimhaut eine Steigerung der Salzsäureausscheidung zur Folge haben, bei Bestehen einer Gastritis dagegen eine Herabsetzung der Salzsäurewerte. Er erklärt dieses überraschende Ergebnis damit, dass eine normale, widerstandsfähige Schleimhaut keine Adstringierung durch die mässigstarken angewandten Lösungen der Aetzmittel zulässt, sondern sich durch stürmische Secretion dagegen wehrt. Die Fähigkeit der Abwehr fehlt dagegen der erkrankten Mucosa, bei der es zu einer chemisch und anatomisch nachweisbaren Adstringierung kommt. Eine Reihe von Versuchen an Menschen scheinen die Richtigkeit des Tierversuches zu bestätigen.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als praktisches Ergebnis resultiert die Forderung, bei Hyperaciditätsbeschwerden festzustellen, ob eine begleitende Entzündung der Magenschleimhaut besteht. Ist dieses der Fall, so darf man von der Anwendung der Adstringentien einen Nutzen erwarten.

Schlecht: Pancreasfunctionsprüfung. Centralblatt f. innere Medicin. 1909. Nr. 6.

Nach Müller-Jochmann hergestellte Serumplatten werden mit kleinen Mengen dünnflüssigen Stuhles beschickt. Enthält der Stuhl proteolytisches Ferment, so tritt eine Dellenbildung auf der Platte ein. Dieses Ferment ist aber Pancreastrypsin, so dass wir auf diese einfache Art eine ausreichend genaue Pancreasfunctionsprüfung vornehmen können. Der Stuhl muss flüssig und alkalisch sein. S. proponiert eine Probemahlzeit, bestehend aus Fleisch und Kartoffelbrei, zu geben und 1 Stunde danach ein stärker wirkendes Abführmittel, z. B. 0,2 Calomel; 0,3 Purgen. Der negative Ausfall der Probe ist beweisend für schwere Pancreaserkrankung oder Verschluss des Ductus pancreaticus.

Eine noch einfachere Methode ist nach S. folgende Modification der Sahlischen Glutoidkapselprobe: Man füllt die Glutoidkapsel mit pulverisierter Holzkohle und setzt die Kapsel in ein Glasgefäss mit dem dünnen, alkalischen Stuhl. Im Brutschrank bei 37° tritt bei Anwesenheit des Trypsins eine Lösung der Kapsel und eine Schwarzfärbung des Stuhles ein. Die Lösung erfolgt nach ½ bis zu 20 Stunden.

Kontrollversuche ergaben, dass beide Methoden zu derselben Zeit ein Resultat ergeben. Für die Praxis dürfte sich die zweite Methode, als die einfachere, empfehlen.

Rütimeyer: Einfluss einer 24-tägigen Hungerperiode auf die Magensaftsecretion. Centralbl. f. innere Medicin. 1909. Nr. 10.

Eine 38-jährige Dame fastete 24 Tage lang. Sie trank während der ganzen Zeit nur 5200 ccm. Eylisauer Mineralwasser, welches nicht mehr organische Substanz als gewöhnliches Wasser enthält, im Durchschnitt also täglich etwa 1 Glas Wasser. Vor dem Hungern war die Acid. des Magensaftes 36, freie HCl 16. Nach Schluss der Hungerperiode Acidität 28, freie HCl 6. Die Motilität des Magens hatte durch das Hungern nicht gelitten.

Es ergibt sich somit, dass auch beim Menschen (beim Hunde hat Pawlow nach 17-tägigem Hungern ein ähnliches Resultat erhalten) der Magen bei langer Inanition seine Functionsfähigkeit auf Kosten anderer Organe und Gewebe erhalten kann.

O. Moritz.

Dipl. Ing. Dr. phil. Josef Rosenthal, München: Ueber scharfe Röntgenogramme und über Schnellaufnahmen. Vortrag gehalten auf dem 4. internationalen Congress für Elektrologie und Radiologie in Amsterdam (1.—5. September 1908).

Die Röntgentechnik ist schon von jeher darauf bedacht gewesen, eine möglichst grosse Schärfe der Röntgenbilder zu erzielen. In dieses Capitel gehören die gesamten Blendenvorrichtungen und Compressionsinstrumente; in letzter Zeit ist es hauptsächlich die verkürzte Expositionszeit und alle hierher gehörigen Bestrebungen, denen entschieden die Zukunft gehört.

Ferner ist die Qualität der benutzten Röntgenröhre dringend in Betracht zu ziehen. Es ist wichtig, dass die von der Kathode ausgehenden, die Röntgenstrahlen erzeugenden Kathodenstrahlen in möglichst kleiner Fläche auf die Antikathode auftreffen, dass also der sogenannte «Focus» möglichst klein ist.

Rosenthals «Praecisionsröhren», die nach seinen Angaben von der Polyphos-Gesellschaft in München hergestellt werden, suchen diesen Anfforderungen möglichst nahe zu kommen, und dieses Unternehmen, ist, wenn es hält, was es verspricht, dankend zu begrüssen.

Wenn man eine solche Praecisionsröhre schwach belastet, so lässt sie sich mit jedem Röntgenapparat benutzen. Man kann mit ihr also ausserordentlich scharfe Bilder mit jedem Apparat erzielen, wenn man relativ schwache Ströme benutzt, also relativ lange exponiert.

Sobald man aber, nach Angaben des Autors, die beliebten «stärksten Ströme» in die Röhre schickt, so ist diese wohl für sehr kleine Bruchteile einer Secunde zulässig, aber eine halbe Secunde kann schon genügen, um die Röhre zu schädigen.

E. Hesse.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Karl Knortz: Der menschliche Körper in Sage, Brauch und Sprichwort. Würzburg, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 1909, 240 S.

In dem Buche von Knortz wird derjenige, der sich für Volkskunde und Culturgeschichte interessiert, viel Interessantes finden. Die Anschauungen verschiedener Völker — vom Altertum bis in die Neuzeit — über die einzelnen Körperteile und ihre Verrichtungen sind von dem Verf. mit grossem Fleiss und lobenswerter Gründlichkeit gesammelt und in folgenden 11 Capiteln zusammengestellt: Kopf; Kopf- und Barthaar; Gesicht; Auge; Ohr; Nase; Mund, Zunge und Zähne; Arm, Hand und Finger; Rücken, Bauch, Fuss u. s. w.; Blut und Aussatz; Knochen. Das grosse hier enthaltene Material eignet sich nicht zur fortlaufenden Lectüre, es bietet aber sowohl für den Anthropologen wie für den Ethnographen reichen Stoff zum vergleichenden Studium der Anschauungen der einzelnen Völker zu verschiedenen Zeiten über den menschlichen Körper und ihres Verhaltens zu dem eigenen wie zum fremden Körper im gesunden und kranken Zustande. Leider fehlt eine allgemeine Einleitung oder ein zusammenfassendes Schlusscapitel, wo der reiche Stoff unter einen leitenden Gesichtspunct gebracht wäre, denn es sind nicht nur die einzelnen Capitel lose an einander gereiht, sondern auch dem Inhalt eines jeden Capitels fehlt der innere Zusammenhang. Aber wie gesagt, als Material für weitere ethnographische Studien ist das Buch von Knortz von grossem Wert.

F. Dörbeck.

H. E. Schmidt (Berlin): Compendium der Röntgen-Therapie. Zweite vermehrte Auflage. Berlin. 1909. Verlag von August Hirschwald. 158 Seiten. Preis M. 3.—

Die mit Riesenschritten fortschreitende Röntgentechnik hat alsbald eine 2. Auflage des vorliegenden Buches notwendig gemacht, fällt doch gerade in die letzten Jahre der Entwickelung der Röntgentherapie das Heranreifen dieser Disciplin zu einer nahezu exacten Methode.

Es ist daher mit Dankbarkeit zu begrüssen, wenn der Verf. in klaren Worten die positiven Daten der modernen Röntgentherapie in Form eines Compendiums zusammenfasst.

Es ist selbstverständlich, dass einem derartige Compendien die grösseren Lehr- und Handbücher (Freund, Wetterer u. A.) nicht ersetzen können, doch muss hervorgehoben werden, dass gerade in vorliegendem Werk sicher mehr geleistet worden ist, als man es bei derartigen Erzeugnissen sonst gewohnt ist.

Es sei daher dieses Büchlein bestens empfohlen.

Inhaltlich zerfällt das Compendium in einen physikalisch-technischen und therapeutischen Teil. Letzterer Teil enthält nicht nur eine Aufzählung der mit Röntgenstrahlen zu behandelnden Krankheiten nebst Indicationsstellung, sondern gleichfalls eine kurze physiologische und historische Einleitung. Ein besonderes Kapitel ist der forensischen Bedeutung der Schädigungen durch Röntgenstrahlen gewidmet. Unter den Krankheiten sind in erster Linie die Hautaffectionen berücksichtigt, dann folgen die verschiedenen Bluterkrankungen und Stoffwechselanomalien. Vielleicht etwas zu kurz ist das Gebiet der inoperablen malignen Tumoren behandelt.

E. Hesse.

Prof. Dr. Franz Penzoldt-Erlangen: Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. Mit einem Anhang: Chirurgische Technik der Arzneianwendung von Prof. Dr. M. von Kryger in Erlangen. 7-te veränderte und vermehrte Auflage. Jena. 1908. Verlag von Gustav Fischer. XXIV und 426 Seiten. Preis M. 7,50.

Das Pentzoldtsche Buch, das seit seinem ersten Erscheinen im Jahre 1889 in weitesten Aerztekreisen grosse Anerkennung gefunden hat, bedarf auch in der neuen, veränderten Gestalt keiner besonderen Empfehlung. Wenn von einem Buche in 9 Jahren 7 Auflagen nötig werden, so kann dieser Umstand an und für sich als Beweis dafür dienen, dass es sich nicht nur bewährt hat sondern auch zu einem notwendigen Bestandteile der ärztlichen Bibliothek geworden ist. Wie in der ersten Auflage, so verfolgt Verf. auch jetzt das Ziel, ein Lehrbuch zu geben, welches vor allen Dingen die therapeutische Verwendbarkeit der Arzneimittel klar legen soll. Nur ist diese Aufgabe in neuster Zeit eine bedeutend schwerere, ja z. T. eine kaum zu bewältigende geworden, ist doch die Zahl der im Laufe der letzten Jahre

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hergestellten und vielfach angepriesenen Arzneimittel ins Masslose gewachsen, wodurch eine kritische, objective Beurteilung ihres Heilwertes für den Einzelnen immer schwieriger wird. Trotzdem ist es dem Verf. gelungen, ein Werk zu bieten, das allen Anforderungen, welche an ein modernes Lehrbuch der Arzneibehandlung billigerweise gestellt werden können, gerecht wird. Die neusten Mittel sind angeführt und mit sachlicher Kritik, mitunter sogar mit recht weitgehender Skepsis behandelt. Als Einteilungsprincip für die Gruppierung der Arzneimittel hat Verf. das chemische System gewählt, was entschieden am zweckmässigsten war. Geringe Abweichungen von diesem System kamen durch die Natur des Stoffes zustande. Bei jedem Medicament werden kurz seine physikalischen und chemischen Eigenschaften, seine Herkunft, Wirkungs- und Anwendungsweise, Dosierung und häufig auch der Preis angegeben, was für den Practiker gewiss von Belang ist. Auch sind einige Receptformeln beigefügt.

Da die instrumentelle Anwendung der Arzneimittel immer mehr an Ausdehnung zunimmt, sah sich der Verf. veranlasst, sich an einen Chirurgen zu wenden, nämlich an Prof. Kryger in Erlangen, der ein Ergänzungscapitel über die «Chirurgische Technik der Arzneimittel» verfasste. Hier werden die subcutane Injection und Infusion, die Infiltrations- und Leitungsanästhesie und die Lumbalanästhesie kurz und anschaulich behandelt.

Dem Buch sind ein sorgfältig zusammengestelltes Arzneimittelregister und ebenso ein therapeutisches Register beigefügt, wodurch die Orientierung wesentlich erleichtert wird.

Der Anfänger in der Medicin wie der Practiker wird in dem Buch Prof. Pentzoldts einen zuverlässigen Ratgeber und sicheren Wegweiser finden.

F. Dörbeck.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 27. Januar 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Wanach demonstriert einen Fall von Paget scher Knochenkrankheit.

Er stellt einen 23 Jahre alten Patienten vor, welcher multiple Knochenerkrankungen aufweist, die am ehesten dem Bilde der zuerst von Paget beschriebenen Ostitis deformans entsprechen. Befallen sind beide Knochen des linken Vorderarmes, der rechte Radius, beide Tibiae, die linke Clavicula, die linke Scapula, vielleicht eine Rippe links. Es handelt sich um unförmige Auftreibungen und Verkrümmungen der erkrankten Knochen. Auf den Röntgenbildern ist deutlich zu sehen, dass es sich nicht um Osteomyelitis oder periostale Auflagerungen handelt, sondern um eine echte Ostitis: wo der Process weiter vorgeschritten ist, ist weder Markhöhle noch compacte Knochensubstanz zu unterscheiden, die typische Structur ist verloren gegangen, der ganze Knochen besteht aus unregelmässig gebauter, poröser spongiöser Substanz. Anscheinend verlaufen die Knochenneubildung (Verdickung) und der Knochenschwund (Rarefication der compacten Substanz) gleichzeitig. Die Krankheit dauert 5 Jahre, ist langsam progredient. Alle Gelenke sind ganz frei, der Allgemeinzustand blühend, Organerkrankungen oder irgendwelche Constitutionsanomalien lassen sich nicht nachweisen, Lues wird in Abrede gestellt, hereditäre Belastung liegt nicht vor. Therapie mit Jod und Hg ohne Erfolg. — Obgleich die Erkrankung sich von allen gewöhnlichen Formen der syphilitischen Knochenleiden deutlich unterscheidet, wird sie doch von mehreren Autoren als seltene Form der Syphilis hereditaria tarda aufgefasst. Dem ist in letzter Zeit vielfach widersprochen worden, und zwar auf Grund der durch Röntgenaufnahmen nachgewiesenen eigentümlichen Structurverhältnisse. Da ist es nun von Interesse, dass im vorliegenden Fall trotz jeglichen Fehlens anderweitiger luetischer Veränderungen und trotz der für die Paget sche Ostitis deformans als charakteristisch angegebenen Structurbilder die Wassermannsche Serumreaction, von competenter Seite ausgeführt, ein für Lues unzweifelhaft positives Resultat ergeben hat. Bisher ist die Wassermannsche Reaction bei der Pagetschen Krankheit, soviel Vortr. bekannt, nicht angestellt worden. Wenn man ihr Beweiskraft zuschreiben kann, so würde der vorliegende Fall dafür sprechen, dass trotz allen Widerspruchs typische Fälle von Pagetscher Ostitis deformans zuweilen auf Syphilis zurückzuführen sind.

(Autoreferat).

2. Unterberger hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Vererbung in der Tuberculose. (Erschienen in Nr. 12 der St. Pet. med. Wochenschr.).

Discussion:

Masing: Ein Zusammenhang zwischen der im Vortrag eingangs gegebenen Schilderung des Befruchtungsvorgangs und der weiteren Entwickelung des Eies einerseits und der Vererbung der Tuberculose andererseits ist nicht recht verständlich. Die Rolle der Chromosomen namentlich in der Vererbung einer Veranlagung ist durchaus nicht bewiesen. Seit Kochs ersten Arbeiten ist es immer wieder betont und in den weiteren Arbeiten Schritt für Schritt immer wieder bewiesen worden, dass die Tuberculose durch Infection verbreitet werde.

Ohne Infection durch den Tuberkelbacillus gibt es keine Tuberculose. Alle Menschen sind empfänglich für diese Infection, und bei jedem kann sich die Tuberculose entwickeln. Während der Choleraepidemie von 1892 in Hamburg wurden alle an Cholera Verstorbenen seciert, besonders viele der kräftigen Lastträger und Hafenarbeiter kamen zur Section, und bei 50 pCt. derselben fand man Reste überstandener oder noch bestehender Tuberculose. Die Statistiken von Naegeli, Franz etc. zeigen noch ganz andere Zahlen, 90 pCt. der Secierten zeigten Tuberculose. Also inficiert werden wir wohl alle. Dass nun vielleicht 80 pCt. aller Inficierten die Infection überwindet, und nur 20 pCt. ihr erliegen, hängt nicht von einer dunkeln, unerklärlichen Disposition ab, sondern gewiss von sehr vielen Bedingungen, die zum Teil schon aufgeklärt sind. Da sind z. T. mechanische Verhältnisse massgebend: Verknöcherungen der Rippenknorpel, Bau des Thorax (Freund, Hart, Rothschild); chemische Verhältnisse, verschiedener Grad der Alkalescenz des Blutes (Hesse) und zweifelsohne alle die jetzt entdeckten Schutzvorrichtungen des Körpers gegen Infection (Phagocytose, Antikörper, Opsonine etc.). Je reicher ein Körper an solchen Schutzvorrichtungen und Schutzstoffen ist, desto besser überwindet er die Infection, das ist verständlicher als das «weniger disponiert sein». Und wenn wir in gewissen Familien viele Glieder an Tuberculose sterben sehen, so ist das nichts Unbegreifliches. Sie waren vielleicht als Kinder von ihrer tuberculösen Mutter, Wärterin etc. etwa durch Küssen inficiert und waren arm an Schutzvorrichtungen in ihrem Blut. Dasselbe sieht man anderen Infectionskrankheiten gegenüber. Wenn in einer Familie mehrere Glieder zwischen dem 34.—40. Lebensjahr an crupöser Lungenentzündung, Typhus, Gelenkrheumatismus etc. starben, so werden die Uebrigen sehr ungern in die Lebensversicherungen aufgenommen. Genaue Blutuntersuchungen würden bei solchen schon ergeben, welche Antikörper bei ihnen fehlen. Im Kampfe gegen die Tuberculose ist also das Streben, die Infectionskeime zu vernichten, sehr rationell. In vielen Sanatorien werden die Sputa in verbrennbare Speigefässe gesammelt und täglich verbrannt. Wo systematisch gegen das bacillenhaltige Sputum der Kranken vorgegangen wird, werden Erkrankungen des Dienstpersonals nicht stattfinden. Also nicht resigniertes Weichen vor einer mystischen «Disposition» sondern frischer Kampf gegen reelle Feinde, das wird fördern.

Ucke: Die Vererbung von Dispositionen zu Krankheiten ist, wie die jeglicher anderer Eigenschaften, an die Chromosomen der Eizelle und des Spermatozoon geknüpft, doch ist dabei eine ungeheure Mannigfaltigkeit möglich, die zu Schlüssen kaum berechtigt. Diese vererbte Disposition besteht für Tuberculose ebenso wie für jegliche andere Krankheiten, doch sind es nicht nur anatomische Merkmale, die die Disposition bedeuten, sondern allerhand andere Eigenschaften biologischer Natur, die uns nur zum geringsten Teil in allerletzter Zeit bekannt werden. Die Existenz derartiger Eigenschaften, falls sie für die Pathogenese Bedeutung haben soll, muss in Ahnentafeln in aufsteigender Folge verfolgt werden.

Schmidt: Bei der Tuberculose kann man nicht von einer Erblichkeit der Krankheit selbst, wohl aber von einer angeborenen und einer erworbenen Disposition reden. Erstere äussert sich in schwächlicher Constitution, letztere kann nach erschöpfenden Krankheiten, wie Keuchhusten, Masern, Scharlach, Typhus etc. auftreten. Hauptbedingung zur Ansteckung ist natürlich in der Gelegenheit, sich mit Tuberkelbacillen inficieren zu können, zu suchen, und diese ist ganz besonders da geboten, wo wir es in nächster Umgebung mit einer offenen Tuberculose resp. mit einem unreinen Phthisiker zu tun haben. Als begünstigende Momente kommen ärmliche und unhygienische Verhältnisse in Betracht, wie sie in den untersten Bevölkerungsschichten in der krassesten und traurigsten Form zu Tage treten. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn die Tuberculose gerade hier die grössten Opfer fordert, im Gegensatz zu den wohlhabenden Ständen.

Auf Grund meines augenblicklichen Materials von circa 2300 Pirquetschen Impfungen, welche z. T. durch die probatorische Tuberculininjection und Obductionsbefunde gestützt werden, kann ich auch für Petersburg die in anderen Städten, namentlich des Auslandes, gemachten Erfahrungen über die enorme Häufigkeit dieser verbreitetsten und verheerendsten Volksseuche bestätigen. Von etwa 2100 cutan geimpften be-

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

mittelten und unbemittelten, gesunden und kranken Kindern im Alter von 0—18 Jahren hatten im Durchschnitt im 5. Lebensjahre schon über 50, im 14. fast 80 und in den späteren Jahren (14—18) und gegen 240 Erwachsene über 80 pCt. Tuberculose.

(Autoreferat.)

Petersen fragt, ob die Tuberculose als Local- oder Allgemeinerkrankung aufgefasst werde. Syphilis und Lepra z. B. dringen local ein, führen aber sehr bald zur Allgemeinerkrankung. Die Tuberculose kann aber eine Localerkrankung ergeben, die später allerdings auch generalisiert werden kann. Darauf gründet sich die Localbehandlung der Hauttuberculose, daraus ist auch die Localdisposition verständlich, die unter anderem in der ausserordentlich stürmischen Pirquetreaction bei Lupuskranken zum Ausdruck kommt. Es ist nie bewiesen worden, dass durch das Sperma Syphilis vererbt wird, wenn die Mutter gesund bleibt, so ist Vererbung seitens des Vaters nicht möglich.

Ucke ergreift die Gelegenheit, hier auf die Schrift von Rauber: «Ontogenese als Regeneration betrachtet» hinzuweisen, in welcher entgegen der landläufigen Meinung von dem Reichtum der Eizelle der Gedanke durchgeführt wird, dass die Eizelle wie das Spermatozoon durch die Reductionsteilungen so viel an Substanz verloren haben, dass sie im Gegenteil furchtbar arm sind und so zu sagen hungrig, und dieser Hunger sie zur Anhäufung von Stoff führt, mit dem sie dann eine Art Regeneration durchführen und den Organismus aufbauen.

Schrenck: Das häufige Vorkommen der früher übersehenen ascendierenden Tuberculose der weiblichen Genitalorgane beweist deutlich die Rolle der Infection durch das Sperma.

Ucke: Das Ei besitzt eine so starke Hülle, dass kein Bacillus sie je durchdringen kann.

Petersen: In den Spermatozoen sind noch nie Tuberkelbacillen nachgewiesen worden.

Unterberger: Unsere Zeit liebt in mancher Hinsicht das Superlative, und so gilt die Tuberculose im Hinblick auf die ungeheure Verbreitung der Tb-bacillen heutzutage als die ansteckendste Krankheit par excellence, und der Schwindsüchtige wird vielfach nicht viel anders betrachtet als ein Pestkranker. Das alles geschieht, weil wir uns zu sehr dem Einfluss der Bacteriologie fügen und die so wichtigen biologischen Forschungen ganz aus dem Auge lassen.

Von 12 tuberculösen Menschen sterben 11 an der Schwindsucht und nur einer an allen anderen Tuberculoseformen zusammen. In diese Zahl nun fallen ca. 10 auf primäre Darmtuberculose und von diesen wiederum nur ein Teil auf bovine Infection. Da nun in Japan, Canada, Süd-Afrika, Egypten nur mit Muttermilch die Kinder aufgezogen werden und die Sterblichkeit an primärer Darmtuberculose dieselbe ist, wie bei Kindern, die nur Kuhmilch genossen, so wird das Sputum Schwindsüchtiger als die Hauptquelle der Infection bei Menschen gelten müssen. Die pathologische Anatomie zeigt nun aber, dass jeder von uns nach dem 30. Lebensalter Reste überstandener Tuberculoseinfection in den Lungen aufweist, somit sterben mehr mit Tuberculose als an Tuberculose der Lungen.

Die Bacteriologie hat für die Pathogenese der Schwindsucht einen immensen Dienst geleistet, indem sie uns vor allem den Kochschen Bacillus entdeckt hat. Die Infection mit Tb.-bacillen hat bei Tieren stets Tuberkeleruptionen erzeugt, aber nicht Schwindsucht. Der Franzose Dr. Garrault hat sich bekanntlich unter die Haut tuberculöse Drüsenpartikel eingeimpft, machte darauf eine heftige Sepsis durch und erkrankte an localer Tuberculose, aber nicht an Schwindsucht.

Die Pathogenese der Schwindsucht ist somit durch die bacteriologischen Forschungen nicht voll gelöst. Was sagt nun die Biologie in der Frage über die Entstehung der Krankheiten, somit auch der Schwindsucht?

Die letzten Jahre haben auf dem Gebiete der Entwickelungs-Mechanik bedeutendes geleistet und Aufklärung gebracht in der Frage über die Entstehung der physiologischen und pathologischen Eigenschaften durch Vererbung. Ich habe Tafeln vorzustellen für nötig gehalten, auf denen wir anschaulich den Akt der embryonalen Entwickelung des Individuums sehen können, Bilder, die den meisten practischen Aerzten nicht immer frisch im Gedächtnis stehen, deren Kenntnis jedoch von grosser Wichtigkeit ist. Auf Grund neuester biologischen Forschungen kommt man zum Schluss, dass 1) die Kerne der männlichen und weiblichen Eizellen das wesentliche bei der Befruchtung darstellen, 2) dass die Chromosomen bei beiden Eizellen stets dieselben Zahlen aufweisen und 3) dass die Chromosomen bald blasser, bald saftiger gefärbt erscheinen, somit qualitativ verschieden auftreten. Die letztere Beobachtung erklärt somit bis zu einem gewissen Grade, warum in einer Generation die Anlage weniger hervorgetreten ist (Latenzstadium), in der anderen mehr, d. h. in einer Generation latent, in der anderen wieder manifest erscheint. Vererbt werden nun aber alle Anlagen in jedem Menschen.

Dr. Masing und viele andere Tuberculoseforscher verwechseln noch immer ererbte Anlage zur Tuberculose mit angeborener.

Einer der ersten und wichtigsten Grundsätze wissenschaftlicher Discussion, sagt Martius, ist der, dass technische Ausdrücke und Begriffe, um deren sachlichen Inhalt der Streit sich dreht, in möglichst eindeutiger und scharf begrenzter Bedeutung gebracht werden. Ebenso wie eine eigene Physik und Chemie darf der Pathologe nicht seine eigene Biologie zu seinem Privatgebrauch willkürlich sich zurecht machen. Ererbt ist nur das, was aus den Determinanten der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt. Ist die Verschmelzung zwischen Ei und dem Spermakern geschehen, so ist der Akt der Vererbung vollendet. Angeboren (congenital) ist alles, was ein Kind mit auf die Welt bringt. Intrauterine Erwerbungen sind somit als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt, so z. B. Tb.-bacillen, Scharlach, Pocken, Lues u. s. w., wenn die Mutter während der Schwangerschaft daran leidet. Dass ein Spermatozoide oder Ovulum, durch Tb.-bacillen inficiert, noch zu existieren im Stande ist, geschweige denn fortpflanzungsfähig wäre, daran glaubt nun Niemand mehr. Die Lehre von der Constitutionspathologie hat somit durch die biologische Arbeit der Neuzeit eine starke Stütze erhalten. Wie zu einem Brande ein feuerschwaches Haus und ein Funke gehört, so gehört zur Entstehung der Schwindsucht eine zur Schwindsucht veranlagte Lunge und Tb.-bacillen. Unsere Hauptaufgabe im erfolgreichen Kampfe mit der Schwindsucht muss hinauslaufen in erster Linie auf Stärkung des Organismus und in zweiter Linie auf Vernichtung der Tb.-bacillen. Um uns vor Feuerschaden zu schützen, bauen wir feuerfeste Häuser, denn von den Funken resp. Bacillen werden wir nie sicher sein. In Deutschland und anderen Ländern hat die Schwindsuchtssterblichkeit bereits vor Entdeckung des Tb.-bacillus abzunehmen begonnen und stetig nach dieser Richtung progressiert und zwar nicht dank dem Spuckverbot, sondern dank dem Aufschwung der Cultur. In erster Linie gehörte dazu die Regelung der Wohnungsfrage, dann die Einführung von Volksbädern, guter Nahrung etc.

Zu behaupten, dass ein Kind von tuberculösen Eltern, welches gleich nach der Geburt in gesunde Verhältnisse gelangt, für immer ganz gesund bleiben wird, ist biologisch gedacht, nicht zu rechtfertigen; alles hängt ja davon ab, wie beschaffen die Determinanten zur Anlage der Schwindsucht im Kinde bei der Vererbung beschaffen gewesen sind.

Im Jahre 1896 sah ich im Brompton-Schwindsuchts-Hospital in London eine Pflegerin, die damals 26 Jahre im Hospital diente und deren Eltern und alle Geschwister an der Schwindsucht gestorben waren; diese Pflegerin lebt bis heute und ist gesund. Diese Pflegerin hat also noch vor Entdeckung des Kochschen Bacillus im Schwindsuchts-Hospital gearbeitet, wo auf das Sputum gar keine besondere Sorgfalt gerichtet war.

Also Vernichtung des Sputum, wo man desselben habhaft wird, aber nicht glauben, dass man durch Spuckverbote einen erfolgreichen Kampf mit der Schwindsucht führen kann, dieser ist nur möglich durch Stärkung des Organismus vermittelst hygienisch-diätetischen Massnahmen.

(Autoreferat.)

Sitzung vom 10 Februar 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Hörschelmann hält seinen Vortrag: Ueber Hemiatrophia facialis mit Demonstration eines Kranken.

Discussion:

Petersen: Am häufigsten ist die Atrophie mit Scleroedem vergesellschaftet, was allerdings in dem von Hörschelmann demonstrierten Fall nicht statt hat. Aber auch die Atrophia cutis idiopathica sieht anders aus, indem es sich dabei um primären Hautschwund handelt, während es in dem Hörschelmannschen Fall auf Schwund der tieferen Gewebe hinausläuft, während die Haut an vielen Stellen intact ist.

Heuking erinnert sich eines dem Hörschelmannschen ähnlichen Falles. Es handelte sich um ein 11-jähriges Mädchen, das seit 5 Jahren krank war, es bestand eine bedeutende Assymetrie des Gesichtes, besonders um den Jochbogen. In diesem Falle bestand zugleich Myxödem, besonders ausgeprägt auf der der Hemiatrophie entgegengesetzten Seite, aber auch auf der kranken Seite erkenntlich. Mit dem Zurückgehen des Myxödems trat dann die Atrophie wieder deutlicher hervor.

Amburger: Es gibt Fälle, in denen die Gesichtsatrophie nur Teilerscheinung einer centralen Gliose ist. Hierher gehören wahrscheinlich alle Fälle, bei denen neben Hautatrophie eine solche der Muskeln desselben Gebietes und Sensibilitäts-

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

störungen im Sinne einer dissociierten Empfindungslähmung beobachtet werden. Eine andere Gruppe von Gesichtsatrophien darf wohl als Neurose aufgefasst werden, und hier sind vielleicht Beziehungen zu Sclerodermie, Myxödem (oder Lipomatosis) und überhaupt zu Störungen innerer Secretion vorhanden. Die Knochenatrophie wird von einigen Autoren als trophische Störung, von andern als Folge der Muskelatrophie, namentlich bei wachsenden Individuen, aufgefasst.

Hörschelmann: In dem demonstrierten Falle ist die Haut doch auch verändert und nicht etwa nur die unterliegenden Teile. Myxödem ist als Begleiterscheinung der genuinen Hemiatrophie nicht beschrieben worden, wohl aber ist der Zusammenhang mit Syringomyelie bekannt, doch ist bei letzterer der Gesichtsschwund als Initialsymptom sehr selten.

2. Dobbert spricht Ueber moderne Bestrebungen in der Geburtshilfe. (Der Vortrag ist in Nr. 13 der St. Pet. med. Wochenschr. erschienen).

Eine Discussion fand nicht statt.

3. Dr. Friedlieb-Homburg als Gast spricht über das Deutschmannsche Hefeserum. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Petersen: Die Mitteilungen Dr. Friedliebs sind sehr interessant, da ja die Hefefrage gerade jetzt in Aufschwung geraten ist, einerseits was die Therapie, andererseits die Pathologie betrifft. In letzter Zeit sind verschiedene Erkrankungen auf Hefezellen zurückgeführt worden, so der afrikanische Rotz u. a. Welche Hefe gelangt bei der Herstellung des Hefeserums zur Anwendung?

Friedlieb: Bierhefe.

Petersen: Diese scheint allerdings unschädlich zu sein. Immerhin wäre es wichtig, die Eigenschaften dieser Hefe genauer zu studieren. Es fragt sich, wie haltbar die aus den Hefezellen isolierten Stoffe sind, wie widerstandsfähig sie sind bei Verfütterung u. s. w.

Blessig: Das Deutschmann-Serum ist in erster Linie in der Ophthalmologie angewandt worden, doch sind die Acten darüber noch lange nicht geschlossen. Hippel sen., besonders, hat gute Resultate publiciert. Die Einfuhr des Serums nach Russland ist zur Zeit leider noch nicht gestattet. Die Ergebnisse sowohl der Experimente wie der klinischen Erfahrungen gehen vielfach auseinander. Hoppe kam bei seinen Versuchen über die Wirkung des Serums zu negativen Resultaten. In der Augenheilkunde hat sich das Hefeserum noch kein Bürgerrecht erworben. Für ein abschliessendes Urteil ist es noch zu früh.

Friedlieb nimmt von den Einwendungen Petersens Notiz, gibt zu, dass verschiedene Hefearten giftig und manche Präparate daher von bedenklicher Wirkung seien.

Sitzung am 24. Februar 1909.

Vorsitzender Blessig. Secretär Fuhrmann.

Weber hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Indication und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Wanach. Die Resultate der Gallensteinoperationen sind, was die Mortalität anbetrifft, durchaus günstig, aber noch wenig bekannt, was die Dauerheilungen anbetrifft. In Zukunft wird darauf Gewicht zu legen sein, möglichst brauchbares Vergleichsmaterial zu beschaffen. Neuerdings scheint man immer mehr zur Operation zu neigen und gegen Karlsbad scheint ein gewisser Skepticismus Platz zu greifen.

Was die Operationsmethode anbetrifft, so stimmt Wanach Weber vollständig bei, indem er sich gegen die ideale Cystostomie und gegen die zweizeitige Cystostomie ausspricht. Die Berechtigung aber, ganz zur Cholecystectomie überzugehen, erscheint ihm fraglich. Es treten nämlich später Stauungen in den Gallengängen auf, und da der Choledochus auch stark gedehnt wird, so tritt um so leichter eine Infection vom Darm aus ein. Recidive sind auch nach der Cystostomie nicht übermässig häufig, kommen aber auch nach der Cystectomie vor, sind dann aber viel schwerer. Auch Wanach hat keine Recidive gesehen, man muss aber einzeitig arbeiten. Wegen leichterer Orientierung sind sehr grosse Schnitte erforderlich. Nach einer breiten Oeffnung der Blase hat dann die Entleerung stattzufinden. Die Orientierung ist sehr leicht. Die Gallenblase muss an das Peritoneum angenäht werden, dann kommt es zur Fistel nur in dem Fall, wenn Steine nachbleiben. Die Cholecystectomie wird nur bei schweren Veränderungen der Blasenwand notwendig.

Westphalen. Von einer Statistik der Operationsresultate kann Westphalen auch nicht sprechen, da die Zahl der Fälle zu gering ist, daher will er nur seinen persönlichen Eindruck wiedergeben. Die Operation an der Gallenblase ist doch wesentlich ernster als die Appendicitis. Manche operierte Fälle verliefen letal, an Blutungen, teils an Magenblutungen, ohne das letztere erklärt werden könnten. Der Verlauf ist also durchaus nicht immer glatt. Auch die Dauerresultate sind zweifelhaft; in zwei Fällen trat später wieder ein Recidiv auf. Therapeutisch können wir allerdings auch nicht viel erreichen. Zum Chirurgen sollten nur die Fälle geschickt werden, wo Infection vorliegt, Steineinklemmungen mit Schüttelfrösten und übergrossen Qualen. Karlsbad ist durchaus keine Panacee und verliert allmählich etwas von seinem Ruf. In den Fällen, wo es sich um katarrhalische Erkrankungen handelt, die häufig vom Darm übergreifen, und ein isolierter Dünndarmkatarrh ist nur schwer und ohne genaue Kotuntersuchungen garnicht diagnosticierbar, da wird Karlsbad und eine entsprechende Diät von Nutzen sein. Es kommt auf reichliches Essen an, da solches die Entleerung der Gallenblase fördert. Die Wirkung des Karlsbader Wassers ist so zu denken: der Körper ist stets bestrebt, das osmotische Gleichgewicht auszugleichen, indem wir nun im Karlsbader Wasser die Salzlösungen einführen, veranlassen wir eine Auswaschung der Lieberkühnschen Drüsen durch den osmotischen Strom. Das Karlsbader Wasser wirkt also nur auf den Darm; neben der Diät und dem Wasser muss also als aufs dritte auf Ruhe und Breiumschläge gesehen werden. Bei consequent durchgeführter Therapie ist es also gleich, ob die Pat. sich am Ort behandeln oder nach Karlsbad gehen, bloss dass dort die Cur intensiver durchgeführt wird.

Fick. Bei der Indicationsstellung ist der Schwerpunct auf die Diagnose zu verlegen, insofern als in erster Linie entschieden werden muss, ob die Steine in der Gallenblase liegen, oder schon in die tieferen Gallengänge übergetreten sind. Im ersteren Falle ist nur zu operieren, wenn entweder lebensgefährliche Complicationen, wie locale Peritonitis, Empyem der Gallenblase etc. hinzutreten oder beständige Koliken jeden Lebensgenuss untergraben und die Arbeitsfähigkeit des Patienten vernichten. Sind aber die Steine schon in den Choledochus geraten, hat sich der sog. chronische Choledochusverschluss entwickelt, so muss man mit dem Anraten der Operation dringlicher werden, da jetzt das Leben des Pat. in Gefahr kommen kann, selbst wenn die subjectiven Beschwerden relativ gering sind. Es sei nur an die gefährlichen Complicationen von Seiten des Pancreas, wie Necrose desselben, chronische interstitielle Pancreatitis etc. erinnert. Was die Frage anbetrifft, ob die Cystostomie oder Cystectomie zu bevorzugen sei, so soll man sich nach dem Zustand der Gallenblase richten. Ein einigermassen normales Organ soll man nicht ohne zwingenden Grund opfern, eine geschrumpfte und exulcerierte Blase muss allerdings exstirpiert werden.

(Autoreferat).

Weber hat über Cystectomie persönlich zu wenig Erfahrung, aber Kehr und Körte neigen in letzter Zeit doch zur Ectomie. Wenn die Steine im Blasenhals liegen, so sind sie leicht zu übersehen, und es kommt dann zur Fistel, die schwer zu entfernen ist.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Die Spirochaeta pallida ist als Ursache der Syphilis zwar allgemein anerkannt, aber die Forschung auf diesem Gebiete ist durch die Wassermannsche Reaction etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Es war deshalb ein glücklicher Gedanke Eduard Langs, in der k. k. Gesellschaft der Aerzte über dieses Thema zu sprechen. Lang sagte u. a.: Heute wissen wir bereits, dass nicht allein der Mensch sondern auch anthropoide und niedere Affen, Kaninchen, Meerschweinchen, Hunde Wirte für Spirochaeta pallida, oder sagen wir kurzweg Pallidawirte, abgeben können; nur bestehen dabei manche Unterschiede. Während beim Menschen und bei höheren Affenarten die Spirochaeta pallida nicht allein zur Entwickelung von syphilitischen Initialaffecten sondern in gewissem Sinne auch zu syphilitischen „Allgemeinerkrankungen", deutlicher zu Metastasen führt, weist die Einimpfung des gleichen Erregers auf andere Tiere wohl öfters Initialaffecte, aber nur selten «Allgemeinsymptome» auf, wenn gleich Zabolotny an Cynocephalus Sphinx, und C. Grouven an Kaninchen «Allgemeinsymptome» haben entstehen sehen, und jüngst E. Hoffmann und H. Löhe allgemein disseminierte Hautsyphilide bei niederen Affen nach Impfung in den Hoden beobachteten. Es ist notwendig, diese Verhältnisse begrifflich genau abzustecken und zu diesem Behufe passende Nomenklaturen einzuführen. Tiere, bei welchen der Krankheitserreger initiale oder initiale und allgemeine Krankheitserscheinungen hervorruft, kann man als pathische Wirte der Spirochaeta pallida oder kurz als pathische Pallidawirte bezeichnen, ob wir diesen pathischen Wirten apathische Pallidawirte gegenüberzustellen in die Lage kommen werden, welche die Ansiedlung und etwaige Vermehrung der Spirochaeta pallida in ihrem Körper mit pathologischen Reactionen nicht beantworten, muss erst die Zukunft lehren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausgeschlossen ist es gewiss nicht, dass wir auch apathische Pallidawirte kennen lernen werden — alte Tauben geben beispielweise für das Lyssavirus apathische Wirte ab; sie selbst erweisen sich gegen das Virus refractär, aber letzteres erhält sich im Taubengehirn, wo es weder zerstört wird, noch sich vermehrt, durch mehrere Tage infectiös — vielleicht existieren solche in der Urheimat der Spirochaeta pallida. Der Nachweis von pathischen oder auch apathischen Pallidawirten in der Urheimat dieses Schmarotzers würde es verständlich machen, dass beim Menschen Syphilisinfection vorkommen kann, die direct oder indirect nicht von Menschen herrührt, es würde damit aber auch das erste Auftreten der Syphilis beim Menschen jedes Rätsels entkleidet. Hat man einmal die Urheimat der Spirochaeta pall. aufgefunden, dann wird die historische Wissenschaft die Antwort auf die Frage, ob die Syphilis in der alten Welt entstanden oder aus der neuen Welt uns zugeführt wurde, auch auf biologischem Gebiete zu suchen haben. Bei den pathischen Wirten haben wir es mit wichtigen Abstufungen zu tun. Wenn wir den Verlauf der Syphilisübertragung auf Tiere beachten, finden wir, dass die Spirochaeten zwar an verschiedenen Orten nachgewiesen werden, dass aber markante pathologische Veränderungen nur an bestimmten Stellen, oft bloss an der Impfstelle allein, sich ausbilden; mit anderen Worten: wir haben den pathischen Localisationen apathische Localisationen gegenüber zu halten, oder, wir haben für manche Fälle mit pathischen Geweben und Organen, in anderen mit apathischen zu rechnen. Es entspricht diese Differenzierung dem Umstande, dass die Spiroch. p. beim Menschen sowohl wie beim Tiere nicht allein in exquisiten Syphilisproducten sondern auch in pathologisch nicht veränderten Organen vorkommen. Freilich wollen wir nicht übersehen, dass der überaus reiche Befund an Spir. in vielen Organen congenital syphilitischer Leichen auf agonaler Ueberflutung der Parasiten beruhen kann, ferner, dass die am Invasionsorte zu erwartende Gewebsreaction wegen Kürze der Ansiedlungszeit der Spir. noch nicht in Erscheinung treten konnte; wir wissen, dass reactive histologische Veränderungen erst nach Tagen und Wochen nach der Ansiedlung der Spir. sich einzustellen pflegen. Trotz alledem sprechen viele Umstände dafür, dass die Spir. tatsächlich auch ein apathisches Dasein in Geweben führen kann, d. h. in ihnen existieren kann, ohne klinische oder pathologische Veränderungen an ihrem Ansiedlungsorte zu veranlassen. Der Nachweis von Spir. in pathologisch nicht veränderten Geweben (so in Knochenmark und Milz durch Schaudinn u. A.) sind Beweise dafür. Vom klinischen Standpunct hat Lang wiederholt ausgeführt, dass das Syphiliscontagium manchen Ortes ein ruhiges Dasein durch kürzere oder längere Zeit führt und das es besonders im Hoden Jahre hindurch, ohne das Organ zu schädigen, verweilen kann, und nur gelegentlich, aber nicht obligat, nach der Cohabitation oder der Zeugung zur pathischen Wirkung bei der Frau oder in der Frucht gelangt. Neisser meint, es wäre denkbar, dass die Hoden gern und lange als Depot des Virus functionierten. Dass solche apathisch localisierte Spir., auf andere Individuen übertragen, pathische Wirksamkeit enthalten können, macht schon die klinische Erfahrung wahrscheinlich. Das erklärt, dass Ehemänner, die seit Jahren keinerlei Symptome ihrer früher erworbenen Syphilis darboten, ihre jungen Gattinen inficierten, oder dass Syphilis der Frucht zustande kam, selbst wenn die Keimdrüsen Spir. nur apathisch beherbergten. Gewiss ist Infection auch von einem pathisch localisierten Virus im Hoden möglich, aber wir dürfen nicht übersehn, dass man bei pathischer Localisation stets an Verödung dieser Organe denken muss. Es liegen aber auch Beweise dafür vor, dass pathische Spir. nach sogenannter Heilung in loco apathisch zurück bleiben können. Von Bedeutung ist das Auffinden von Spir. in älteren Sclerosennarben und in Exanthemresten (E. Hoffmann), sowie in einem Fleck zwei Jahre nach einem papulösen Syphilid bei einem congenital-syphilitischen Kind (Pasini) und im Narbengewebe einer ausgeheilten Heller schen Arteriitis (Reuter), ferner die positiven Impfergebnisse F. Sandmanns mit Resten dem Anschein nach geheilter syphilitischer Efflorescenzen, auch längere Zeit nach Beendigung einer oder mehrerer kräftiger allgemeiner Quecksilberbehandlungen selbst mit gleichzeitiger Localbehandlung. Wir müssen daher bei den einzelnen Localisationen pathische (im klinischen Sinne) und apathische Phasen unterscheiden. Der Mensch ist der am längstenbe kannte pathische Pallidawirt. Aber selbst während des Bestandes eines Allgemeinsyphilids finden sich gewiss auch apathische Localisationen; manche derselben werden durch irgend einen, nicht immer leicht definierbaren Anlass pathisch. Dass der aufliegende Brillenbügel oder der klemmende «Zwicker» am Nasenrücken, wo man für gewöhnlich syphilitische Papeln fast nie findet, zu solchen Producten Anlass geben kann, führt zwanglos zur Annahme, dass eine apathische Localisation (hier durch das mässige Trauma) zu einer pathischen geworden, oder dass in den Säften pathisch hausende Spir. hierher angelockt, zu pathischen Producten führten.

In derselben Gesellschaft demonstrierte Rudolf Pollak ein 3 Monate altes Kind, das Zeichen allerschwerster congenitaler Lues darbietet, so das typische Colorit der Gesichtshaut, beträchtliche Anämie, specifische Koryza, maculöses Exanthem an den Oberschenkeln, papulöses ad nates, Parotsche Pseudoparalyse der r. oberen Extremität, Osteochondritis der Metatarsi beider grossen Zehen, Milztumor, beträchtlich grosse Papeln an der Backenschleimhaut beiderseits und multiple nässende Plaques an der Zunge, Spirochaetenbefund der Munderuptionen positiv. Wichtig ist nun, dass eben dieses Kind mit seiner schweren Lues vom 8. Lebenstage durch fast drei Monate in einem Ammenvermittelungsinstitute behufs Abtrinkens der Ammenbrüste untergebracht war und die Mutter von demselben Institute als Amme abgegeben wurde und bis vor kurzem in Stellung blieb. Ob und wieviel Infectionen durch das Kind an Ammen und weiterhin an Säuglinge vermittelt wurden, müssen weitere Erhebungen ergeben. Dieser Fall zeigt die Misstände unseres Ammenwesens im grellen Lichte und lässt eine dringende Reform desselben als notwendig erscheinen. Vor Allem wäre erforderlich: specialistische Controlle der Ammen und Haltekinder, eventuell Entziehung der Concessionen sämtlichen Ammenvermittlungsinstituten und Errichtung einer ärztlich geleiteten Anstalt. In der Discussion bemerkt Hochsinger, dass er als Referent auf dem letzten Wiener Kinderschutzcongress diese Gefahren erörterte. Vor allem fordert H. genaue ärztliche Controlle der in die Aussenpflege gelangenden Kinder vor der Abgabe und während der ersten Wochen ihres Pflegeaufenthaltes. Denn es kann sich der Fall ereignen, dass ein anscheinend gesund abgegebenes Kind sich in der Latenzperiode der Erbsyphilis befindet, dass seine Lues demnach erst später in der Aussenpflege zum Ausbruch kommt und dann die Quelle von Hausepidemien der Syphilis werden kann.

Karl Ullmann, stellt einen Fall von Jodexanthem nach dem Typus eines Erythema multiforme vor. Der Fall betrifft ein Arzneiexanthem, das sich rasch entwickelte. Typus der Einzelefflorescenzen nach Farbe, Grösse und Localisation vorzugsweise im Gesicht, auf beiden Hand- und Fussrücken entsprachen vollkommen dem eines Erythema polymorphe (Hebra). Indess die Neigung zur rapiden Verbreitung und Confluenz der befallenen Partien, das Hinzutreten von Lidödemen zeigten den anderen, vielleicht toxischen Ursprung des Erythems. Anamnestisch ergab sich, dass der Pat. durch 19 Tage und bis unmittelbar vor dem Ausbruch des Exanthems Jodkali genommen hatte 25,0 : 150,0 dreimal täglich einen Kaffeelöffel, in toto 35 g. Jodkali. Indication war ein Ulcus cruris verisimile lueticum. So häufig wir Jodexantheme sehen, so treten diese doch mit Vorliebe an den Follikeln zu Tage als Akne, Folliculitis auch als Zellgewebsfurunkel, weit seltener auch als Purpura, ja in Form atypischer, tumorartiger Bildungen an der Haut und den Schleimhäuten mit Neigung zum Zerfall oder auch als Erytheme atypischer Art und mit Bevorzugung der Schleimhäute (Jodschnupfen, Kopf- und Stirnhöhlenschmerz, Meningealreizung), sehr selten jedoch nimmt das Jodexanthem einen derartigen Charakter an wie im vorliegenden Falle.

Wilhelm Falta, der im Vereine mit Eppinger und Rudinger das dunkle Gebiet der Beziehungen der Blutdrüsen zu seinem Studium erwählt hat, sprach über die Function der Epithelkörperchen. F. berichtete seinerzeit, dass nach Exstirpation der Schilddrüse beim Hunde subcutane oder intraperitoneale Injection grosser Dosen von Adrenalin nicht zur Glykosurie führt, selbst wenn vorher oder gleichzeitig grössere Mengen von Zucker an die Tiere verfüttert werden. Solche schilddrüsenlose Hunde besitzen eine erhöhte Toleranz für Traubenzucker, jedenfalls besteht sicher nicht eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker. Im Widerspruche mit diesen Resultaten stehen Untersuchungen von R. Hirsch aus der Kraus schen Klinik (Berlin). R. Hirsch findet nach completter Schilddrüsenexstirpation bei Hunden nach Verfütterung von 100 Gramm Glykose selbst bei amylaceenreicher Nahrung oft ganz beträchtliche Glykosurie. Zu analogen Resultaten kamen Underhill und Sacki. Eine genaue Durchsicht dieser Arbeiten aber zeigt, dass die Versuchstiere alle Tetanie hatten, und an der Tetanie zu Grunde gingen. Diese Autoren haben also nicht den Stoffwechsel nach Thyreoidectomie allein, sondern nach Thyreoparathyreoidectomie untersucht. Damit war der Schlüssel für diese Differenzen gewonnen. Schilddrüse und Epithelkörperchen sind nach den neueren Anschauungen; an deren Ausbau die Wiener Schule ruhmvollen Anteil genommen hat, als functionell vollständig verschiedene und selbständige Gebilde aufzufassen. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, den Einfluss dieser Drüsensysteme auf Stoffwechsel und Nervensystem isoliert zu betrachten; es geht nicht an, wie R. Hirsch es getan hat, auf Grund der Thyreoparathyreoidectomie Schlüsse auf Zustände der menschlichen Pathologie zu ziehen, die wie der Morbus Basedowii und das Myxoedem auf Erkrankung der Schilddrüse allein beruhen. Falta hat gefunden, dass die Wirkungen des inneren Secrets der Thyreoidea und desjenigen der Epithelkörperchen in einem

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestimmten Umfang antagonistisch sind. Auf der einen Seite finden wir nach Exstirpation der Schilddrüse allein regelmässig Erhöhung der Assimilationsgrenze für Zucker und Ausbleiben der Adrenalinglykosurie, auf der anderen Seite finden wir bei Insufficienz der Epithelkörperchenfunction Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker und sehr ausgesprochene Adrenalinglykosurie. Was aber bei letzteren auffällt, ist der grosse Unterschied im Grade dieser Stoffwechselstörung. Allen diesen Versuchen ist weiterhin, wenn das noch vorhandene Epithelkörperchenmaterial ausreicht, um den Ausbruch einer tötlichen Tetanie zu verhindern, gemeinsam, dass die Störung im Kohlehydratstoffwechsel nur eine passagere ist. Als Erklärung dafür nimmt F. an, dass das noch vorhandene Epithelkörperchenmaterial allmählich compensatorisch hypertrophiert, mit welcher Annahme auch das allmähliche Verschwinden der elektrischen Uebererregbarkeit in diesen Fällen übereinstimmt. In jenen Fällen, in welchen tetanische Krämpfe auftraten, fand Falta die Stoffwechselstörung meist weniger stark entwickelt als dort, wo die Tetanie nur durch die elektrische Untersuchung nachweisbar war. Eine enorme Steigerung im Kohlehydratverbrauch im tetanischen Anfalle wird nach Schur und Wiesel zu einer starken Inanspruchnahme des chromaffinen Systems, ja eventuell zu einer vorübergehenden Erschöpfung desselben führen und so der Hyperglykämie und Glykosurie entgegenarbeiten. Es kommt also darauf an, gerade soviel Epithelkörperchenmaterial wegzunehmen, dass eben eine Insufficienz der Epithelkörperchenfunction resultiert, ohne dass es zur vollen Entwickelung einer Tetanie kommt; auch die Reservekraft des Pancreas ist gegenüber gesteigerten Anforderungen individuell verschieden. Jedenfalls zeigen die Versuche, dass den Epithelkörperchen ein Einfluss auf den Kohlehydratstoffwechsel zukommt. Die Epithelkörperchen protegieren das Pancreas und hemmen das chromaffine System. Ausfall der Epithelkörperchen führt demnach zu einem Uebererregungszustande im chromaffinen System. Dafür spricht die oft mehrtägige Dauer der Glykosurie nach einmaliger Zuckerzufuhr bei Hunden mit Epithelkörpercheninsufficienz und die Steigerung der Zuckerproduction in dem mit Epithelkörpercheninsufficienz combinierten Pancreasdiabetes. Die grösste Schwierigkeit scheint aber in der Frage zu liegen: Warum finden wir in den verschiedenen Formen der menschlichen Tetanie keine Störung im Kohlehydratstoffwechsel? F. gibt folgende Deutung: Bei dem Ausfall einer Blutdrüse müssen wir immer zwei Wirkungen unterscheiden: 1. Den Ausfall des specifischen inneren Secrets, und 2. den Ausfall des Einflusses auf die anderen Drüsen mit innerer Secretion. Die specifische Wirkung der Epithelkörperchen könnte man sich als Hemmung auf die praeganglionären Neuronen des Sympathicus denken, wodurch der Erregungszustand in den grossen motorischen Ganglienzellen der Vorderhörner reguliert würde. Als indirecte Wirkung ist aber jedenfalls anzunehmen eine hemmende Wirkung auf das chromaffine System. Fällt diese Dämpfung des chromaffinen Systems weg, so resultiert eine gesteigerte Kohlehydratmobilisierung, und es kommt nun ganz darauf an, ob die nun regulatorisch sich steigernde Pancreastätigkeit nachkommt oder nicht. Es ist nun möglich, dass beim omnivoren Menschen das Pancreas einer viel höheren compensatorischen Kraftentfaltung fähig ist als beim fleischfressenden Hunde und deshalb eine Störung im Kohlehydratstoffwechsel gar nicht nachweisbar ist. Eine analoge Auffassung hilft uns auch, manche Eigentümlichkeiten des Morbus Basedowii verstehen. Hier können bei enormer Ueberfunction der Schilddrüse, sich äussernd in den schwersten nervösen Symptomen, massenhaft wässerigen Diarrhoen, enorm gesteigerter Fett- und Eiweissverschmelzung, doch die alimentäre Glykosurie und die häufig mit ihr auftretende Störung in der Fettresorption vollkommen fehlen. Auch dies lässt sich erklären, wenn wir annehmen, dass das Pancreas in dem einen Falle der gesteigerten Anforderung nachkommt, in dem anderen Fall insufficient wird.

In der «Gesellschaft für innere Medicin» berichtete v. Noorden über einen geheilten Fall von schwerem Diabetes mellitus. Es handelt sich um einen 22-jährigen Mann, der Anfang Januar 1908 in die Klinik aufgenommen wurde. Das Körpergewicht war auf 95 kg. gesunken, im Harne fanden sich bedeutende Mengen von Zucker, viel Aceton und Acetessigsäure. Pat. wurde zuerst auf strenge Diät gesetzt und erhielt daneben eine gewisse Menge von Kohlehydraten (25—75 g. Brod); während dieser Zeit wurden 70—140 g. Zucker täglich im Harn ausgeschieden. Dabei ergaben sich manchmal kolossale Differenzen zwischen den polarimetrisch und den durch Reduction ermittelten Werten des Harnzuckers; das wies darauf hin, dass eine linksdrehende, aber nicht reducierende Substanz im Harne vorhanden sei. Die enormen Werte von Ammoniak (2,8—3,8 g. pro die) zeigten einen bedeutenden Gehalt an Säuren im Urin an. Die Untersuchung ergab grosse Mengen von Oxybuttersäure (ca. 20 g.) und Aceton (2—3,7 g.). Nach einiger Zeit wurde die genannte Kost durch zwei Gemüsetage abgelöst. Dadurch sank der Zuckergehalt des Harnes bis auf 58 g. die Ammoniakausscheidung blieb hoch (bis 3,3 g.). Dann wurde dem Patienten eine Haferdiät verordnet, um möglichst rasch viel Kohlehydrate zur Resorption zu bringen, da der Kranke in Gefahr war, der Säureintoxication zu erliegen. Am ersten Tage wurden 250 g. Haferpräparate gegeben, am 2. Tage etwas weniger. Der Erfolg war zunächst unbefriedigend, da der Harnzucker wieder auf 136 g. anstieg. Ein günstiges Symptom war, dass die Aceton- und Ammoniakwerte etwas sanken. Von den Kohlehydraten des Hafers kam nur wenig zur Resorption. Darauf folgten wieder einige Gemüsetage; der Zucker sank, ebenso das Aceton (bis auf 1 g.) und das Ammoniak (bis auf 0,9 g.), Oxybuttersäure war nur in Spuren nachweisbar. Nun wurde für 2 Tage Fleischdiät verordnet; der Zucker stieg etwas an, das Aceton ging weiter herunter (bis auf 0,4 g.). Die folgenden Gemüsetage brachten ein weiteres Absinken des Zuckers bis auf 1 g. am Tage, das Aceton war kaum mehr nachweisbar; mit Ausnahme der beiden Hafertage war eine strenge, durchaus kohlehydratfreie Nahrung verabreicht worden. Jetzt folgte wieder durch 3 Tage Haferkost (250 g. pro die), wobei der grösste Teil der Kohlehydrate assimiliert wurde; die Acetonwerte blieben gering. Darauf wurden wieder einige Gemüsetage eingeschaltet, sodann folgten wieder Hafertage. Der Harn wurde jetzt trotz der 250 g. Hafer zuckerfrei, Aceton 0,1 g. Darauf folgten 2 Gemüsetage, dann kohlehydratfreie, aber fleischreiche Diät; im Harn war gar kein oder nur eine Spur Zucker zu finden. Aceton kaum nachweisbar. Bei dieser Kost blieb der Patient lange Zeit. Der Blutzuckergehalt betrug 0,16, dann 0,15. Ende Februar 0,18%. Das sind gegenüber der Norm (0,07—0,08) sehr bedeutende Mengen. Es bestand also trotz der Zuckerfreiheit des Harns noch Hyperglykämie (abnorme Zuckerdichtigkeit der Nieren). Pat. erhielt nun versuchweise Kohlehydrate (50 g. Schrotbrot), sofort schied er Zucker bis zu 50 g. aus. Pat. trat nun aus der Klinik aus und wurde dauernd auf kohlehydratfreie Kost gesetzt; der Blutzucker sank allmählich bis auf normale Werte ab. Der Kranke führte vom Februar (Austritt aus der Klinik) bis December 1908 diese strenge Diabetikerkost genauest durch, befand sich während der Zeit ausgezeichnet, konnte schwere Arbeit verrichten, und sein Körpergewicht stieg um 10 Kg. Nach 9-monatlicher kohlehydratfreier Diät vertrug er dann 75 g. Brot, 1/2 L. Rahm, 1 Apfel, und später ausserdem 300 g. Kartoffeln, ohne dass Zucker im Harn auftrat. Pat. nimmt jetzt jeden Tag 60 g. Kohlehydrate zu sich und ist dabei zuckerfrei. Acetessigsäure 0, Aceton Spuren. Man kann also in dem ursprünglich sehr ungünstigen Fall mindestens von vorläufiger Heilung sprechen, erzielt durch die strenge Diät.

Emil Redlich demonstriert einen Fall von Gehirngliom, bei dem von Prof. Eiselsberg eine zweimalige Trepanation des Schädels vorgenommen wurde. Es handelte sich um einen jetzt 30-jährigen Studenten, bei dem im Alter von 24 Jahren, wie er angab, nach starkem Potus die ersten epileptischen Anfälle aufgetreten waren, die sich anscheinend in nichts von gewöhnlicher Epilepsie unterschieden. Im März 1907 wurde der Kranke der Klinik Wagner-Jauregg wegen gehäufter Anfälle zugewiesen. Nach diesen Anfällen traten Erscheinungen einer leichten r. Parese auf, die in der folgenden Zeit wechselnde Intensität zeigte, und sich allmählich besserte, auch bekamen die Anfälle einen vorwiegend halbseitigen Charakter, gingen auch ohne Bewusstseinsverlust einher. Der Röntgenbefund ergab eine auffällige Dicke des Schädels, die ophthalmoskopische Untersuchung beiderseitige Stauungspapille. Da sonach die Annahme einer in der 1. motorischen Partie gelegenen Geschwulst begründet war, wurde der Pat. im April 1907 operiert. Es wurde der Schädel über der l. motorischen Partie aufgeklappt, da jedoch kein pathologischer Befund erhoben werden konnte, wieder geschlossen. Im Juni 1907 wurde der Pat. entlassen, die Anfälle hatten sistiert, die Lähmung war zurück gegangen. In der Folgezeit traten wieder Anfälle auf, jedoch nur vereinzelt in Form allgemeiner Convulsionen, dagegen sehr häufig Jaksonsche Anfälle, meist auf den r. Fuss beschränkt, manchmal von hier auf das r. Bein und auf den r. Arm übergreifend. Im Herbst 1908 liess Pat. sich wieder aufnehmen. Die erste Operationswunde war geheilt, die Stauungspapille zurückgegangen, deutliche Lähmungserscheinungen fehlten, dagegen traten häufige Jaksonsche Anfälle auf. Die Diagnose R.'s lautete auf Tumor im l. Paracentrallappen. Die 1. Operation hatte als Decompression gewirkt. Bei der 2. Operation, die im Nov. resp. Decemb. 1908 vorgenommen wurde, wobei der l. Paracentrallappen freigelegt wurde, fand sich tatsächlich ein freilich diffuser, nicht abgrenzbarer Tumor im l. Paracentrallappen, der sich histologisch als Gliom erwies. Der Fall ist bis auf eine kleine Fistel geheilt, es haben sich nur vereinzelte Anfälle eingestellt, es blieb eine ganz leichte Parese des r. Fusses zurück, die der von der Operation gesetzten Läsion der Hirnrinde entspricht. Leider konnte man den Tumor nicht radical entfernen, so dass der Fall eine schwere neurologische Zukunft hat. So hat sich inzwischen wieder Stauungspapille ent

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wickelt. Der Fall zeigt, dass durch Allgemeinerscheinungen die Herderscheinungen verdeckt werden können; hier handelt es sich um die Ersetzung von Jakson schen Anfällen durch allgemein epileptische Anfälle, die sogar vorausgegangen sind. Ferner bietet der Fall einen Beleg für die Anschauung R. s., wonach die Art der epileptischen Anfälle von der Beschaffenheit der Hirnrinde, resp. ihrer «epileptischen Reactionsfähigkeit» abhängt. Solange der Schädel geschlossen war, und Ueberdruck herrschte, war die ganze Hirnrinde in einen Reizzustand versetzt, zeigte im ganzen eine erhöhte epileptische Reactionsfähigkeit daher die allgemeinen Convulsionen; als dann durch Decompression die übrige Hirnrinde zur functionellen Norm zurückkehrte, traten die epileptischen Anfälle nur in jenen Muskelpartien auf, die von den Rindenpartien versorgt wurden, in denen der Tumor sass.

Erich Stoerk teilte seine Beobachtungen über die Praecipitation im Serum bei Phthise und anderen Krankheiten mit.

In ca. 60 pCt. aller Seren von Phthisikern zeigte sich bei Zusatz der doppelten Menge von ½ pCt. karbolisierter physiologischer Kochsalzlösung eine Ausflockung nach ungefähr 10—12 Stunden Aufenthalt im Brutofen. In einem kleinen Procentsatz der Fälle bildet sich auch ein Praecipitat, wenn man dem Serum eine geeignete Menge von frischem Bacillenlipoid (in Kochsalzlösung aufgeschwemmt) zusetzt; gleichgiltig, ob es sich um die fettartigen Bestandteile des Tuberkelbacillus oder etwa von Hefe handelt. Durch Emulsion der aetherlöslichen Bestandteile von ca. ½ g. lipoidreicher Bacillen in ¼ l. ½ pCt. karbolisierter Kochsalzlösung gewinnt man ein Reagens, das in ungefähr 75 pCt. aller Fälle von Lungentuberculose (mit dem Serum im Verhältnis von 2:1 versetzt) nach einigen Stunden eine Ausflockung zeigt. Ausser bei Lungentuberculose tritt diese Praecipitation noch in Erscheinung bei Seris von Patienten mit weit vorgeschrittenen Tumoren, bei schweren Diabetikern, weiter in dem ersten Stadium von Infectionskrankheiten, sowie nach reichlichem Milchgenuss. Es ist also notwendig, dass man das zu untersuchende Serum morgens nüchtern entnimmt, 12 bis 15 Stunden nach der letzten Milch- oder Fettmahlzeit. Membranähnliche Plättchen treten auch sonst gelegentlich im Serum auf, haben aber mit der eigentlichen feinkörnigen und dichten Ausflockung nichts zu tun, sind auch mit dieser nicht zu verwechseln. Bei dieser Praecipitation handelt es sich wahrscheinlich um fettartige Stoffe des Serums. Practisch wäre diese Reaction gelegentlich zu verwenden bei der Differentialdiagnose zwischen beginnender Lungentuberculose und anderen Erkrankungen mit Ausnahme von Tumoren in regressiver Metamorphose, schwerem Diabetes und Infectionskrankheiten im acuten Stadium. Beweisend scheint die Reaction nur bei constant positivem Ausfall an verschiedenen Tagen.

Das ordentliche Erfordernis für die sieben medicinischen Facultäten an den verschiedenen österreichischen Universitäten (ohne Ungarn) betrug zusammen 5.108,544 K., und zwar entfallen auf die einzelnen Facultäten:

Wien	1.799582	K.
Prag (deutsch) . . .	719706	»
Prag (böhmisch) . . .	677816	»
Graz	454527	»
Innsbruck	407349	»
Lemberg (polnisch) . . .	451276	»
Krakau » . .	598288	»

Das Gesamterfordernis ist nach «Das österreichische Sanitätswesen» gegenüber dem Vorjahre um 291,737 K. erhöht, und zwar verteilt sich diese Summe, wie folgt:

Wien	um	195977	K.	+
Prag (deutsch)	»	31566	»	+
Prag (böhmisch)	»	21316	»	+
Graz	»	7493	»	—
Innsbruck	»	7251	»	+
Lemberg	»	17731	»	+
Krakau	»	25389	»	+

Insgesamt sind für 112 (111 im Vorjahre) ordentliche, 57 (52) ausserordentliche Professoren und 293 (279) Assistenten Gehaltsbezüge gerechnet; ausserdem sind noch 16 (14) Hilfsbeamte und Techniker angestellt. Auf die einzelnen Facultäten verteilen sich die Stellen wie folgt:

	Ordentliche Professoren.	Ausserord. Professoren.	Assistenten
Wien.	25	13	82
Graz.	13	5	35
Innsbruck. . .	14	5	27
Prag (deutsch) .	16	10	43
Prag (böhmisch)	16	12	38
Lemberg . . .	14	3	33
Krakau	14	9	35
	112	57	293

Für Gehalte, Activitätszulagen, ferner Dienst-Ergänzungs- und Personalzulagen des Lehrpersonals ist ein Gesamtbetrag von 1.457,029 K. (1.398,696) eingestellt und verteilen sich die Beträge, wie folgt:

	Gehalte.	Activitätszulagen.	Dienstes-Ergänzungs- u. Personalzulagen.
Wien	267267 K.	65023 K.	57300 K.
Graz	132200 »	25096 »	— »
Innsbruck. . . .	132400 »	23667 »	2000 »
Prag (deutsch) . .	183150 »	34960 »	2400 »
Prag (böhmisch) .	171866 »	36110 »	800 »
Lemberg	126600 »	24472 »	400 »
Krakau. . . .	141050 »	30268 »	— »
	1.154533 K.	239596 K.	62900 K.

Für Stiftungen, Stipendien, Remunerationen und Aushilfen wird ein Betrag von 687711 K. (659273 K. im Vorjahre) angesprochen; in dieser Summe sind inbegriffen die Teilerfordernisse für honorierte Lehraufträge mit 52700 K. Remunerationen für Assistenten mit 531933 K., Demonstratorstipendien mit 80030 K. und sonstige Remunerationen mit 23048 K. Für die Unterbringung von Kliniken und für Mietzinse werden Beiträge von 878867 K., für Gebäudeerhaltungskosten, Steuern, Abgaben und Reisekosten ein Betrag von 235761 K. eingestellt. Schliesslich ist für die Dotierung von Kliniken und Instituten ein Betrag von 1.467112 K. vorgesehen.

Das ausserordentliche Erfordernis ist für sämtliche medicinische Facultäten mit 1.699232 K. praeliminiert und stellt sich somit um mehr als 600000 K. höher wie im Vorjahre.

Für Wien ist auf Bauten und Realitätenankäufe zur Unterbringung von Anstalten einschliesslich der Kosten der Bauregie, der inneren Einrichtung und Uebersiedlung ein Betrag von 700000 K. praeliminiert. Diese Aufwendung ist zum Umbau des letzten Teiles der sogen. alten Gewehrfabrik (Schwarzspaniertrakt) für Zwecke der medicinischen Facultät und zur Unterbringung des physikalischen und des chemischen Institutes bestimmt. Für die medic. Facultät in Graz war im vorigen Jahr als Hauptposten unter den ausserordentlichen Ausgaben ein Betrag von 100000 K. für die Unterbringung des pathologisch-anatomischen Institutes und ein weiterer Betrag von 50000 K. als Nachzahlung für die Krankenhaus- und Gebärkliniken eingestellt. Für die gleichen Zwecke sind für das Jahr 1909 75000 K., bez. 20000 K. vorgesehen. Für die deutsche medicinische Facultät in Prag wird der Betrag von 100000 K. als weitere Teilzahlung für die Unterbringung des pharmakologisch-pharmakognostischen Institutes, ferner der Betrag von 26000 K. für den Neubau des hygienischen Institutes angesprochen. Für die böhmische Facultät (Prag) werden 350000 K. zur Unterbringung des pathologisch-anatomischen und gerichtlich-medicinischen Institutes beansprucht. Für die Krakauer Facultät war im Vorjahre als Hauptposten des ausserordentlichen Erfordernisses, und zwar zur Unterbringung einer psychiatrisch-neurologischen Klinik der Betrag von 156000 K. veranschlagt. Für denselben Zweck wird pro 1909 die Summe von 200000 K. beansprucht. Ausserdem wird zur Ausgestaltung des medic.-chemischen Institutes als zweite Rate des noch nicht festgestellten Erfordernisses der Betrag von 100000 K. eingestellt.

Die «Gesellschaft der Aerzte» hat zwar ein eigenes Heim, in eigenem Hause mit Vortragssaal, Bibliothek, Bibliothekzimmer und Lesesaal, aber die Räumlichkeiten sind ihr zu enge geworden. Das Lesezimmer, in welchem 600 Zeitschriften aufliegen, ist zu klein. In der letzten Sitzung wurde nun beschlossen, durch Ueberbauung eines Hofes mit einem Aufwande von 30000 K. das Lese- (Archiv) zimmer zu vergrössern, und ferner einen kleinen Saal für den rein gesellschaftlichen Verkehr zu schaffen.

In Budapest ist der Professor der Budapester Universität für Anatomie Ludwig v. Thanhoffer gestorben. Th. habilitierte sich 1872 für Histologie. Noch im selben Jahre wurde er ordentlicher Professor der Physiologie und Physik an der Veterinärakademie in Budapest. 1881 kam er als Professor an die Universität. Nach dem Tode Lenhos'seks übernahm er die Leitung des 2. anatomischen Instituts. Eine grössere Arbeit über den Aufbau der Nerven wurde mit dem Balassapreis ausgezeichnet.

Der derzeitige Rector der Wiener Universität, Franz Exner feierte im März seinen 60. Geburtstag. Exner wirkte als Assistent am physikalischen Institut in Strassburg. 1874—76 war er Assistent bei Prof. v. Lang in Wien und habilitierte sich 1874 als Privatdocent. Im Jahre 1879 wurde er zum ausserordentlichen Professor und 1891 als Nachfolger Lohschmidts ordentlicher Professor für Physik. Exner arbeitete über die «Härte der Krystalle», «Ursachen und Gesetze der athmosphärischen Elektricität». Er construierte einen transportablen Elektrometer. In seinen elektrochemischen Studien beschäftigte sich Exner ausführlich mit der Theorie der Elektricitätserregung im elektrischen Element; in der

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

letzten Zeit beschäftigt sich Exner mit den Bogen- und Funkenspektren der Elemente. Zu seinen Schülern gehören Benndorf, Hasenöhrl, Stefan Meyer, E. v. Schweidler, Eduard Haschek. Das neue Radiuminstitut, dessen Erbauung durch die Spende Kupelwiesers im Betrage von 500000 K. ermöglicht wurde, wird unter der Leitung Franz Exners stehen.

An Stelle des verstorbenen Ministerialrates Dr. Daimer wurde der Statthaltereirat und Landessanitätsreferent von Tirol, Dr. jur. et med. v. Haberler zum Ministerialrat und Referenten für Sanitätsangelegenheiten im Ministerium des Innern ernannt. Wir wollen sehen, ob ihm die so notwendige Geltendmachung des ärztlichen Elementes bei den obersten Entscheidungen in Sanitätsangelegenheiten in den verschiedenen Ministerien gelingen wird.

Dr. Sofer.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zum Osterfest ist dem Director der Marien-Gebäranstalt, Dr. med. A. Schmidt, der Titel eines Ehren-Leibmedicus und dem Professor für Ophthalmologie an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. Belljarminow, der Titel eines Ehren-Leibocnlisten des Allerchöchsten Hofes verliehen worden.

— Der Verwaltung der Pirogowschen Gesellschaft russischer Aerzte ist es vom Minister des Innern gestattet worden, den 11. Pirogowschen Congress im Januar 1910 in St. Petersburg zu veranstalten.

— Vom 2.—4. April a. c. fand in Moskau eine Beratung der Pirogowschen Commission zur Bekämpfung der Tuberculose mit Hinzuziehung von Vertretern ähnlicher Organisationen aus ganz Russland statt. Als Hauptaufgabe der Beratung wurde die Gründung einer russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose in Russland fixiert. In die Liga sollen nicht nur Vertreter der Medicin und der anderen Wissenschaften, sondern auch alle möglichen Vereine, Vertreter der Regierung, der Stadt- und Lanschaftsämter, Privatinstitutionen und professionelle Verbindungen herangezogen werden. Die Aufgabe und der Zweck der Liga wurden in folgenden Paragraphen präcisiert: 1. Feststellung eines Planes und der Mittel zur Bekämpfung der Tuberculose. 2. Eine möglichste Verbreitung und Entwickelung örtlicher Vereine zur Bekämpfung der Tuberculose sowie Gründung von Filialen der Liga in den verschiedensten Gegenden Russlands. 3. Veranstaltung von periodisch wiederkehrenden Congressen aller Vereine, wobei an den Congressen auch Nichtmitglieder der Vereine teilnehmen dürfen. 4. Verbreitung von Kenntnissen über die Aetiologie der Tuberculose und über die Bekämpfung derselben in den weitesten Schichten der Bevölkerung. 5. Einrichtung von Heil- und Verpflegungsanstalten, hygienischen- und Aufklärungsinstitutionen, sowie Gründung von Bibliotheken, Museen und Ausstellungen. 6. Organisation einer eigenen Zeitschrift. 7. Gesuche an Regierungs- und Privatinstitutionen um Beistand und Entgegenkommen. Der Leibmedicus Dr. L. Berthenson, der an der Beratung teilnahm, wurde ersucht, höheren Orts sich für die Verwirklichung der Pläne der allrussischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose zu verwenden.

— Eine Gruppe Moskauer Aerzte beabsichtigt, in Moskau ein privates Weibliches medicinisches Institut zu gründen.

— Die Commission zur Verbreitung von Kenntnissen in der Hygiene, die bei der Verwaltung der Pirogowschen Gesellschaft russischer Aerzte besteht, hat soeben den 2. Teil des Programms zum Unterricht in der Somatologie und der Hygiene in den Mittelschulen im Druck erscheinen lassen. Dieser 2. Teil enthält das Programm zum Unterricht in der Anatomie, Physiologie, Bacteriologie, den Infectionskrankheiten und der Hygiene in den Mittelschulen mit Einschluss von Experimenten und Demonstrationen. Der I. Teil kostet 70 Kop., der II. Teil 60 Kop. Beide zusammen 1 Rbl.

— Die Verwaltung des Obermedicinalinspectors hat an alle Gouverneure Circulare herumgesandt, in denen darauf hingewiesen wird, dass zahnärztliche Kabinette und Anstalten zur Herstellung von künstlichen Mineralwässern im Laufe eines Jahres nach Erteilung der Erlaubnis zur Einrichtung derselben eröffnet werden müssen.

— In der St. Petersburger Stadtverwaltung wurde vielfach darauf hingewiesen, dass die Fabrikbesitzer, ihre eigenen Hospitäler für Fabrikarbeiter einrichten müssten, was eine bedeutende Entlastung der Stadtkrankenhäuser zur Folge haben würde. Bei Ausbruch der Choleraepidemie in Petersburg wurde den Fabrikverwaltungen vorgeschlagen, wenigstens im Kampf gegen die Cholera mitzuhelfen. Nun sind sie darauf eingegangen, bei kostenloser Abtretung eines Platzes von Seiten der Stadt ein Hospital im Werte von 75000 Rbl. aufzuführen, wobei die Stadt 35000 Rbl. beizusteuern und für den Unterhalt des Krankenhauses zu sorgen hätte. Die Stadtverwaltung lehnte dieses Anerbieten ab.

— Der Flecktyphus herrscht immer noch in starkem Masse im europäischen Russland, nun wird berichtet, dass er auch in Sibirien stark um sich greift.

— Der Präsident der St. Petersburger Sanitätscommission, Dr. Hubert, ist vom Ministerium in seinem Amte bestätigt worden und hat am 8. April seine Functionen übernommen.

— In Berlin hat sich eine «Vereinigung weiblicher Aerzte zur Gründung eines Frauenkrankenhauses in Gross-Berlin» gebildet. Die Erbauung eines Hospitals für Frauen unter der Leitung von Aerztinnen ist in Aussicht genommen und zwar vorzugsweise für unbemittelte Patientinnen.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 21. Februar bis zum 6. März 1907 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Djedda (Türkei) erkrankten vom 15. bis zum 21. März 16 Personen an der Pest, starben 16. In Britisch-Ostindien erkrankten vom 21. bis zum 27. Februar 4717 Personen, starben 3750.

— Am 15. April erkrankte in St. Petersburg an der Cholera 1 Person, starben 0, genas 1; in den Hospitälern verblieben in Behandlung 31. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10351 Personen erkrankt, 4009 gestorben und 6311 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 22. bis zum 28. März 1909 441 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 36, Typh. exanth. 4, Febris recurr. 47, Pocken 18, Windpocken 7, Masern 129, Scharlach 51, Diphtherie 65, acut. Magen-Darmkatarrh 22, Cholera 11, an anderen Infectionskrankheiten 51.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11287. Darunter Typhus abdominalis 400, Typhus exanth. 17, Febris recurrens 316, Scharlach 203, Masern 124, Diphtherie 121, Pocken 71, Windpocken 1, Milzbrand 1, Cholera 35, crupöse Pneumonie 108, Tuberculose 584, Influenza 187, Erysipel 78, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 76, Lepra 0, Syphilis 464, venerische Krankheiten 272, acute Erkrankungen 1793, chronische Krankheiten 1607, chirurgische Krankheiten 1314, Geisteskrankheiten 3179, gynäkologische Krankheiten 178, Krankheiten des Wochenbetts 49, verschiedene andere Krankheiten 90.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 829 + 37 Totgeborene + 64 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 11, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 5, Pocken 3, Masern 26, Scharlach 20, Diphtherie 12, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 42, katarrhalische Pneumonie 88, Erysipelas 4, Influenza 5, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 30, Dysenterie 0, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 15, andere Magen- und Darmerkrankungen 42, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 28, andere Todesursachen 284.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 1. April der Ordinator am Marienhospital für Arme in St. Petersburg, Dr. med. G. J. Popow, geb. 1856, Arzt seit 1882. Ein schlichter, humaner Mann, der in seiner langjährigen Tätigkeit am chirurgischen Ambulatorium des Hospitals den Kranken aus den ärmsten Bevölkerungsschichten viel Gutes zu Teil werden liess. 2) In St. Petersburg Dr. F. M. Prokopowitsch. 3) Im Gouvernement Moskau der Landschaftsarzt, Dr. Tolstow, am Flecktyphus. 4) In Jalta am 6. März Dr. Makowezki, Medicinalinspector von Nishnij-Nowgorod. 5) In Kischinew Dr. Stojanow. 6) Am 22. März in Kischinew die Aerztin Kwjatkowskaja. 7) In München Prof. Dr. E. R. Haug, Vorstand der kgl. Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten, 49 Jahre alt.

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.

Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 17 St. Petersburg, den 25. April (8. Mai) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber Indicationen und Technik der operativen Behandlung der Gallensteine.

Von

F. Weber.

Privatdocent für Chirurgie an der Kais. Militär-Medicinischen Academie zu St. Petersburg.

Bevor ich zur Besprechung der verschiedensten Operationsmethoden an der Gallenblase und den Gallengängen übergehe, möchte ich in kurzen Worten die Frage über die Indicationen zum operativen Einschreiten streifen. Während Riedel, Diakonoff, Majo, Robson die Anwesenheit von diagnosticierten Gallensteinen für genügend erachten, um eine Operation vorzunehmen, stellen die meisten Chirurgen, die viel auf diesem Gebiete gearbeitet haben, die Indicationen viel enger.

Riedel, der von einer übrigens ganz richtigen Annahme ausgeht, dass erstens die Gallensteine primär in der grössten Mehrzahl der Fälle in der Gallenblase gebildet werden und nur im späteren Stadium in die Gallengänge übergehen, und zweitens, dass eine Operation viel leichter auszuführen ist, solange die Steinansammlung nur auf die Gallenblase beschränkt ist, rät bei Gallensteinen immer zu einer frühzeitigen Operation. Schon beim ersten Anfall einer acuten Cholecystitis, durch welche sich die Gallensteine, die bis dahin in einem latenten Stadium sich verhielten, erkenntlich machen, empfiehlt Riedel, die Operation auszuführen. Der Vorzug so einer Frühoperation besteht darin, dass hier meistens Verwachsungen, die die Gallensteinoperationen so sehr erschweren, vollständig fehlen.

Riedel vergleicht einen acuten Cholecystitisanfall mit einer acuten Appendicitis, bei welcher alle Chirurgen sehr befriedigende Resultate erhalten, wenn es ihnen gelingt, am ersten oder zweiten Krankheitstage den Kranken zu operieren. Meiner Ansicht nach ist dieser Vergleich zwischen der Appendicitis und Cholecystitis lange nicht einwandsfrei, da wir es bei der Appendicitis immer mit einer schwereren Infection zu tun haben, die oft ziemlich rasch zu einer mehr oder weniger localisierten Gangrän der Appendixwand führt. Eine Perforation des Appendix mit allen seinen schweren Folgen kommt viel öfter vor wie eine Perforation der entzündeten Gallenblase.

Ausserdem bietet die operative Entfernung des Appendix, namentlich wenn im ersten Anfall operiert wird, sehr geringe Schwierigkeiten; anders verhält es sich bei der Operation wegen Gallensteine; hier kann das Aufschneiden und das Annähen der Gallenblase — d. h. die einfachste Operationsmethode nur in besonders günstig gelegenen Fällen ausgeführt werden; in den meisten Fällen dagegen muss man auf das Entfernen der ganzen Gallenblase gefasst sein. Ausserdem kann man niemals sicher sein, ob nicht Steine aus der Blase in den Ductus choledochus gedrungen und dort stecken geblieben sind.

Auf diese Weise muss man bei jeder Gallensteinoperation gewärtig sein, dass man eine sehr complicierte Operation ausführen muss — nämlich die vollständige Entfernung der Gallenblase und eine genaue Revision aller Gallengänge.

Nach einer Appendicitisoperation heilt die Bauchwunde gewöhnlich ziemlich rasch zu, wenn es auch nicht immer gelingt, die Bauchwunde vollständig zuzunähen. Bei den Gallensteinoperationen haben wir es meistens mit inficierter Galle zu tun, die nach aussen abgeleitet werden muss. Dadurch wird die postoperative Behandlung sehr compliciert; nicht selten bleiben sehr hartnäckige Gallen- oder Schleimfisteln zurück, die die Kranken sehr incommodieren.

Dank dem oben Gesagten haben die meisten Chirurgen die Indicationen zur operativen Behandlung der Gallensteine sehr eingeengt.

Bei den ersten Attaquen einer acuten Cholecystitis wird ruhig abgewartet, wenn natürlich die Schwere des Anfalls nicht eine dringende Operation erheischt. Wenn diese Anfälle lange dauern, oft und in kurzen Zwischenräumen wiederkehren, der Behandlung mit internen Mitteln nicht nachgeben, die Kranken sehr entkräften

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und zur Morphiumspritze greifen lassen, sind alle Indicationen vorhanden, um zur Operation zu schreiten. Natürlich wird man sich bei einem Kranken, der auf seiner Hände Arbeit angewiesen ist, und nicht die Möglichkeit hat sich ordentlich zu behandeln und zu pflegen, eher zu einer Operation entschliessen, als bei einem wohlhabenden Menschen, der jedes Jahr die Möglichkeit hat nach Karlsbad zu reisen.

Auf dem letzten internationalen Chirurgen-Congresse in Brüssel, wo die Frage über die Indicationen und die Technik der Gallensteinoperationen eifrig besprochen wurde, sprachen sich fast alle Chirurgen, die an der Discussion teilnahmen, gegen die Frühoperation im Sinne Riedels aus.

Anders verhält es sich mit den Indicationen zur Operation, wenn die Steine durch den Ductus cysticus in den Choledochus gedrungen und hier stecken geblieben sind. Die Gallenstauung, die dabei entritt, kann zu sehr schweren Complicationen führen, da in diesen Fällen sich immer eine mehr oder weniger virulente Infection hinzugesellt. Wenn diese Stauung zu lange andauert, kann hier eine schwere Angiocholitis, multiple Leberabscesse oder eine Phlebitis der Pfortader hinzutreten; in der letzten Zeit wurde noch besonders auf die Complicationen von Seiten des Pancreas hingewiesen. Jetzt fragt es sich, wie soll man verfahren im Falle eines acuten Choledochusverschlusses; wann soll zur Operation geschritten werden?

Die meisten Chirurgen raten 2—6 Wochen zu warten, da erstens der Stein spontan in den Darm entleert werden kann, und zweitens, weil die erste Zeit nach dem Verschluss die Galle meistens stark inficiert ist und erst allmählich mit dem Nachlassen der acuten Entzündungserscheinungen die Virulenz der Infection abnimmt. Die Operation, die in diesem Ruhestadium ausgeführt wird, ist für das benachbarte Peritoneum weniger gefährlich und wird von den Kranken besser vertragen.

Riedel ist freilich auch in diesem Falle mit den meisten Chirurgen nicht einverstanden und rät auch beim acuten Choledochusverschluss möglichst frühzeitig zur Operation zu schreiten.

Ich habe hier nicht die Absicht die Details der Technik der Operationen an den Gallenwegen zu beschreiben; die genaue Beschreibung der Operationsmethoden findet man in den vorzüglichen Werken von Körte, Kehr und Riedel.

Meine Absicht besteht darin, auf Grund von eigenen wenn auch nicht zahlreichen Erfahrungen und sich stützend auf ein genaues Studium der neuesten Literatur, die Frage über die moderne Technik und die Indicationen zu den verschiedensten Operationsmethoden an den Gallenwegen zu besprechen.

Trotzdem dieser Zweig der Chirurgie noch sehr jung ist, waren bei den Chirurgen, die viel auf diesem Gebiete gearbeitet haben, die Ansichten über gewisse Operationen bedeutenden Schwankungen unterworfen.

Ich fange die Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden mit der sogenannten idealen Cystotomie oder der Cystendyse an.

Diese Operation besteht darin, dass nachdem die Gallenblase durch einen kleinen Schnitt gespalten und die Steine aus ihr extrahiert sind, die Blasenwunde durch eine doppelte Reihe von Seidennähten, die die Mucosa nicht fassen, exact vereinigt wird. Die vernähte Gallenblase wird versenkt und die Bauchwunde vollständig geschlossen. Vorsichtigere Chirurgen führen zur Blasennaht einen Tampon oder fixieren die Gallenblase am parietalen Bauchfell, um auf diese Weise einer Peritonitis vorzubeugen, wenn in der Blase zu viel Galle sich ansammelt und die Nähte nicht halten sollten.

Ideal kann diese Operation nur deswegen genannt werden, weil im günstigen Falle in 2—3 Wochen der Kranke vollständig gesund werden kann, er erholt sich also rascher als nach jeder anderen Operation am Gallensystem.

Wenn wir uns aber vergegenwärtigen, dass wir es bei einer Cholelithiasis nicht nur mit einer Ansammlung von Concrementen sondern auch mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Entzündung der Blase oder auch der Gallengänge zu tun haben, und dass die Schwere der Erkrankung nicht so viel von der Menge und Grösse der Steine als von der Virulenz der Infection, die sich in den Gallengängen abspielt, abhängt, so müssen wir eine Operation, bei welcher nur die Steine entfernt, die begleitende Entzündung dagegen unbeeinflusst bleibt, für vollständig unrationell erklären.

Ausserdem ist das Entfernen der Steine aus der Gallenblase nicht immer so leicht; wenn sie klein und weich sind, können sie sehr leicht in Falten und Divertikeln der Schleimhaut sich vergraben und unbemerkt bleiben. Wenn aber bei so einer Operation nicht alle Steine entfernt sind, muss unbedingt ein Recidiv eintreten; wenn ein zurückgebliebener Stein in den Ductus cysticus hineingepresst wird und ihn verschliesst, kann es in der Blase zu einer grossen Ansammlung von Schleim und Eiter kommen, und wenn die Blase nicht sehr fest vernäht ist, kann leicht eine Perforation eintreten.

Trotz des oben Gesagten, darf man nicht vergessen, dass in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen beschrieben sind (Kümmel, Körte, Fedoroff), wo die Cystendyse mit bestem Erfolg ausgeführt wurde. Meiner Ansicht nach kann man den oben genannten Operateuren zu so einem Erfolg gratulieren, das Anwenden dieser Operation dagegen muss man nur auf ganz besonders günstig gelegene Fälle beschränken.

Mir scheint es, dass die ideale Cystotomie nur in den seltenen Fällen gestattet ist, wo die Gallenblase gut ausgedehnt ist, so dass man das ganze Blaseninnere gut übersehen oder abtasten kann, wo die Schleimhaut ein ganz normales Aussehen hat, wo der Ductus cysticus nicht sehr geschlängelt und vollständig durchgängig ist, wo wenig harte nicht bröckelnde Steine vorhanden sind, und zuletzt wo die Galle rein und durchsichtig ist und man nach dem klinischen Verlauf keine schwere Infection vermuten kann. Wenn man aber bedenkt, dass ja auch klare Galle Mikroben enthalten kann, und dass gewöhnlich zur Operation geschritten wird bei schweren oft wiederkehrenden Attaquen, wo eine Infection immer vorhanden ist, so bleibt nichts anderes übrig als sich der Ansicht von Kehr und Körte anzuschliessen, welche die ideale Cystotomie aus der Zahl der Gallensteinoperationen zu streichen raten.

Die Cystostomie, diejenige Operation die bis jetzt am häufigsten bei Gallensteinen ausgeführt wurde, besteht darin, dass die Blase in die Bauchwunde eingenäht und drainiert wird. Dank dem Drain, durch welchen in der ersten Zeit eine grosse Menge Galle ausgeschieden wird, wird die Blase so zu sagen ausgewaschen und gereinigt von der Infection und von den kleinen Concrementen, die bei der Operation unbemerkt geblieben sind.

Man unterscheidet 2 Arten von Cystostomien — zwei und einzeitige Cystostomien. Die erste Operation erfreute sich grosser Beliebtheit vor 20 Jahren, wo die ersten Gallensteinoperationen ausgeführt wurden, da bei dieser Operation die Gefahr fürs Leben ganz gering ist. Die Operation besteht darin, dass nach dem Eröffnen des Peritoneums die Gallenblase in die Bauchwunde eingenäht wird, wie es Riedel rät, oder durch Tampons nach Kehr fixiert wird.

Nach 12—14 Tagen, wenn zwischen der Blase und Bauchwand feste Verwachsungen sich gebildet haben, wird die Blase zuerst punctiert und dann angeschnitten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wonach aus ihr mit Kornzangen oder stumpfen Löffeln oder mit einem Wasserstrahl die Steine entfernt werden.

Die Vorteile dieser Operation bestehen darin, dass sie ungefährlich und technisch leicht ausführbar ist. Da der Bauchschnitt hier von einer Länge von 6—8 Cent. gemacht wird, kann diese Operation unter Localanästhesie ausgeführt werden, und ist bei sehr heruntergekommenen Kranken, die keine allgemeine Narcose vertragen können, indiciert. Wegen ihrer Einfachheit empfiehlt Riedel sie Anfängern-Dilettanten in der Chirurgie.

Die Nachteile dieser Operation sind sehr bedeutende und bestehen darin, dass hier die Steine aus der Blase so zu sagen im Dunkeln extrahiert werden, und der Operateur nicht die Möglichkeit hat, den Blasenhals und die Gallengänge zu untersuchen.

Deshalb bleiben hier oft Steine im Blasenhals und im Ductus cysticus zurück, dass führt zu schweren Schleimfisteln, die den Kranken sehr lästig werden und oft nur durch sehr complicierte Operationen zum Verschwinden gebracht werden können.

In der letzten Zeit, wo wir gelernt haben, die freie Bauchhöhle vor dem Eindringen von inficierter Flüssigkeit zu schützen, ist die zweizeitige Cystostomie fast von allen Chirurgen aufgegeben worden.

Kehr führt diese Operation in den seltenen Fällen aus, wo der Kranke die Narcose schlecht verträgt und die Operation rasch beendigt werden muss.

Die oben besprochenen Nachteile fehlen der einzeitigen Cystostomie, bei welcher die Blase breit eröffnet wird, und der Blasenhals und die Gallengänge genau auf Concremente untersucht werden.

Nachdem sich der Operateur überzeugt hat, dass die Blase gut entleert und die Gallengänge frei von Steinen und durchgängig sind, wird die Blase an die Bauchwunde angenäht; in die Blase kommt ein Drain, um welches herum die Blasenwunde exact vernäht wird. Das Ende der Drainröhre wird durch den Verband nach aussen geleitet.

In den Fällen, wo die Gallenblase sehr tief liegt oder so geschrumpft ist, dass sie nicht an die Bauchwand angenäht werden kann, empfiehlt Riedel von beiden Seiten das Peritoneum mit der Fascia transversa abzulösen und an die Blase anzunähen. Viel rationeller scheint mir das von Kehr empfohlene Schlauchverfahren. Hier wird in die Gallenblase eine Drainröhre hineingesteckt, die nach aussen geleitet wird; der ganze Raum zwischen der Gallenblase und der Bauchwand wird fest tamponiert.

Während früher die einzeitige Cystostomie die am häufigsten ausgeführte Gallensteinoperation war, tritt in der letzten Zeit die vollständige Entfernung der Gallenblase — die Cholecystectomie immer mehr an ihre Stelle.

Kehr, Riedel, Körte, Diakonoff gehen von der Annahme aus, dass die Schleimhaut der Gallenblase nach wiederholt auftretenden Anfällen von Cholecystitis nicht mehr normal functionieren kann und leicht Gallensteinrecidive geben muss. Ausserdem ist es viel leichter bei der vollständigen Entfernung der Blase mit den Steinen fertig zu werden, die im Blasenhals oder im Cysticus stecken geblieben sind. Bei der Cystostomie muss in diesen Fällen noch die Cysticotomie — eine ziemlich complicierte Operation hinzugefügt werden.

Wenn aber der Stein, welcher den Blasenhals verschliesst, nicht entfernt wird, bleibt eine Schleimfistel nach, zu deren Beseitigung eine secundäre Cholecystectomie ausgeführt werden muss, welche der vielen Verwachsungen wegen viel complicierter ist als die primäre.

Die postoperative Behandlung ist nach einer Cystectomie viel einfacher als nach einer Cystostomie, bei welcher die Blase drainiert wird. Die Verwachsungen mit der Bauchwand, die nach einer Cystostomie bleiben, verursachen oft ziemlich starke Beschwerden.

Dank allem oben Gesagten haben die meisten Chirurgen, die viele Gallensteine operiert haben, die Indicationen zur Cystostomie eingeengt und führen, wenn nicht directe Contraindicationen, von denen wir weiter unten reden werden, vorhanden sind, die Cystectomie aus.

Nur Majo Robson, der bekannte amerikanische Specialist für Gallensteinchirurgie, steht vereinzelt da, und führt die Cystectomie nur beim Vorhandensein von besonderen von ihm ausgearbeiteten Indicationen aus. Auf 1000 Operationen wegen Gallensteine hat er in 94 Fällen die Cholecystectomie ausgeführt. Er teilt nicht die Meinung anderer Chirurgen, dass beim Zurücklassen der Blase rascher Recidive sich ausbilden würden. Seiner Meinung nach können sich bei Kranken, die so grosse Neigung zur Concrementbildung zeigen, die Steine auch in den Gallengängen bilden. Nach Robson hat die Gallenblase die Bestimmung, die Galle in den Zwischenräumen zwischen der Nahrungsaufnahme aufzuspeichern. In der Blase wird die Galle mit dem Schleim vermengt, der von der Schleimhaut der Blase in einer Quantität von 70 Cub. Centimetern pro Tag secerniert wird. Durch diese Beimischung des Schleims führt die Galle eine nicht so irritierende Wirkung auf die Schleimhaut des Duodenum und auf die Ausführungsgänge des Pancreas aus.

Nach der Entfernung der Gallenblase, sammelt sich die Galle im Ductus choledochus an und führt allmählich zur Dilatation aller Gallengänge; die Erhöhung des Druckes in den Gallencapillaren muss zu einer Schädigung des Leberparenchyms führen. Nach Robson müssen nach Cholecystectomien oft Lebercyrrhosen und entzündliche Erscheinungen im Pancreas, wegen Reizung durch unverdünnte Galle, beobachtet werden.

Alles dieses zwingt ihn, die Chirurgen vor einer routinemässigen Anwendung der Cholecystectomie zu warnen.

Er selbst stellt folgende Indicationen für die Cystectomie auf: 1) Krebs der Gallenblase oder Verdacht auf Krebs. 2) Starke Dehnung der Blase wegen Obliteration des Ductus cysticus. 3) Starke Schrumpfung der Blase. 4) Eine phlegmonöse oder gangränöse Cholecystitis. 5) Ein Empyem der Blase. 6) Kalkablagerungen in der Wand. 7) Eine Schleimfistel nach einer Cystostomie. 8) Schussverletzungen der Blase.

Mir scheinen die Befürchtungen von Majo Robson in Betreff einer Hepatitis oder Pancreatitis, die sich nach einer Cystectomie entwickeln kann, etwas übertrieben, da ich in der Literatur keine Angaben über diesen Punct gefunden habe, obgleich eine grosse Reihe von Fällen existiert, die nach einer Cystectomie lange Zeit genau beobachtet wurden.

Absolut contraindiciert ist die Cholecystectomie in Fällen, wo der Choledochus verschlossen ist, sei es durch einen Stein, oder durch eine maligne Geschwulst oder durch eine chronische Verdickung des Pancreaskopfes. Wenn die Durchgängigkeit nicht wieder hergestellt werden kann, so kann beim Vorhandensein einer Gallenblase durch eine Cholecystenterostomie die Galle in den Darm geleitet werden. Wenn die Gallenblase entfernt ist, so bleibt zuweilen nichts anderes übrig, als eine beständige Gallenfistel anzulegen, da eine Choledocho-enterostomie eine sehr complicierte und nicht immer ausführbare Operation ist.

Diakonoff stellt noch als Contraindication für die Cystectomie eine schwere Cholangitis auf.

Was die Technik der Cholecystectomie betrifft, so muss man hier auf zwei Sachen achten: nachdem das Peritoneum an der Uebergangsstelle von den Leber auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Gallenblase angeschnitten ist, muss man suchen in die richtige Gewebsschicht einzudringen, und dann geht das Ablösen der Blase von der Leber gewöhnlich leicht. Jetzt fragt es sich, ob die Gallenblase vor ihrer Entfernung aufgeschnitten und entleert werden muss. Das Entfernen der vollen Blase ist leichter; ausserdem wird dabei das Operationsgebiet nicht verunreinigt. Andererseits kann es beim Platzen der vollen Gallenblase zu einem Ueberschwemmen des ganzen Gebietes mit septicher Galle kommen. Deswegen ist es namentlich für weniger geübte Operateure ratsam die Gallenblase vor ihrer Exstirpation vorsichtig zu entleeren.

Der zweite Punct, auf den zu achten ist, ist die Unterbindung der Arteria cystica. Die letztere verläuft neben dem Blasenhals und zerfällt oft in zwei Aeste, die den Blasenhals umkreisen. Um stärkeren Blutungen vorzubeugen, müssen diese beiden Aeste einzeln unterbunden werden. Nachdem die Gefässe durchschnitten sind, lässt sich der Blasenhals und der Ductus cysticus besser herausziehen und übersehen und es gelingt ohne Schwierigkeiten die Ligatur auf den Ductus cysticus nahe an der Einmündungsstelle in den Choledochus anzulegen.

Eine Massenligatur auf den Blasenhals und die Arterie anzulegen ist nicht ratsam, da dabei sehr leicht ein Teil des Ductus hepaticus in die Ligatur hineingezogen werden kann, wie es einmal bei Kehr geschah.

Majo Robson empfiehlt die Cystectomie mit der Unterbindung und Durchschneidung des Blasenhalses anzufangen, um bei der Hantierung mit der Gallenblase keine inficierte Galle oder auch Steine in den D. choledochus hineinzupressen. Mir scheint diese Proposition nicht rationell, da sie erstens technisch viel schwieriger ist; erst nach dem Ablösen der Blase von der Leber, kann man an der Blase ziehend sich über den Verlauf des Ductus cysticus orientieren. Ausserdem würde im Falle einer plötzlich eintretenden Notwendigkeit, die Operation rasch zu beendigen, der Operateur, welcher nach dem Vorschlage von Majo Robson operiert, in eine unbequeme Lage geraten, da er den Ausführungsgang abgeschnitten hat, die Gallenblase dagegen nicht entfernen konnte.

Um dem Einfliessen von Galle in den Ductus choledochus während einer Cystectomie vorzubeugen, kann auf den Ductus cysticus temporär eine Klemme angelegt werden.

Delagenière empfiehlt in den Fällen, wo der Blasenhals und der Ductus cysticus in Verwachsungen eingebettet sind, die Blase, den Blasenhals und den Ductus cysticus bis zu seiner Einmündung in den Choledochus auf einer Hohlsonde zu spalten. Der Nachteil dieser Methode besteht darin, dass hier der ganze inficierte Herd breit eröffnet wird und die Nachbarschaft inficiert werden muss.

Deshalb ist diese Methode nur in den seltenen Fällen anzuwenden, wo in den Verwachsungen der Ductus cysticus nicht gefunden werden kann.

Jetzt fragt es sich, was nach der Cystectomie ratsamer ist, die Bauchwunde vollständig zu schliessen oder unter die Leber einen Tampon einzuführen? Die erste Methode hat vieles für sich, da im Falle eines glatten Verlaufes der Kranke sehr rasch wiederhergestellt und die postoperative Behandlung sehr vereinfacht wird.

Sie ist aber nur dort anzuwenden, wo der Blaseninhalt aseptisch oder wenig virulent ist. Aber auch in diesen Fällen zieht es Kehr vor, die Wunde auf einige Tage zu tamponieren, um Nachblutungen aus dem Leberbett vorzubeugen. Riedel, zum Beispiel, der überhaupt ein grosser Freund vom vollständigen Verschliessen der Bauchwunde nach einigen Gallensteinoperationen ist, musste in zwei Fällen wegen Nachblutung die Bauchwunde wieder öffnen.

In der letzten Zeit sucht man die Indicationen zur Tamponade nach Bauchhöhlenoperationen einzuschränken, namentlich nach gynäkologischen Operationen und teilweise auch nach Appendectomien. Es ist nachgewiesen, dass das Peritoneum sehr leicht mit einer Infection schwächeren Grades fertig werden kann, so dass zur Tamponade nur beim Vorhandensein von grösseren blutenden Flächen oder bei einer schwereren Infection geschritten wird. Im letzten Falle besteht die Wirkung des Tampons weniger im Aufsaugen des virulenten Exsudats, als in der Umgrenzung des entzündlichen Herdes und einer Localisierung des Processes. Der Schaden, den die Tampons bringen können, besteht darin, dass durch sie eine Infection von der Haut aus in die Tiefe verbreitet werden kann; ausserdem treten nach der Tamponade leichter Hernien auf.

Bei Gallensteinoperationen muss öfter zur Tamponade geschritten werden, da nach der Exstirpation der Gallenblase die Blutung aus dem Leberbett oft sehr schwer gestillt werden kann. Es darf nicht vergessen werden, dass an Gelbsucht leidende Menschen zu Blutungen sehr geneigt sind.

Was die Hernien anbetrifft, so ist fest nachgewiesen, dass nach Operationen im Epigastrium sich nicht so leicht Hernien bilden, wie nach Operationen in der unteren Leibeshälfte. Das hängt teilweise von der festeren Structur der oberen Partien der Bauchwand ab, teilweise davon, dass der Unterleib beim Pressen und Heben von Lasten mehr gedehnt wird.

Bevor ich zur Beschreibung der Operationen an den Gallengängen übergehe, möchte ich hier die Forderungen, die Körte bei jeder Gallensteinoperation aufstellt, besonders hervorheben:

1) Breites Freilegen des ganzen Operationsgebietes, nicht nur der Gallenblase, sondern auch der Gallengänge des Ductus cysticus, Choledochus und Hepaticus.

2) Die daraus hervorgehende Möglichkeit, den pathologischen Inhalt so radical, als es irgend möglich ist, zu entfernen.

3) Die Vorkehrung für freien, ungehinderten Abfluss der Secrete nach der Operation.

Wenn die Concremente durch den Ductus cysticus in den Choledochus gedrungen sind, haben wir es nicht mehr mit einem localisierten Process zu tun, und die Krankheit nimmt einen ernsteren Verlauf, da durch den Verschluss des Choledochus eine Gallenretention eintreten kann, und ausserdem die Infection auf die Gallengänge übergreift, wo sie schwere Complicationen — Angiocholitiden und multiple Leberabscesse — nach sich ziehen kann.

Hier kann man sich nicht mit dem Entfernen der Steine aus den aufgeschnittenen Gallengängen begnügen, es muss für gute Drainage der inficierten Gänge gesorgt werden, durch welche die Gallengänge gewöhnlich sehr rasch sich von ihrer inficierten Galle, oft sogar von kleinen unbemerkt gebliebenen Steinen reinigen.

In früheren Zeiten als die Technik der Gallensteinoperationen noch wenig ausgearbeitet war, suchte man den Schnitt im Ductus choledochus, nachdem der Stein entfernt war zuzunähen, man führte die sogenannte ideale Choledochotomie aus.

In einigen so behandelten Fällen trat ziemlich rasche Genesung ein; meistens aber kamen Complicationen von Seiten der Gallengänge hinzu und oft recidivierten die Gallensteine. Deswegen ist in der letzten Zeit, nachdem Kehr die Vorzüge einer gut durchgeführten Hepaticusdrainage gezeigt, die ideale Choledochotomie von allen Chirurgen verlassen worden.

Am Ductus choledochus unterscheidet man drei Teile: die pars supraduodenalis, retroduodenalis und subduodenalis (Quenu). Der erste Teil erstreckt sich von der Einmündung des Ductus cysticus bis zum oberen Rand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Duodenum, und bildet für den Einschnitt den am günstigsten gelegenen Teil des Choledochus. Der letztere verläuft wie bekannt am rechten Rande des Ligamentum hepatoduodenale und liegt nach aussen von der Arteria hepatica und nach vorne von der Vena portae.

Wenn der Ductus choledochus durch einen in der Papilla Vateri eingeklemmten Stein stark ausgedehnt ist, wie ich es in meinem unten beschriebenen Falle beobachten konnte, kann ein Teil des Inhaltes ausgesaugt werden, damit beim Einschneiden des Ganges nicht zu viel Galle sich in die Bauchhöhle ergiesst. Die letztere muss natürlich durch Tampons gut geschützt sein.

Wenn der Choledochus eröffnet ist, müssen die Ränder mit kleinen Kocherschen Klemmen oder Seidenligaturen gefasst werden. Die Gallengänge müssen aufmerksam mit Sonden auf Steine untersucht werden, und die letzteren müssen mit Kornzangen und stumpfen Löffeln extrahiert werden. Wenn die Gallengänge stark ausgedehnt sind, ist es ratsamer die Untersuchung der letzteren mit dem Zeigefinger auszuführen, der kleine weiche Steine besser herausfinden kann.

Wenn sich der Stein im retroduodenalen Teil des Duodenum oder in der Papilla Vateri einklemmt, und es auf keine Weise gelingt den Stein nach oben zu dislocieren oder in den Darm hineinzustossen, würde ich einen Handgriff vorschlagen, der mir in einem Falle, den ich hier gleich beschreiben möchte, grossartige Dienste geleistet hat.

Cholelithiasis, Cholecystitis. Vollständiger Choledochusverschluss. Cholangitis levis.

Den 11. X. 08. Cholecystectomie, Choledochotomie; Entfernung eines in der Papilla Vateri sitzenden Steines. Hepaticusdrainage. Glatte Heilung.

E. Kollmann. 29 Jahre alt, trat ein ins Hospital Mariae Magdalenae d. 6. IX. 08. Ausgeschrieben am 11. XI. 08.

Hat 5 Mal geboren, 4 Mal abortiert; leidet von Kindheit auf an Obstipationen. Die erste typische Gallensteinkolik am 26. IV. 08. Die Schmerzen hielten eine Woche an und waren von Erbrechen und Gelbsucht begleitet. Seitdem jede Woche leichte Koliken. Ende Juli ein zweiter schwerer Anfall, der drei Tage dauerte. Anfang September trat der dritte Anfall auf, der mit leichten Remissionen bis zur Operation dauerte, die Gelbsucht nahm an Intensität zu; der Stuhl war zeitweise ganz entfärbt; zuweilen trat weniger gefärbter Stuhl auf, was gewöhnlich mit der Verminderung der Schmerzen und der Gelbsucht einherging. Die Gallenblasengegend war sehr empfindlich. Die Leber war nach oben nicht vergrössert; der rechte untere Leberrand war zungenförmig ausgezogen. Die Gallenblase war scheinbar nicht vergrössert; unter der Leber war ein glatter Tumor zu fühlen, der sich als rechte Niere entpuppte. Die Temperatur war subfebril, stieg aber einige Tage vor der Operation bis 40°.

Wegen der schweren Form und der langen Dauer des Anfalls, der die Kranke sehr entkräftete, wurde beschlossen zur Operation zu schreiten. Die Diagnose lautete: Calculöse Cholecystitis, subacuter Choledochusverschluss mit beginnender Cholangitis.

Den 11. X. 08 wurde unter Chloroform die Operation ausgeführt. Durch einen langen Schnitt nach Kehr wurde die ganze Gallenblasengegend mit den Gallengängen bequem zugänglich gemacht. Das Peritoneum wurde provisorisch mit den Hauträndern vernäht. Die Gallenblase ist mässig vergrössert und vom Netz bedeckt. Nachdem die freie Bauchhöhle durch Tampons gut geschützt ist, wird die Blase vom Netz befreit und nach vorheriger Punction aufgeschnitten. Der Inhalt der Blase ist mit Eiter vermengte Galle und ein harter höckeriger haselnussgrosser Stein. Das Sondieren der Gallengänge gelingt nicht. Der Ductus choledochus ist colossal dilatiert, hat einen Durchschnitt von 5 Centim. und imponiert wie eine geblähte Darmschlinge. Nachdem aus ihm eine Masse mit Eiter vermischter geruchloser Galle ausgesaugt war, wurde er 2 Fingerbreit über dem oberen Rand des Duodenum aufgeschnitten. Mit einer Sonde wurde deutlich ein zweiter Stein gefühlt, der in der Papilla Vateri eingekeilt war. Den Stein in den Darm durchzustossen oder nach oben zu verdrängen gelang auf keinerlei Weise, den Stein auf der Stelle zu zerdrücken schien nicht ratsam, um die Wände nicht zu traumatisieren. Darauf wurde der linke Zeigefinger in die Tiefe des Ductus choledochus hineingeführt, die rechte Hand dagegen fasste das Duodenum und hob es dem linken Zeigefinger entgegen. Auf diese Weise gelingt es allmählich mit der Nagelkuppe den fest eingekeilten Stein beweglich zu machen, nach oben herauszudrücken und ihn hier zu extrahieren. Er ist von derselben Form und Consistenz wie der in der Gallenblase gefundene Stein. Durch die Untersuchung mit dem Finger überzeugte ich mich, dass sowohl der Choledochus als auch der Hepaticus frei von Steinen waren. In den stark dilatierten Hepaticus wurde ein Drainrohr (ein Nelatonkatheter Nr. 20) eingeführt. Der übrige Teil des Choledochus wurde mit seidenen Lembertnähten vereinigt. Darauf wurde ohne besondere Schwierigkeiten die Cholecystectomie ausgeführt, wobei die stark dilatierte Arteria cystica und der Ductus cysticus einzeln unterbunden wurden. Die Bauchwunde wurde um das Drain herum ausgiebig tamponiert. Der obere und untere Teil der Wunde wurde durch versenkte Catgut- und oberflächliche Seidennähte vereinigt. Durch das Drain wurde die Galle in ein Gefäss geleitet, das unter dem Bett stand.

Nach der Operation liessen die Schmerzen zum Abend nach. Symptome einer Reizung des Peritoneum traten nicht auf. Die Galle entleerte sich die ganze Zeit sehr gut. Menge variierte zwischen 60—300 Gramm pro Tag; die ersten Tage war die Galle sehr trübe, klärte sich dann auf. Am dritten Tag war ein gut gefärbter Stuhl. Die Gelbsucht nahm rasch ab. Am 8-ten Tage nach der Operation glitt das Drain aus der Wunde, wonach die Tampons rasch mit Galle durchtränkt wurden. Der vernähte Teil der Wunde heilte ohne jegliche Reaction. Am 15-ten Tage wurden alle Tampons, die sehr fest sassen, entfernt. Am 17. X. trat nach einem Diätfehler Durchfall auf, der vier Tage andauerte und ohne Schmerzen einherging; die Faeces waren vollständig entfärbt, wobei der Gallenfluss aus der Wunde bedeutend zunahm. Dieser temporäre Choledochusverschluss ist durch eine katarrhalische Schwellung der Schleimhaut des Duodenum zu erklären. Als der Durchfall aufgehört hatte, nahm die Gallensecretion rasch ab. Am 5. XI., also 25 Tage nach der Operation schloss sich die Gallenfistel. Die Kranke wurde ausgeschrieben am 11. XI. ohne jegliche Spur von Gelbsucht, ohne Schmerzen, mit einem gut functionierenden Darm. In der Mitte der Wunde blieb eine kleine Fistel, die einige Tropfen Eiters secernierte; der übrige Teil der Wunde war fest vernarbt. Die Lebergegend war vollständig unempfindlich. Unter der Leber war eine dislocierte nicht empfindliche Niere durchzufühlen. In meinem Falle habe ich also den linken Zeigefinger in die Tiefe des Ductus choledochus hineingeführt, während die rechte Hand das Duodenum fasste und es zum linken Finger hin emporhob. Auf diese Weise gelang es allmählich bimanuell den Stein zu lockern und nach oben zu dislocieren, wo er von einer Kornzange gefasst wurde.

Einige Autoren (Lawson, Tait, Ombredonne) empfahlen bei eingeklemmten Steinen die Choledochotripsie auszuführen: sie zerdrückten mit einer von aussen angelegten Klemme den Stein und die Trümmer suchten sie entweder in den Darm durchzu-

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

stossen oder durch den oberen Schnitt zu extrahieren. Diese Methode ist äusserst unrationell, da dabei die Wand des Choledochus, die oft exulceriert ist, stark traumatisiert wird; ausserdem zerfällt dabei der Stein in kleine Fragmente, die es nicht immer gelingen wird alle zu entfernen, so dass nach so einer Operation ein Recidiv sehr wahrscheinlich ist.

Wenn es nicht gelingt den Stein, der im unteren Teil des Choledochus sitzt, herauszuholen, so kann die Choledochotomia retroduodenalis oder transduodenalis ausgeführt werden.

Die erste wird von Kocher sehr warm empfohlen. Dabei wird das Peritoneum in verticaler Richtung 3 Centimeter nach rechts vom äusseren Rand des absteigenden Schenkels des Duodenum eingeschnitten. Das letztere wird leicht auf stumpfem Wege von der Wirbelsäule und der Vena cava abgehoben, wobei man achten muss, dass das Duodenum nicht angerissen wird. Dabei wird leicht der ganze retroduodenale Teil des Choledochus freigelegt, der vom Pancreasgewebe mehr oder weniger bedeckt ist. Nachdem der Gallengang angeschnitten und der Stein extrahiert ist, muss die Choledochuswunde exact vernäht und das Duodenum auf seinen Platz gebracht werden. Um das Aufgehen der Nähte zu verhüten, muss eine Hepaticusdrainage hinzugefügt werden.

Kehr verhielt sich dieser Operation gegenüber ziemlich kritisch, da seiner Meinung nach nach ihr oft retroduodenale Phlegmonen entstehen müssen.

Er zieht ihr die Choledochotomia transduodenalis vor, obgleich auch diese Operation einen grossen Nachteil besitzt, dass der Darm eröffnet werden muss. Diese Operation ist natürlich auszuführen, wenn der Stein in der Papilla Vateri sich einklemmt. Der Schnitt des Duodenum wird auf der Stelle gefühlt, wo in der Tiefe der Stein durchzufühlen ist, und zwar in querer Richtung, um die Gefässe, die auch in derselben Richtung verlaufen, zu schonen. Wenn der Stein schlecht durchzufühlen ist, so kann durch den oberen Schnitt des Choledochus eine dicke Sonde zum Stein durchgeführt werden und die Spitze der Sonde kann als Richtschnur dienen. Nachdem das Duodenum aufgeschnitten ist, wird die Papilla aufgesucht und durch Klemmen fixiert, damit sie nach dem Entfernen des Steines nicht zurückschlüpft. Nach Einschneidung der Papilla und Extraction des Steines wird die Schleimhaut des Choledochus mit der Schleimhaut des Duodenum vernäht, das heisst, es wird eine Operation ausgeführt, die von Kocher als Choledochoduodenostomia interna beschrieben ist.

Um den unteren Teil des Choledochus von den Steintrümmern zu reinigen, hat Kehr seine Choledochusfege angegeben. Dabei wird durch die eröffnete Papilla Vateri eine dünne Kochersche Klemme bis zum oberen Schnitt des Choledochus durchgeführt; das Ende dieser Klemme fasst einen dünnen Tampon, der durch die untere Partie des Choledochus durchgezogen wird, wobei kleine Reste von Concrementen mit herausgefegt werden können. Die Wunde im Duodenum wird auf gewöhnliche Weise durch eine zweireihige Naht geschlossen. Zur grösseren Festigkeit kann sie noch mit einem Netzzipfel bedeckt werden.

Nach allen Operationen am Ductus choledochus muss man es sich zur Regel machen, denselben niemals fest zu vernähen, sondern immer eine Hepaticusdrainage hinzuzufügen, um der immer mehr oder weniger inficierten Galle freien Abfluss nach aussen zu verschaffen. Diese Drainage hat als erster Kehr empfohlen.

Durch die Incision im Choledochus wird in den Gallengang in der Richtung zur Leber hin auf eine Tiefe von 5—10 Centimetern ein langes Gummidrainrohr 1 Centim. dick eingeführt.

Dickere Röhren sollte man auch bei einer grösseren Ausdehnung des Ductus choledochus nicht benutzen, damit ein Teil der Galle an der Röhre vorbei sich in den Darm ergiessen und auf diese Weise der Entstehung einer Strictur in der unteren Partie des Choledochus, wo der Stein sass, vorbeugen könnte.

Die Drainröhre wird im Gallengang durch eine Catgutnaht fixiert, die die ganze Dicke des Ganges fasst; das Ende der Röhre wird durch den Verband nach aussen geführt und die ausfliessende Galle wird durch ein langes Gummirohr in eine sterilisierte Flasche, die neben dem Bette steht, abgeleitet. Der übrig bleibende Teil der Choledochuswunde wird durch eine Reihe von Seidennähten, die die Mucosa nicht fassen, vernäht.

Zuweilen wurde neben dem Hepaticusdrain noch eine dünne Röhre zur Papilla Vateri hin durchgefürt.

In der allerneusten Zeit hat Kehr vorgeschlagen, hauptsächlich um das Einfliessen von Galle in den Darm zu befördern, Drainröhren in Form eines T. anzuwenden, wobei nur der Ueberfluss an Galle durch das lange Ende nach aussen fliesst. Um das Herausnehmen so eines Drains zu erleichtern, macht er die beiden Enden des queren Rohres nicht gleichmässig lang; das längere Rohr wird in den Hepaticus, das kürzere in den Choledochus gestellt. Um das Drain herum muss die Wunde sorgfältig tamponiert werden.

In den Fällen, wo es nicht gelingt, den Ductus choledochus wieder durchgängig zu machen, wo entweder ein Stein vorliegt, der nicht entfernt werden konnte, oder eine narbige Schrumpfung der Papilla Vateri wegen einer chronischen Pancreatitis, oder aber eine Neubildung des Pancreaskopfes, die den Ductus choledochus zusammenschnürt, ist eine ganze Reihe von Operationsmethoden beschrieben worden, um der Galle einen neuen Weg zum Darme hin zu bereiten.

Hier steht auf dem ersten Plan die Cholecystoenterostomie, bei welcher eine Verbindung zwischen der Gallenblase und dem Darm hergestellt wird. Zu dieser Verbindung wurden alle Teile des Gastrointestinaltractus, angefangen vom Magen bis zum Dickdarm (Majo Robson) empfohlen. Der letzte Vorschlag ist nicht rationell, da hier die Galle an der Verdauung garnicht teilnimmt. Ausserdem ist es bekannt, dass die Zahl der Mikroorganismen im Darm zum Dickdarm hin bedeutend zunimmt, so dass es ratsam ist, höher gelegene Teile des Darmes zur Anastomose zu verwenden, um die Möglichkeit der Infection der Gallenblase vom Darm aus zu verringern. Kehr rät sogar dazu den Pylorusteil des Magens zu verwenden; vom Einfliessen von Galle in den Magen hat er keine Unannehmlichkeiten gesehen. Der für die Anastomose am geeignetesten erscheinende Teil des Darmes ist unstreitig das Duodenum, und nur in den Fällen, wo das letztere tief liegt und wenig verschieblich, kann der obere Teil des Jejunum dazu verwandt werden.

Die Anastomose wird in gewöhnlicher Weise wie bei einer Gastroenterostomie mittelst einer zwei- oder dreireihigen Naht gemacht. Pendl rät dazu den Murphyknopf zu verwenden, obgleich die meisten deutschen Chirurgen den Murphyknopf ungern verwenden, da die Anastomose dabei lange nicht so fest ist.

Um das Einfliessen von Darminhalt in die Gallenblase zu verhindern, schlug Mikulicz vor, die beiden Darmen einige Centimeter entfernt von der Gallenblasenanastomose durch eine Enteroanastomose zu vereinigen.

Monprofit empfahl zum selben Zweck eine Cystenterostomie in Form eines Y.

Brentano schlägt zum selben Zweck vor eine Cholecystenterostomia retrocolica auszuführen.

Eine Cholecystenterostomie kann mit einer Hoffnung auf Erfolg nur in den Fällen ausgeführt werden, wo der Ductus cysticus für die Galle durchgängig ist. Wenn

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dieser Gallengang verengt oder obliteriert ist, oder wenn die Gallenblase schon früher entfernt ist, kann zur Anastomose nur der Ductus choledochus verwandt werden. Der letztere ist bei seinem chronischen Verschluss so dilatiert, dass die Choledocho-Duodenostomie meistens ohne grosse Schwierigkeiten ausgeführt werden kann. Wenn das Anlegen der Nähte in der Tiefe zu schwierig ist, kann der Murphyknopf augewandt werden.

In einem Falle, wo der ganze Ductus choledochus narbig geschrumpft war und die Gallenblase schon früher entfernt war, machte Kehr, um eine schwere Cholaemie vorzubeugen und die Galle in den Darm fliessen zu lassen, eine Hepato-cholangio-enterostomie, die von Erfolg gekrönt war. Die Operation bestand darin, dass aus der Leber ein elyptisches Stück 6 Centim. lang excidiert wurde, wobei ein erweiterter Gallengang eröffnet wurde; nachdem die Blutung aus dem Lebergewebe mit dem Thermocauter gestillt war, wurde an diese Stelle ein etwas aufgeschnittenes Duodenum angenäht. Die Kranke genas.

Von den Operationen am Choledochus, die seltener ausgeführt werden, möchte ich noch auf die Resection und Plastik des Ductus choledochus hinweisen.

Die Resection wurde von Kehr, Doyen, Moynihan, Mathieu wegen maligner Tumoren oder narbiger Stricturen des Ganges ausgeführt. Mathieu entfernte in seinem Falle den ganzen Choledochus und nähte den Ductus hepaticus in das Duodenum ein, er machte also eine Hepaticoduodenostomia terminolateralis.

Kehr gelang es zweimal nach der Resection des stricturierten Teils des Choledochus beide Enden zusammenzunähen. Wo das nicht gelingt, können beide Enden blind vernäht werden und eine Cystenterostomie angeschlossen werden.

Was die Plastik des Ductus choledochus betrifft, so wurde sie bei kurzen Stricturen in einigen Fällen von Kehr und Moynihan mit Erfolg nach Art einer Pyloroplastik ausgeführt. Dabei wurde der stricturierte Teil längs gespalten und in querer Richtung vernäht.

In einem Falle, wo Kehr bei einer Cholecystectomie im Versehen ein ziemlich grosses Stück des Choledochus wegschnitt, deckte er diesen Defect mit einem langen muskuloterösen Lappen, den er aus dem benachbarten Teil des Magens herausschnitt. Der Defect in der Magenwand wurde ohne jegliche Mühe vernäht.

Bevor ich diese Arbeit beendige, möchte ich noch mit einigen Worten des Nahtmaterials streifen, welches bei den Gallensteinoperationen angewandt werden soll. Ein Chirurg, der von der Sterilität seines Catgut überzeugt ist und an dasselbe gewöhnt ist, wird auch bei Gallensteinoperationen Catgut gebrauchen. Uebrigens gebrauchen die meisten Chirurgen, die viel auf diesem Gebiete gearbeitet haben meistens Seide. Damit beim Anlegen von Seidennähten auf die Gallenblase und die Gallengänge sich keine Concremente an den Seidenfäden ablagern und keine Gallensteinrecidive entstehen, muss darauf geachtet werden, dass die Naht nicht die Mucosa sondern nur die Muscularis und Serosa fasst.

Um ein Herauseitern dieser Nähte und der seidenen Ligaturen und das Entstehen von hartnäckigen eiternden Fisteln zu verhüten, schlug Kehr vor, alle Nähte und Ligaturen lang zu lassen und mit den Tampons nach aussen zu leiten.

Wenn die Nähte durchgeschnitten worden sind, können sie mit Leichtigkeit entfernt werden.

Um ein Beschmutzen der Wundränder mit der inficierten Galle zu verhüten, scheint es mir rationell nach dem breiten Eröffnen der Bauchhöhle das Peritoneum mit temporären Nähten mit dem Hautrande zu vereinigen. Wie bekannt verträgt das Peritoneum dank seinem Gefässreichtum und seinem gut organischen Aufsaugungsapparat eine Infection besser wie die muskuläre und bindegewebige Schicht der Bauchwunde; bei der oben angedeuteten Methode kommen die letzten Schichten fast gar nicht in Berührung mit der inneren Galle.

Bei einem grossen Hautschnitt und bei grosser Verschieblichkeit des Peritoneum wäre es noch zweckmässiger das Bauchfell so weit hervorzuziehen, dass es über den Hautrand herübergeschlagen und mit einigen Nähten an die Hautoberfläche befestigt werden könnte.

Bei den Gallensteinoperationen tamponieren in der letzten Zeit die meisten Chirurgen, wobei die Tampone durch den mittleren Teil der Wunde herausgeleitet werden, während der übrige Teil der Wunde vernäht wird. Wenn die Wunde durch versenkte Seidennähte vernäht wird, können sehr leichte Infiltrate und hartnäckig eiternde Fisteln entstehen, die sich nur nach dem Herauseitern der versenkten Nähte schliessen. Kehr zieht es deshalb vor die Wunde mit durchgreifenden Seidennähten, die alle Schichten fassen, zu vereinigen.

Mir scheint es richtiger in solchen Fällen, wo das Operationsgebiet nicht absolut rein ist, für die tiefen Nähte Catgut und nur für die Haut Seide zu gebrauchen. In meinem letzten Falle, wo ich es mit einer ziemlich schweren Infection des Gallensystems zu tun hatte, und die herausfliessende Galle die Nachbarschaft beschmutzte, gelang es mir, dank dem provisorischen Bedecken der Hautränder mit Peritoneum und dem Vernähen der tiefen Schichten mit Catgut, ein vollständig reactionsloses Verheilen des genähten Teiles der Wunde ohne jegliches entzündliche Infiltrat in der Narbe zu erzielen.

Zur Casuistik der multiplen Sclerose [1]).

Von

Dr. med. Theodor Schwartz, Nervenarzt.

(Aus der Nervenabteilung des Marien-Diaconissenhauses zu Riga, Ordinatoren: Dr. O. Stender und Dr. Th. Schwartz)

Meine Herren! Im Zusammenhang mit der gleich später zu erfolgenden Vorstellung dieses Falles von multipler Sclerose, gestatten Sie mir gütigst, einige Worte über die Krankheit; Ihnen allen ist ja der classische Symptomencomplex, von Charcot gezeichnet, bekannt, welcher hauptsächlich in dem Nystagmus, der scandierenden Sprache, dem Intentionstremor und der spastischen Parese der Extremitäten besteht. Heute bedürfen wir jedoch nicht des Zusammentreffens dieser Symptome, ja sie können alle fehlen, denn statt ihrer hat man andere gefunden, welche es dennoch gestatten, die Diagnose zu stellen. Es ist dies ermöglicht worden durch die ernste Arbeit einer grossen Reihe der hervorragendsten Forscher auf dem Gebiete der Neurologie; die letzten 20 Jahre haben uns Jahr aus Jahr ein wichtige Arbeiten über diesen Gegenstand geliefert, ich nenne nur Namen wie Erb, Strümpel, Oppenheim, Eduard Müller, v. Leyden, Goldscheider, Schmaus, ungerechnet die unzähligen kleinen Publicationen. Ein Beweis, wie rege das Interesse des Forschers gerade für diese Erkrankung ist, aber auch ein Beweis dafür, dass das Feld der Bearbeitung dieses Themas sozusagen noch nicht ganz durchgeackert ist und dass manche Probleme noch ungelöst sind.

---

[1]) Demonstration, gehalten am 28. I. 1909 in der Gesellsch. pract. Aerzte zu Riga.

Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ich kann daher auch nicht Weglin [1]) zustimmen, wenn er in der Einleitung seiner Arbeit schreibt, dass „unsere Kenntnisse vom klinischen Standpunct der multiplen Sclerose wohl grösstenteils als abgeschlossen bezeichnet werden dürfen". Ich denke, wir sind davon noch weit entfernt. Es hängt dies damit zusammen, dass die Abgrenzung des klinischen Bildes von anderen ähnlichen Symptomencomplexen ja nicht scharf sein kann, so lange man über die Deutung des anatomischen Substates — und damit hängt die richtige Abgrenzung von anderen Krankheiten zusammen — noch nicht ganz klar ist. Sie alle wissen, meine Herren, dass die Grundlage des Prozesses Herde sind, welche über das ganze Centralnervensystem gestreut sein können; die Grösse derselben variiert von mikroskopischer Kleinheit bis zur Grösse einer Erbse oder Bohne, ja sie können den ganzen Querschnitt im Rückenmark einnehmen, und einen noch grösseren Umfang in der Medulla oblg. und im Gehirn haben; sie sind derber anzufühlen als das sie umgebende normale Gewebe; das Nervenmark in ihnen ist zerfallen, vielfach durch Neuroglia ersetzt, dabei sind die Axencylinder in grosser Zahl erhalten; oft hat man auch Gefässwucherung und thrombosierte Gefässe gefunden. Ueber die Pathogenese dieser Herde herrscht bis heute keine Uebereinstimmung; einige z. B. Charcot, Leyden, Erb, Goldscheider halten den Process für einen entzündlichen, andere nehmen eine primäre Erkrankung des Parenchyms an z. B. Köppen, wieder andere halten Wucherungen der Neuroglia für das Primäre, z. B. Ziegler [2]); Oppenheim [3]) „legt Gewicht auf die Verschiedenheit der anatomischen Bilder, in den verschiedenen Fällen, so dass von einer Einheitlichkeit nicht die Rede sein könne"; Auch Bornstein betont, dass man die histologischen Befunde der „acuten" und „chronischen" Fälle trennen müsse; „dabei nimmt er einen vasculären Ursprung der Herde an, der verschiedene Charakter der Herde soll nach ihm auf der Verschiedenheit der Krankheitsursachen beruhen" [4]).

Es scheint jetzt gelungen zu sein, eine Krankheit, welche der multiplen Sclerose sehr ähnliche klinische Bilder geben kann, nämlich die acute Encephalomyelitis, von der multiplen Sclerose abzugrenzen; nach Oppenheim [5]) sind die Grundlage hier Erweichungsherde mit secundärer Strangdegeneration. Auch andere Forscher treten für eine Trennung je nach dem anatomischen Befunde ein; so halten Schmaus, Ziegler, E. Müller alle die Fälle, welche stärkere Gefässveränderungen, Herde von areolärem Bau mit wenigen erhaltenen Ganglienzellen und Axencylindern und secundären Degenerationen zeigen, als zur secundären Sclerose gehörig [6]).

Aus der Einsicht in die einschlägige Literatur scheint nun hervorzugehen, dass die doch zweifellos bestehende Verschiedenartigkeit der Herde nur erklärt werden kann bei Annahme verschiedener Ursachen der Krankheit, je nachdem nämlich infectiöse, toxische oder endlich auch endogene Einflüsse, mangelhafte Anlage des Nervensystems, eine Rolle spielen. Jedenfalls erscheint es mir entschieden zu weit gegangen zu sein, wenn man mit Leyden die multiple Sclerose einfach als aus einer acuten Myelitis und Encephalitis hervorgegangen ansieht; dagegen ist mit Recht auf das Fehlen der secundären Degenerationen hingewiesen worden, was ja gerade ein Charakteristicum der multiplen Sclerose ist und was man andererseits als Folge der acuten Myelitis erwarten müsste.

Wenn ich nun kurz zum klinischen Bilde der Sclerose en plaques übergehe, so muss ich noch einmal betonen, dass gerade diese Unsicherheit in der Deutung des anatomischen Befundes, die dadurch bedingte unsichere Abgrenzung von anderen Krankheiten und die Unkenntniss der Aetiologie es mit sich bringen, dass mit der zu verlangenden Schärfe die klinischen Umrisse noch nicht gezeichnet werden können; der 2-te Grund ist natürlich der, dass das Wesen der Krankheit es ja mit sich bringt, wie schon im Namen liegt, dass oft so viele unzählige Herde sich finden, dass man sich nicht wundern kann, wenn das klinische Bild kaleidoskopisch wechselt, man vielmehr eher staunen könnte, dass die klinische Diagnose trotzdem so oft möglich ist. Durch die minutiöse Arbeit der Forscher auf diesem Gebiet ist die Symptomatologie dieses Leidens aber in der Tat jetzt so weit präcisiert, dass die Diagnose in den meisten Fällen, auch den nicht typischen, möglich ist. Es wird wohl allen, welche sich mit der Krankheit befassen, aufgefallen sein, wie oft sie jetzt in die Lage kommen, multiple Sclerose diagnosticieren zu müssen: sie gehört eben nach den Autoren zu den häufigsten chronischen organischen Erkrankungen des Centralnervensystems; freilich darf man nicht erwarten, immer den ausgebildeten classischen, oben angedeuteten Symptomencomplex zu finden, im Gegenteil, die Fälle ohne denselben, welche aber doch sicher echte multiple Sclerose sind, vielfach durch die Autopsie erhärtet, scheinen weit häufiger zu sein. Mir persönlich ist es wenigstens so gegangen, dass ich viel häufiger multiple Sclerose ohne das vollständige Charcotsche Bild habe diagnosticieren müssen, wobei ich retrospectiv noch zugeben muss, dass ich in den ersten Jahren sicher mehrfach die Diagnose nicht gestellt habe in Fällen, wo ich sie heute stellen würde.

Wegen der ernsten Verantwortung des Arztes dem Patienten gegenüber, — wenn er diese Diagnose stellt, besiegelt er hiermit doch das Schicksal desselben, da die Prognose des Leidens leider ja eine sehr ernste ist, wenn auch Oppenheim [1]) angibt, „dass er 5—6 Fälle gesehen, welche geheilt zu sein scheinen, da er 5—10 Jahre lang nichts krankhaftes an ihnen nachweisen konnte" — am gleichen Ort citiert Oppenheim auch Bramwell, welcher in 4 Fällen Heilung beobachtete, — sei es mir, meine Herren, gestattet, kurz die Symptome anzuführen, welche ausserhalb der „classischen" Symptome Charcots jetzt von ausschlaggebender Bedeutung sind; ich nenne vor Allem die temporale Atrophie des Opticus; fast immer ist sie eine partielle Atrophie, nur zuweilen ist die Papille in toto abgeblasst. Hand in Hand geht mit dieser Opticuserkrankung meist eine Functionsstörung, doch entspricht sie graduell nicht der Atrophie, zuweilen ist sie nur geringfügig oder fehlt auch trotz der Atrophie, ganz; „umgekehrt kann auch trotz beträchtlicher Amblyopie der Papillenbefund anscheinend ein normaler sein [2]). Die Störungen können sich zeigen in Herabsetzung der centralen Sehschärfe, unregelmässiger Einengung des Gesichtfeldes, und endlich im centralen Scotom für Weiss und Farben. Diese temporale Atrophie der Optici und dann das Missverhältnis zwischen ihr und der Sehstörung hält E. Müller [3]) für das wichtigste Kennzeichen der multiplen Sclerose, alle anderen weitaus überragend. Derselbe gibt die Häufig-

[1]) Weglin. Ueber acut verlaufende multiple Sclerose. D. Ztschr. f. Nervh. Bd. 31, pag. 313.
[2]) Citiert nach Oppenheim. Nervh. V. Auflage, pag. 397.
[3]) Oppenheim, Lehrb. d. Nervenheilk., V. Auflage, pag. 398.
[4]) Anatomie pathologique de la Sclerose en plaques par Bornstein 1904, citiert nach d. Referat v. E. Müller. D. Zeitschr. fr. Nervenh. Bd. 29. pag. 337.
[5]) Oppenheim, l. c. pag. 394.
[6]) Citiert nach Weglin l. c. pag. 322.

[1]) Oppenheim, l. c. pag. 399.
[2]) Citiert nach E. Müller, Zur Pathologie der sog. primären combinierten Strangerkrankungen, D. Ztschr. für Nerv. Bd. 29, pag. 241.
[3]) E. Müller, l. c. pag. 242.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit dieses Symptoms auf 50 pCt. an; nach seiner Angabe hat Uhthoff dasselbe Verhältnis gefunden; Oppenheim spricht nur von einem sehr grossen Procentsatz (in seinem Lehrbuch); aus einer Arbeit Cassirers citiere ich nach einer Anmerkung Müllers: „Cassirer schreibt: „Wie gross ihr Wert für die Erkennung des Leidens z. Zt. geworden ist, geht aus der Behauptung Eduard Müllers hervor, dass sie vielleicht alle übrigen Einzelerscheinungen der multiplen Sclerose an Bedeutung übertreffen, ein Ausspruch, dem wir nach diesen Erfahrungen wohl zustimmen können“ [1]) Oppenheim bemerkt die Aehnlichkeit dieser Sehstörungen mit denen bei der Intoxicationsamblyopie und schliesst daraus, dass Gifte bei der Aetiologie eine Rolle spielen [2]).

Als zweites Symptom möchte ich das Fehlen der Bauchreflexe nennen.

Prof. Hoffmann [3]) gibt allerdings nur in 29% seiner Fälle das an, er erwähnt jedoch, dass Strümpel und Schultze in 2/3 ihrer Fälle das Fehlen der B. Reflexe constatierten; auch Oppenheim [3]), welcher sich anfangs [4]) mehr ablehnend gegenüber der Bedeutung des Fehlens der B. Reflexe verhielt, weil er die häufige Abwesenheit dieser Reflexe auch bei Gesunden annahm, hat seine Stellungnahme zu dieser Frage bedeutend geändert [5]).

Weiter möchte ich nur noch auf 3 Symptome neueren Datums hinweisen, welche als Zeichen einer Läsion der Pyramidenbahnen für die Unterextremitäten gelten, ausser der bekannten Hypertonie, der Steigerung der Sehnenreflexe, der Muskelparesen, nämlich auf das Babinskische Zeichen, das dorsale Unterschenkelphänomen (d. sog. Oppenheimsche Fussreflex) und das Tibialisphänomen Strümpels. Die angegebene Reihenfolge dieser 3 Reflexe illustriert meiner Ansicht nach auch ihre Dignität. Die Anwesenheit dieses Babinskischen Zehenreflexes, welcher in der Dorsalflexion der grossen Zehe allein oder auch der anderen bei Reizung der Fusssohle besteht, ist nach dem übereinstimmenden Urteil der Autoren zur Zeit wohl das wichtigste Zeichen der Pyramidenaffection. Das dorsale Unterschenkelphänomen besteht in der Dorsalflexion des Fusses beim Streichen mit dem Percussionshammer oder mit dem Daumen an der medialen Seite des Unterschenkels von oben nach unten. Das Tibialisphänomen endlich beruht auf einer Spannung des m. tibial., welche eintritt bei der Aufforderung an den Patienten, das Bein in der Hüfte zu beugen, bes. wenn der Untersucher dabei einen Gegendruck ausübt. Mit einer Aufzählung dieser 3 eben genannten Phänomene, der Areflexie der Bauchhaut, der temporalen Atrophie des Sehnerven muss ich mich heute begnügen, liegt mir doch nur daran, auf ihre Wichtigkeit für die Diagnosenstellung der multiplen Sclerose in ihren Frühstadien hinzuweisen. Die interessanten Symptomenbilder, welche beim vorzugsweise bulbären und cerebralen Sitz der Erkrankung entstehen, und an denen die Casuistik so reich, kann ich daher hier nicht schildern, weil ich ja kein Referat über die m. Sclerose geben will. Es sei mir daher erlaubt, sofort auf meinen heutigen Fall einzugehen. Die Patientin liegt eben bei mir im Diaconissenhaus, ist 24 Jahre alt, unverheiratet, stets gesund gewesen; keine Lues nachweisbar; vor ca. 2½ Jahren bemerkte sie eine allmählich zunehmende Steifkeit in den Beinen und wurde das Gehen immer schwerer; von einer apoplectiform entstandenen Störung weiss sie nichts. Ueber Schmerzen wird nicht besonders geklagt, nur leichte Parästhesien in den Beinen werden angegeben; zeitweise treten leichte Blasenstörungen auf, welche sich im vermehrten Harndrang zeigen. Sehstörungen bestehen und bestanden nicht.

Der st. pr. ist folgender: die Patientin ist normal gebaut, der innere Organbefund bietet nichts Abnormes. Der Gang ist ein typisch spastisch- paretischer- cerebellarer, die Füsse schleifen am Boden, die Schrittlänge ist eine geringe, dabei bemerkt man eine gewisse Unsicherheit, ein Wackeln des Rumpfes; um das Gleichgewicht zu behalten, stützt sie sich an Gegenständen der Umgebung, bei Zusammenschluss der Füsse, beim Kehrtmachen, bei Augenschluss ist sie in Gefahr hinzustürzen und muss sie gehalten werden. Es besteht eine Hypertonie der Muskeln, der Beine und eine motorische Schwäche; Atrophien nirgends vorhanden; beiderseits exquisites Fusszittern (clonus), lange andauernd; beiderseits Babinski; das dorsale Unterschenkelphänomen und das Tibialisphänomen nicht auslösbar, beiderseits starke Steigung der Patellarreflexe, auch Patellarclonus. Areflexie der Bauchhaut beiderseits; beiderseits temporale Atrophie der Optici (bestätigt vom Augenarzt Dr. Rasewsky); leichte Einschränkung des Gesichtsfeldes, besonders im oberen Quadranten (geprüft nur für weiss und grün), keine Herabsetzung der Sehschärfe, Pupillenbefund normal. Die übrigen Hirnnerven alle normal; eine kaum nachweisbare leichte Hypaesthesie der distalen Enden der Unterextremitäten. Sprache normal, nicht scandierend. Kein Nystagmus; keine Augenmuskellähmungen, kein Intentionstremor, vielleicht eine ganz geringe Unsicherheit bei gewollten Bewegungen.

Ist nun das vorliegende Krankheitsbild eine Sclerose en plaques? Ich meine ganz sicher; ausschlaggebend ist trotz Mangels mancher Symptome der „classischen“ Form der multiplen Sclerose hier die Coincidenz der Affection der Pyramidenbahnen, der Areflexie der Bauchhaut, der Cerebellaratoxie mit der temporalen Atrophie der Optici.

Weit schwerer wäre die Diagnose, wenn wir für einen Moment die temporale Atrophie der Optici ausser Acht liessen, wenn diese nicht vorhanden wäre; das restierende Krankheitsbild müsste dann entweder als cerebrospinale Lues aufgefasst werden, oder man könnte auch an die „combinierte Systemerkrankung“ denken. Die Entscheidung zwischen diesen beiden wäre dann nicht möglich durch das augenblicklich bestehende Symptomenbild zu treffen, da dieses gerade auf beide genannten Krankheiten passen kann, wohl aber durch die Anamnese, durch die Art und Reihenfolge des Entstehens dieser Symptome, ob allmählich oder plötzlich, und schliesslich die Art des Verlaufes, indem für die Lues ja gerade das schnelle Schwanken der Symptome, das Kommen und Gehen charakteristisch ist. Auf unseren Fall angewandt, müsste man sich nach Obigem also für eine combinierte Systemerkrankung entscheiden, scilicet in der Annahme des Fehlens der Opticusveränderungen. Interessant ist nun, dass gerade ich diese Patientin seit ca. 2 Jahren kenne, und sie vor 2 Jahren kurze Zeit beobachten konnte; als ich sie zuerst sah, lag also der Beginn der Erkrankung erst einige Monate zurück. Ich konstatierte damals eine spastische Paraparese der Beine, jedoch weit geringer als jetzt; von einer Coordinationsstörung konnte ich nichts entdecken; es fehlte die temporale Atrophie der Optici, ebenso fehlte die Areflexie der Bauchdecken.

Ich konnte damals keine andere Diagnose als wahrscheinlich „spastische Spinalparalyse“ stellen. Die spastische Spinalparalyse ist aber gerade diejenige Krankheit, deren Symptomenbild nach den Autoren oft vorgetäuscht wird, indem dahinter eine multiple Sclerose

[1]) E. Müller, l. c. pag. 241. Anmerkung.
[2]) Oppenheim, l. c. pag. 382.
[3]) Hoffmann, Die multiple Sclerose des Centralnervensystems. D. Ztscht. für Nervenh. Bd. 21, pag. 14.
[4]) Oppenheim, Abdomn. Symptomencomplex bei Erkrankung des unteren Dorsalmarks. D. Ztschrft. für Nervh. Bd. 24, pag. 370.
[5]) Oppenheim, Lehrb. d. Nervenhlk. V. Auflage, pag. 385.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

steckt, so dass es als Regel gilt, immer nach der letzteren zu fahnden; oft vergehen Jahre, bis aus der spastischen Spinalparalyse sich die offenbare multiple Sclerose entwickelt. Natürlich ist die eigentliche spastische Spinalparalyse eine Krankheit für sich und hat mit der multiplen Sclerose nichts zu tun. Schwer war mir vor 2 Jahren bei dieser Kranken anfangs die Ausscheidung der Annahme einer Hysterie, weil auch der Fussclonus lange nicht diese Intensität hatte wie heute. Die längere Beobachtung aber gerade der spastischen Erscheinungen und des Fussclonus liess mich davon Abstand nehmen. Alle Autoren geben an, dass die Trennung der multiplen Sclerose von der Hysterie schwer sein kann und auch ich habe die Erfahrung in einigen von den Fällen gemacht, die mir zu Gesicht gekommen, dass ich die Hysterie in ernste Erwägung ziehen musste. Es liegt in der Natur der Erkrankung, dass für die Differentialdiagnose der multiplen Sclerose viele Krankheiten in Betracht kommen, so nennt z. B. Prof. Hoffmann [1]) gar ganze 23 verschiedene Krankheiten, also die meisten chronischen Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten und viele acute. Ich will Sie, meine Herren, natürlich mit einer Aufzählung derselben nicht ermüden, und scheint mir von manchen derselben die Abgrenzung auch nicht schwer, sondern nur einige erwähnen, welche mir besonders wichtig zu sein scheinen ausser den schon oben genannten, nämlich ausser der Lues cerebrospinalis, der spastischen Spinalparalyse und der combinierten Systemerkrankung; das wären die acute Myelitis dorsalis, die Dementia paralytica, die acute disseminierte Encephalomyelitis mit secundärer Strangdegeneration, die Encephalomalacia multiplex arteriosclerotica, die Westphal-sche Pseudosclerose und endlich die diffuse Hirnsclerose. In unserem Fall haben sie freilich für die Diagnose keine Bedeutung und gehe ich daher auf sie nicht näher ein.

Ich schliesse meine Betrachtungen über denselben, nur sei mir, ohne gerade auf diesen speciellen Fall damit Bezug zu nehmen, wegen der Wichtigkeit der Diagnose der multiplen Sclerose überhaupt, da sie doch relativ häufig auftritt und eine so ernste Prognose hat, nur eine Bemerkung erlaubt, welche ich in die Worte Oppenheims [2]), eines Pfadfinders in der Erforschung auch dieser Krankheit, am besten zu kleiden denke: „Es ist aber immer sehr verdächtig, wenn junge Personen, die weder am Vitium cordis, noch an Syphilis und Alcoholismus leiden, von einem apoplectiformen Insult mit schnell vorübergehenden Lähmungssymptomen betroffen werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um Encephalitis, beginnende Sclerose oder Dementia paralytica handelt ist gross, doch lässt erst der weitere Verlauf eine sichere Entscheidung treffen“.

Betonen möchte ich endlich nur noch einmal die oft schwierige Differentialdiagnose auch gegenüber der Hysterie, was ja in praxi besonders wichtig ist, und gerade dieser Umstand möge mit die Veröffentlichung des Falles rechtfertigen, wenn ich auch dem Fachcollegen nichts Neues bringe.

[1]) Hoffmann, l. c. pag. 16.
[2]) Oppenheim, Lehrb. der Nervkr. V. Auflage, pag. 391.

Referate.

Dr. E. Zadro: Erfahrungen mit der Scopolamin-Morphin-Inhalationsnarcose. Wiener klinische Wochenschrift. 1909. Nr. 13.

Durch die Injectionen von Scopolamin-Morphin soll keine Narcose erreicht werden, sondern der Patient in ein Vorbereitungsstadium für die spätere Inhalationsnarcose gebracht werden. Infolge dessen sind nur kleine Dosen zu injicieren, und zwar ist die beste Combination, um sowohl bei Männern als bei Frauen einen genügenden Dauerschlaf zu erreichen, die von Scopolamin 0,0005 und 0,01 Morphin.

Das Verfahren ist folgendes: Abends vor der Operation bekommt jeder Patient 0,5—1,0 Veronal, um einen ruhigen Schlaf zu erzielen. Am Operationstage wird dem Patienten ³/₄—1 Stunde vor der Operation 0,0005 Scopolamin und 0,01 Morphin getrennt eine Spritze in den rechten und eine in den linken Arm injiciert, und nach Ablauf dieser Zeit mit der Inhalationsnarcose begonnen, zuerst bis zur Erreichung des Toleranzstadiums mit Billroth scher Mischung, und dann bis zum Schlusse mit Aether; ausgenommen sind die Fälle, wo entweder reines Chloroform oder Aether angewandt werden muss. Um Zersetzung zu verhindern, muss jeden zweiten Tag eine frische Lösung von 0,005 Scopolaminum hydrobromicum inactivum (Merk) auf 10,0 aq. destill. verschrieben werden.

In der Klinik von Prof. v. Eiselsberg ist in 770 Fällen eine solche combinierte Narcose angewandt worden mit vorzüglichem Erfolge. Im Anfang der Narcose wird die psychische Aufregung vermieden, das Excitationsstadium fällt aus, und bereits nach 10—15 g. Billroth scher Mischung tritt volle Narcose ein. Die Menge des Inhalationsnarcoticums ist wesentlich verringert; während früher für eine einstündige Operation durchschnittlich 60 g. Billroth scher Mischung und 100 g. Aether verbraucht wurde, ist bei dieser Methode für eine gleichdauernde Operation 25 g. Billroth scher Mischung und 80 g. Aether oder 120—130 g. Aether allein nötig. Ein günstiger Einfluss ist auf das postoperative Erbrechen zu constatieren, und die postnarcotischen Lungencomplicationen werden vermindert. — Vergiftungserscheinungen oder Symptome von Seiten des Herzens und der Atmung werden durch so kleine Gaben nicht hervorgerufen und sind doch genügend, um ein Toleranzstadium herbeizuführen, welche bei schwächeren Leuten ausgedehnte chirurgische Eingriffe unter Localanästhesie vorzunehmen gestattet.

Bei neurasthenisch veranlagten Patienten und Basedowscher Krankheit ist Scopolamin auch in kleinen Dosen nicht anzuwenden; dagegen leistet es in Verbindung mit Schleichscher Infiltrationsanästhesie sehr gute Dienste bei Strumenoperationen.

Fr. Mühlen.

Dr. Dedin: Die Jodferratose in der Kinderheilkunde. (Rassegna di Terapia. 1908. Nr. 28).

Verfasser beschreibt unter Bezugnahme auf seine eigene experimentelle Arbeit und auf die klinischen Arbeiten von Bardach, Weber, Weitlaner und Manasse über dieses Präparat eingehend 8 Krankheitsfälle von Kindern, welche an Skrofulose mit mehr oder weniger starker Anämie litten, teils verursacht infolge hereditärer Belastung, teils durch besonders widrige hygienische Verhältnisse. Die Behandlung mit Jodferratose geschah unter genauen Aufzeichnungen betr. des Allgemeinbefindens, der verschiedenen physischen Merkmale, des Körpergewichts und des Hämoglobingehalts (bestimmt nach Fleischl vor und nach der Cur).

Das Resultat der Beobachtungen ist zusammengefasst folgendes: Das Präparat erzeugt weder Jodismus noch überhaupt Verdauungsstörungen, sondern wurde in allen Fällen recht gut vertragen. Ausser dass die Jodferratose einen günstigen Einflusse auf den Appetit ausübte, beeinflusste sie in auffallend günstiger Weise den ganzen Krankheitsverlauf, was sich namentlich durch das frischere rosigere Aussehen der Kinder äusserte. Die Functionen der einzelnen Organe und der Lymphe wurden wohltuend angeregt, die Fettpolster der einzelnen Gewebe vermindert, die Muskelmasse vermehrt. Auch bei den fieberhaften Zuständen bewährte sich die Jodferratose derart, dass beim Gebrauch derselben das Fieber rasch abfiel. Besonders auffallend war dieses bei einem kleinen Patienten zu beobachten, der an einer tuberculösen Polyadenitis, kompliciert mit schwerer Anämie litt und von einem remittierenden Fieber befallen wurde.

Dr. Hugo Zechmeister: „Die Syphilis in den Tropen, deren Verlauf und Behandlung“. (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1908. H. 11).

Der Verfasser hat auf seinen Reisen ausserordentlich reiche und eingehende Erfahrungen über die verschiedenen Formen gesammelt, in denen die Syphilis in den verschiedenen Gegenden auftritt. Die Behandlung einiger dieser Formen und deren Begleiterscheinungen, welche vielfach eine Schmiercur oder Injectionscur unmöglich machen, beansprucht unser besonderes Interesse.

Eine gewisse Rolle spielen im Orient die Räucherungen gegen Syphilis, aber auch diese Art der Anwendung des Quecksilbers kann zu einem befriedigenden Erfolge nicht führen.

Es werden nun die einzelnen Präparate besprochen, welche als interne Antisyphilitica im Gebrauche sind, darunter auch

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

das Mergal, dem der Verfasser den Vorzug gibt. Er kommt zu dem Resultate, dass das Mergal ein sehr angenehm und bequem zu nehmendes Mittel ist, das sich besonders für die ambulatorische Praxis eignet, dass es von seiten des Magens und Darmes sehr gut vertragen wird, dass es rasch in die Blutbahn aufgenommen wird und dass es gut dosiert werden kann. Die syphilitischen Erscheinungen gehen nach Mergalgebrauch rasch zurück.

R.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Weil. Albert Hoffa und G. A. Wollenberg: Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. 1908.

Ein inhaltsreiches und wertvolles Buch, das in die Klinik der im Titel bezeichneten practisch so sehr wichtigen Gelenkkrankheiten die so schwer vermisste Ordnung zu bringen berufen ist, wenn auch in Einzelheiten so mancher Arzt einen abweichenden Standpunct einnehmen wird. Der wesentlichste Teil des Buches befasst sich mit der Anatomie der genannten Leiden, auf Grund zahlreicher Untersuchungen an Präparaten und besonders wertvoller Röntgenaufnahmen an Lebenden. Diesem Teil gebührt uneingeschränktes Lob. Das Buch ist gut geschrieben und gedruckt und reichlich mit Abbildungen (178) versehen. Es sei eingehendem Studium dringend empfohlen.

Wanach.

Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Practiker. Diagnose und Therapie der Syphilide. 2. Auflage. Heft 11 und 12. Würzburg. Curt Kabitzsch. (A. Stubers Verlag). 1909. Mk. 2.50.

Die Vorzüge aller dermatologischen Vorträge Jessners, klare lebendige Darstellung, finden sich auch in vorliegendem Doppelheft über Diagnose und Therapie der Syphilide. Ausführlich geht Verf. auf die einzelnen Erscheinungsformen der Lues angefangen vom Primäraffect bis zur Leucoplacia oris und der Syphilis hereditaria ein. Ebenso genau, kurz und klar ist die Therapie behandelt. Den Schluss bildet ein Capitel über Heiratsconsens für Luetiker. Die wiederholten Auflagen der Jessnerschen Vorträge zeugen von ihrer Beliebtheit. Die Vorzüge der Darstellung und Behandlung des Stoffes für die Zwecke der Praxis rechtfertigen diese in vollem Masse.

W. Schiele.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 10. März 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Osten-Sacken hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Behandlung des Klumpfusses und demonstriert eine Reihe von Patienten und Gipsabgüssen sowie verschiedene Instrumente zur orthopädischen Behandlung des Klumpfusses.

Heuking: Vor 10 Jahren ist die Frage der Behandlung des Klumpfusses zuletzt im Verein verhandelt worden, seitdem haben sich neue Gesichtspuncte eröffnet. Das Verfahren von Turner verdient durchaus nachgeprüft zu werden, da es sowohl milde als variabel ist und der Angriffspunct durchaus vom Operateur abhängt. Unklar ist der Grund für die Durchschneidung der Sehne des Tibialis anticus und seine Verlängerung.

Osten-Sacken: Der Tibialis anticus wurde nur dort verlängert, wo seine Sehne deutlich als Strang fühlbar war und hinderlich erschien.

2. Fuhrmann und Ucke: Zur Frage der sogenannten fötalen Rachitis. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Beckmann fragt, ob Vortragendem nicht etwas über leichte Zerreisbarkeit der Haut und der Muskeln bei chondrodystrophischen Neugeborenen bekannt sei. Ihm selbst ist ein Fall begegnet, wo bei einem Totgeborenen mit sehr kurzen Extremitäten, ohne Erscheinungen von Maceration, bei leichtem Zuge eine Extremität abgerissen wurde.

Heuking: Turner demonstrierte vor Jahren Kosacken mit kindlichen Extremitäten, die aus Transbaikalien hergebracht waren.

Osten-Sacken: Dr. Heuking meint eine von Dr. Beck im Transbaikalgebiet beobachtete endemische Krankheit, von welcher einzelne Fälle in der Turnerschen Klinik genauer untersucht worden sind. In seiner Dissertation nannte Beck die Krankheit Osteoarthritis deformans endemica und konnte nachweisen, dass ihr Auftreten meist im Alter von 8—16 Jahren, streng an besondere Wasserverhältnisse im Argungebiet gebunden ist, ohne hereditär oder contagiös zu sein. In der Turnerschen Klinik wurden Beziehungen zu pathologischen Veränderungen der Schilddrüse festgestellt. Prof. Weljaminow hat dieselben für seine Arthritis thyreotoxica ebenfalls verwertet. Beck hat neuerdings im Langenbeckschen Archiv über seine Arbeit referiert. Zum Vortragsthema steht die Becksche Osteoarthritis deformans in keinerlei directer Beziehung.

Blessig fragt, wo der Grund für das frühe Absterben der chondrodystrophischen Kinder liege?

Fuhrmann: In dem beschriebenen Falle starb das Kind unmittelbar nach der Geburt an Asphyxie dank dem verbildeten Thorax. Aehnlich mag es in anderen Fällen zugegangen sein, manche Chondrodystrophiker erreichten auch (wenn auch sehr selten) ein höheres Alter. Ueber leichte Zerreisbarkeit der Gewebe ist ihm nichts bekannt, auch würde es sich wohl in Fällen, wo solche beobachtet wird, um andere Störungen handeln, da die Chondrodystrophie nur die Knochen befällt.

3. Fuhrmann: Ueber Periostitis als frühe Complication des Ileo-Typhus. (In Nr. 16 der St. Petersb. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Blessig: Die Diagnose «Periostitis» war mit Wahrscheinlichkeit per exclusionem zu stellen. Eine Phlegmone des retrobulbären Gewebes würde Schmerzen hervorgerufen haben und Chemosis, dasselbe wäre bei einer Venenthrombose zu beobachten gewesen. Endlich liesse sich an ein Empyem des Sinus frontalis denken, aber auch gegen ein solches spricht sowohl der Verlauf als auch der Mangel irgend welcher anderer Symptome, die auf dieses Leiden hinwiesen.

Heuking bezweifelt die Diagnose Periostitis ohne übrigens angeben zu können, was etwa sonst vorliegen könnte. Periostitis nach Typhus befällt meistens die Extremitäten, von Periostitis der Gesichtsknochen nach Typhus ist Heuking nichts bekannt.

Schmitz hat auch keine Periostitis der Gesichtsknochen beobachtet, dagegen mehrfach an den Extremitäten. Im allgemeinen ist der Verlauf ein günstiger und leichter.

Fuhrmann glaubt doch an der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Periostitis der Augenhöhle festhalten zu müssen.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Festsitzung

Zur Feier des 50-jährigen Jubiläums des Vereins

am 31. März 1909 im grossen Saal der St. Petri-Schule.

Die Sitzung wird durch folgende Ansprache des Präses Dr. E. Blessig eröffnet:

Meine Herren!

Hochgeehrte Gäste, werte Collegen!

Im Namen des Ausschusses des Vereins St. Petersburger Aerzte heisse ich Sie Alle willkommen in dieser Festsitzung, zur Feier des 50-jährigen Jubiläums des Vereins!

Am 23. März 1859 hielt unser Verein seine erste geschäftliche Sitzung ab. Dementsprechend wurde an demselben Datum d. J. 1884 das 25-jährige Jubiläum gefeiert, mit einer Festsitzung in diesem selben Saal. In Nr. 13 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift 1884 finden Sie einen Bericht darüber und den vom damaligen Präses, unserem gegenwärtigen Ehrenpräsidenten Dr. Otto v. Gruenewaldt an dieser Stelle gehaltenen Festvortrag. Als Festgabe erschien damals der Ihnen bekannte, von Dr. O. Petersen und Dr. V. Hinze zusammengestellte Bericht über die 25-jährige Tätigkeit des Vereins. Seine erste wissenschaftliche Sitzung hat unser Verein, wie Sie aus jenem Bericht ersehen, am 31. März 1859 abgehalten. Der glückliche Umstand, dass dieses Datum in diesem Jubeljahr wieder auf den traditionellen Dienstag fiel, gab uns besondere Veranlassung das 50-jährige Jubiläum gerade am heutigen Tage zu begehen.

M. H.! Ein Jubiläum ist naturgemäss immer auch eine Gedächtnisfeier. Darum wollen wir auch heute vor allem Derer gedenken, die vor uns in diesem Verein gewirkt, die der Tod aus den Reihen unserer Stifter und Mitglieder gerissen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ubi sunt qui ante nos....! Lassen wir sie heute im Geiste, in pietätvoller Erinnerung, an uns vorüberziehen Welch' eine edle Schar!: Welch' Männer darunter, welch' Aerzte! — In Ehrfurcht neigen wir uns vor ihnen. Und sieht nicht ein jeder von uns dort in dem langen Zuge ach so Manchen, zu dem er mit besonderer Verehrung emporgeblickt, an dem er in besonders inniger Freundschaft gehangen? — Lassen Sie uns in dieser feierlichen Stunde das Andenken unserer Todten ehren, indem wir uns zu ihrem Gedächtnis von den Plätzen erheben!......

Und nun wenden wir uns den Lebenden zu! Es lebe das Leben! — Ein lebendiger Organismus ist es, dem unsere heutige Feier gilt. In der Tat: unser Verein, vor einem halben Jahrhundert als junges Reis in den Boden dieser Stadt gepflanzt, er steht heute festgewurzelt da als lebenskräftiger Baum mit seinen 50 Jahresringen. Immer weiter breitet er seine Aeste aus, alljährlich neue junge Triebe ansetzend. Alljährlich, vom Herbst zum Frühling, versammelt er uns unter seiner immergrünen Krone, zu ernster wissenschaftlicher Betätigung und zu freundschaftlich collegialem Verkehr.

Ueber die Tätigkeit des Vereins, über die in ihm im Laufe eines halben Jahrhunderts geleistete wissenschaftliche Arbeit wird Ihnen unser Vicepräses an der Hand des vorerwähnten sowie des zum heutigen Tage erschienenen Jubiläumsberichtes einen Ueberblick geben. So will ich darauf eben nicht eingehen, nur Eines sei hier gleich betont: wollen wir die sehr achtenswerten Leistungen richtig einschätzen, so dürfen wir nicht vergessen, dass wir keine gelehrte Körperschaft sind, sondern eine Vereinigung von practischen Aerzten, von Männern, die mitten im practischen Arbeitsleben stehen, von denen die meisten durch Dienst und Praxis vollauf in Anspruch genommen sind, manche in dem Masse, dass ihre ganze Zeit im Tagewerk aufgeht, dass keine Stunde des Tages, ja selbst der Nacht, ihnen ganz gehört. Ob die Einen dabei ihrer eigenen Neigung und Veranlagung folgen, ob die Andern, vielleicht unter innerer Entsagung, sich der harten Notwendigkeit des Erwerbes fügen, sie Alle erfüllen nach bestem Wissen und Können die oft schweren, aber immer hohen Pflichten unsres vornehmen ärztlichen Berufes. So bleiben wissenschaftlicher Arbeit und Fortbildung nur kurze Mussestunden, nur knapp bemessene Ruhetage vorbehalten. Denn das wäre kein rechter Arzt, dessen Interesse nicht in erster Linie dem Patienten gehörte, dem das Wohl seiner Kranken nicht vor allem anderen ginge, auch vor der Wissenschaft! Ziehen wir diese Verhältnisse, unter denen wir practischen Aerzte hier arbeiten, in Betracht, so werden wir die im Verein geleistete in seinen Protocollen und Berichten niedergelegte wissenschaftliche Arbeit der Collegen um so höher anerkennen müssen. Wir werden es auch verstehen, dass, neben vielen gediegenen Vorträgen von wissenschaftlicher Tiefe und Bedeutung, die meisten unsrer Mitteilungen solche aus der Praxis und für die Praxis sind.

Das Beste und Wertvollste aber, was unser Verein gewirkt, das finden wir nicht in seinen Protocollen verzeichnet, das lässt sich nicht schwarz auf weiss fixieren, das empfinden wir aber alle in jeder seiner Sitzungen und auch bei unsrer heutigen Feier: das ist die Collegialität, die er pflegt und fördert, das sind die persönlichen Beziehungen, die er zwischen uns knüpft und festigt. Ja, das sind ideelle Worte, die sich nicht buchen lassen, die wir aber darum nicht geringer schätzen dürfen!

Der Verein St. Petersburger Aerzte ist — was auch unser Ehrenpräsident in seiner Festrede zum 25-jährigen Jubiläum bereits betont hat — von Anbeginn bestrebt gewesen, den Kreis seiner Mitgliedschaft möglichst weit zu ziehen. Er tat es, indem er die Aufnahme neuer Mitglieder möglichst erleichterte und sich dabei von jeder Exclusivität, auch inbezug auf Nationalität oder Schule grundsätzlich fernhielt. Von einer Gruppe deutscher Collegen gegründet, ist er allerdings bald zu einem Sammelpunct vorwiegend unserer deutschen Aerztekreise geworden. Aber exclusiv ist er dabei nie gewesen, auch nicht in sprachlicher Hinsicht. Sieht er doch schon in seinem Statut (§§ 1 und 27) den Gebrauch beliebiger Sprache für seine Verhandlungen und Veröffentlichungen vor. Und wenn sie das biographische Album durchblättern werden, welches als Festgabe zu diesem Jubiläum erscheint, so werden Sie darin nicht wenige russische, polnische und andere Namen finden, deren Träger wir mit Stolz zu unseren Mitgliedern zählen. Ein solcher Standpunct gewinnt noch an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass gerade dieses halbe Jahrhundert, welches unser Verein durchlebt, zugleich im Leben der Völker eine Epoche nationaler Wiedergeburt und erstarkten Nationalbewusstseins nicht nur, sondern leider auch die Zeit eines extremen Nationalismus, culturwidriger nationaler Unduldsamkeit und unfruchtbaren Nationalitätenhaders ist.

Und was nun die medicinischen Schulen anlangt, so hat unser Verein stets das Glück gehabt, deren verschiedene in seiner Mitgliedschaft vertreten zu sehen: neben einem Gros von Jüngern der Alma Mater Dorpatensis stets auch viele Absolventen der militär-medicinischen Akademie und anderer russischer Hochschulen, sowie auch solche, die ihre medicinische Ausbildung teilweise oder ganz im Auslande genossen. Diese Mischung hat gewiss immer fruchtbringend auf das Vereinsleben gewirkt.

So dürfen wir denn nach dem bisher Erlebten unsren Verein an seinem fünfzigsten Geburtstage wohl eine günstige Prognose für sein ferneres Leben stellen. Ich möchte hier daran erinnern, dass sein Geburtsjahr 1859 zugleich das Jahr ist, in dem Darwins epochemachendes Werk über die Entstehung der Arten erschien. Seither ist im Laufe des letzten Halbjahrhunderts der Entwickelungsgedanke in der gesamten Biologie zu allgemeiner Geltung gelangt. Und zu den Biologen dürfen ja, nach Virchows Zeugnis, auch wir Mediciner uns rechnen. So stehen auch wir unter der Herrschaft dieses Gedankens und können uns ein Sein nicht ohne ein Werden, Leben nicht ohne Entwickelung denken. Unser Zeitalter ist ein solches des Fortschrittes, unsre Zeit ist es, die das Wort geprägt hat: Stillstand ist Rückschritt! Und so haben wir auch für die Zukunft unsres Vereins keinen besseren Wunsch als den, dass er sich immerdar weiter entwickeln und immer vorwärts schreiten möge.

Wir wissen aber auch, dass eine fortschreitende Entwickelung nicht möglich ist ohne Anpassung. Nun, unser Verein hat durch seine 50-jährige Vergangenheit zugleich seine Fähigkeit erwiesen, veränderten Verhältnissen sich anzupassen. Blicken wir doch um uns: welch' gewaltige Veränderungen, ja Umwälzungen im Laufe dieser Zeit nicht nur in unsrer Wissenschaft, nein auf allen Gebieten des Culturlebens, geistigen wie wirtschaftlichen, und so auch besonders in den Lebens- und Arbeitsbedingungen unsres Aerztestandes! Und schauen wir auch in uns: welche Wandlung in Anschauungen und Begriffen, welche Umprägung von Werten hat sich, uns selber kaum bewusst, auch da vollzogen, in den letzten Jahrzehnten an der Wende des XIX. Jahrhunderts zum XX! Unser Verein aber hat sich dem Wandel der Zeiten stets anzupassen gewusst und selbst die letzten schweren, unruhvollen Jahre, die unser Land durchlebt, und die ja auch unsre Aerztewelt so vielfach in Mitleidenschaft gezogen, haben sein Leben kaum beeinträchtigt. Freilich hat er sich dabei im Laufe der Zeit in manchen Puncten recht weit vom Wortlaut seiner ursprünglichen Satzungen entfernt. Aber das ist gewiss kein Mangel, eher ein Vorzug: denn die lebendige Wirklichkeit mit ihren stets wechselnden Anforderungen hat zu entscheiden, nicht der tote Buchstabe; das Gesetz hat sich dem Leben anzupassen, nicht umgekehrt! Und so gehen wir auch eben daran uns ein neues Statut zu geben, welches den gegenwärtigen Lebensbedingungen des Vereins entsprechen soll. Der von einer Commission ausgearbeitete Entwurf ist den Mitgliedern bereits zugegangen und wird uns in den nächsten Sitzungen beschäftigen.

Aber, m. H.! Anpassung allein macht noch keine Entwickelung! Gäbe es nur Anpassung, so käme nimmer ein fester Typus, eine rechte ausgeprägte Art zustande. Wir hätten nur ein Chaos von Variationen und individuellen Abweichungen. Ein anderes gehört noch dazu, ein conservatives Moment: die Vererbung. Sie ist es, die eine Art als solche eigentlich erhält. Und darum wollen wir auch unsren Verein bei aller Anpassungsfähigkeit auch den nötigen Conservatismus wünschen. Ich meine nicht jenen starren Conservatismus, der grundsätzlich das Neue ablehnt und sich jedem frischen Vorwärts hemmend entgegenstellt. Nein, den gesunden Conservatismus wünsche ich uns, der das Alte und Ueberkommene pflegt, sofern es sich in historischer Entwickelung bewährt hat, soweit es dauernde, erprobte Werte enthält; der den wahren Fortschritt in der Weiterentwickelung des Vorhandenen sieht, der nicht niederreisst, sondern weiterbaut auf fester Grundlage und nicht vergisst, dass eine jede folgende Generation auf den Schultern der vorhergehenden steht. Unsre gute Tradition wollen wir allezeit hochhalten, dessen eingedenk, dass Tradition im Vereinsleben dasselbe ist, was im individuellen Leben die Continuität des Bewusstseins!

Vor allem aber wünschen und hoffen wir, dass die Entwickelung unsres Vereins, durch die beiden Factoren der Anpassung und der Vererbung bedingt, immer auch zielstrebig bleiben möge, dass wir auch in Zukunft niemals die hohen Ziele aus dem Auge verlieren, die schon unseren Stiftern vorgeschwebt haben, als sie vor einem halben Jahrhundert den Grund zu unsrem heutigen Vereinsleben legten. Diese Ziele lassen sich wohl am besten in die zwei Worte zusammenfassen:

Wissenschaftlichkeit und Collegialität.

Sie bleiben auch fürder unser Wahlspruch!

Vivat, crescat, floreat Societas Medicorum Petropolitanorum in aeternum!

(Fortsetzung folgt.)

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zuschrift an die Redaction.

Der Redaction ist von Prof. D. Ott ein Schreiben zugegangen, welches wir in wörtlicher Uebersetzung wiedergeben:

Sehr geehrter Herr Redacteur.

Von dem Wunsch erfüllt, die Familien der bei dem Erdbeben in Messina verunglückten Aerzte zu unterstützen, hat Dr. Jacobs in Brüssel einen «internationalen Verein von Aerzten zur Unterstützung der Familien der umgekommenen italienischen Collegen» (pro Italia medica) gegründet. Nun hat er sich an mich mit der Bitte gewandt, eine Collecte unter den russischen Aerzten zu eröffnen. Da ich von der Hilfsbereitwilligkeit der russischen Collegen überzeugt bin, gehe ich gern auf die Bitte des Herrn Dr. Jacobs ein und bitte Sie, geehrter Herr Redacteur, gefälligst in Ihrer geschätzten Zeitschrift mitzuteilen, dass Collegen, die sich an der Hilfeleistung beteiligen wollen, ihre Spenden an mich (St. Petersburg, Universitätslinie 3) oder an die Redaction des «Russky Wratsch» richten können.

Mit vorzüglicher Hochachtung Dm. Ott.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Dr. med. Ssawtschenko, Gouvernements-Medicinal Inspector von Radom ist zum Medicinal-Inspector von Estland ernannt.

— **Der Privat-Docent der Militär-Medicinischen Akademie** Dr. M. D. Iljin ist zum ausserordentlichen Professor an der genannten Akademie für physiologische Chemie gewählt und vom Minister bestätigt worden.

— Geheimrat Dr. K. A. Rauchfuss ist zum Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

— Die Pospolitaki-Prämie, die von der Pirogowschen Aerzte-Gesellschaft dem Dr. Gabritschewski in Moskau für seine Forschungen über Scharlach zugesprochen war, ist von der Witwe des inzwischen verstorbenen Dr. Gabritschewski der Verwaltung zu einem Fond auf den Namen des Verstorbenen zurückerstattet worden.

— Im weiblichen medicinischen Institut ist das Katheder für Geburtshilfe und Gynäkologie für vacant erklärt worden. Aspiranten, die an der Concurrenz teilnehmen wollen, haben entsprechende Gesuche bis zum 24. Juni a. c. einzureichen.

— Der nächste russische Gynäkologen-Congress findet in Petersburg im December 1911 statt. Zum Präsidenten ist Prof. D. Ott gewählt worden, zu Mitgliedern: Prof. A. Muratow, Prof. W. Snegirew, Prof. W. Stroganow, Dr. P. Bogdanow, Dr. L. Kriwski und Dr. W. Preobrashenski.

— **Wir erhalten von dem unter dem Präsidium von Prof.** D. Ott. stehenden russischen National-Comitee des XVI Aerzte-Congresses in Budapest folgende Mitteilung:

Der internationale XVI. Aerzte Congress findet vom 29. August bis zum 4. September a. c. (n. St.) in Budapest statt. Der Congress trägt einen streng wissenschaftlichen Charakter. Mitglieder dürfen Aerzte und Gelehrte sein, die vom ungarischen Executiv-Comitee und den National-Comitees vorgestellt worden sind. Aerzte, die am Congress teilnehmen wollen, haben sich direct an den Secretär Prof. J. Elischer (Budapest VIII Esterhazy-utcza 7) zu wenden, wobei sie den Mitgliedsbeitrag (25 Kr.) und eine Visitenkarte mit Vor- und Familiennamen und Adresse, sowie mit Angabe der Section, der sie beizutreten wünschen, einzusenden haben. Mitglieder des Congresses, die eine Mitteilung machen wollen, müssen hierüber den Secretär der betreffenden Section bis zum 30. April n. St. in Kenntnis setzen. Wünschenswert ist es auch, das russische National-Comitee über etwaige beabsichtigte Vorträge zu benachrichtigen (St. Petersburg, Klinisches Hebammeninstitut). Mitglieder des Congresses erhalten gratis 1) vor Eröffnung des Congresses: Vorträge aus der erwählten Section; 2) verschiedene Editionen bei Eröffnung und während des Congresses; 3) nach Schluss des Congresses die gesammelten Arbeiten und Protocolle der betreffenden Section. Für die Arbeiten jeder anderen Section sind 10 Kr. extra zu entrichten. Die gesamten Arbeiten des Congresses sind gegen eine Zahlung von 150 Kr. zu erhalten. (Bestellungen auf die letzteren werden vom 30. März an nicht mehr angenommen. Verschiedene Vergünstigungen auf österreichischen und anderen Eisenbahnen und Dampfschiffen sind in Aussicht gestellt. Folgende Sectionen sind gebildet: 1) Anatomie und Embryologie. Vorsitzender Prof. M. v. Lenhossek, Secretär Prof. K. Tellyesniczky. 2) Physiologie. Vors. Prof. F. Klug, Secr. Dr. M. Pekar. 3) Allgemeine und experimentelle Pathologie. Vors. Prof. F. Tangl, Secr. Dr. P. Hari. 4) Mikrobiologie (Bakteriologie), pathologische Anatomie. Vors. Prof. Ch. Preisz, Secr. Dr. E. Krompecher. 5) Therapeutik, Pharmakologie, Physiologie und Balneologie. Vors. Prof. A. v. Bokay, Secr. Dr. Vamossy. 6) Interne Medicin Prof. A. v. Koranyi, Secr. Dr. Benedict. 7) Chirurgie. Vors. Prof. Dollinger, Secr. Dr. Hültl. 8) Geburtshilfe und Gynäkologie. Vors. Prof. G. Tauffer, Secr. Dr. Toth. 9) Ophthalmologie. Vors. Prof. E. Grosz, Secr. Dr. Scholtz. 10) Kinderkrankheiten. Vors. Prof. J. v. Bokay, Secr. Dr. P. Heim. 11) Neuropathologie. Vors. Prof. Jendrassik, Secr. Dr. Schaffer, 12) Psychiatrie. Vors. Prof. E. Moravcsik, Secr. Dr. Hudovernig. 13) Dermatologie und venerische Krankheiten. Vors. Prof. S. Rona, Secr. Dr. E. Basch. 14) Urologie. Vors. Prof. J. P. Haberern, Secr. Dr. G. v. Illyes. 15) Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Vors. Prof. E. v. Navratil, Secr. Dr. Z. Donogany. 16) Ohrenheilkunde (gleichzeitig VIII. internationaler Otologencongress). Ehrenpräsident Prof. J. Böke, Vors. Prof. K. von Lichtenberg, Secr. Dr. B. Szenes. 17) Stomatologie. Vors. Prof. J. v. Arkövy, Secr. Dr. I. Szabo. 18) Hygiene und Jummunitätslehre. Vors. Prof. L. v. Liebermann, Secr. Dr. P. Klasz. 19) Gerichtliche Medicin. Vors. Prof. A. K. v. Ajtai, Secr. Dr. K. Minich. 20) Militärische und Marinesanitätspflege. Vors. Prof. J. Kepes, Secr. A. v. Szepessy. 21) Schiffahrts-Medicin und Tropenkrankheiten. Vors. Prof. C. v. Chyzer, Secr. A. v. Fay (zugleich Copräsident).

Anmerkung. Ehrenpräsidenten werden auf der 1. Sitzung einer jeden Section gewählt.

— XVI. Internationaler medicinischer Congress. Die Leitung des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses zu Budapest (29. August bis 4. September d. J.) begann soeben mit der Versendung des zweiten Rundschreibens. Das ansehnliche Heft enthält neben dem wissenschaftlichen Arbeitsprogramme der 21 Sectionen, eine ausführliche Beschreibung der Congress-Ausflüge, wie auch alle notwendigen Aufklärungen betreffs Reise und Unterkunft in Budapest. Es sei auch an dieser Stelle ausdrücklich bemerkt, dass die Unterkunftsfrage derart gelöst wurde, dass jeder Teilnehmer am Congresse ohne Schwierigkeit eine seinen Verhältnissen und Wünschen entsprechende Unterkunft finden kann. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 Kronen; Gattinnen und Töchter der Mitglieder zahlen 12.50 Kronen. Geldsendungen wolle man an den Schatzmeister des Congresses: Prof. Julius v. Elischer, Budapest, VIII., Esterházy-utca 7, adressieren. Es liegt in der Natur der Sache, dass, obwohl das Rundschreiben in mehr als 20000 Exemplaren verschickt wird, die Gesamtheit der Herren Collegen mit demselben nicht bedacht werden konnte. Die Congressleitung bittet daher ergebenst alle Leser unseres Blattes, diese Mitteilung als Einladung zur Teilnahme am Congress zu betrachten. Allen Interessenten, die sich an die Congressleitung wenden, wird sofort das Rundschreiben zugestellt, wie auch allen sonstigen Anfragen und Wünschen dieselbe bereitwilligst entsprechen wird. Adresse: Bureau des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses, Budapest, VIII., Esterházy-utca 7.

— Die 81 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte findet vom 13. bis zum 18. September in Salzburg statt. Vorträge und Demonstrationen müssen bis Ende Mai den Geschäftsführern, Stadtphysicus Dr. Franz Würtenberger und Prof. Eberhard Fugger, angemeldet werden.

— Der 5. internationale Congress für medicinische Elektrologie und Radiologie findet vom 13. bis zum 18. September in Barcelona statt.

— Für den Internationalen medicinischen Unfall-Congress, der am 23–27. Mai in Rom abgehalten wird, sind folgende Vorträge in Aussicht genommen; 1) Aerztliche Organisation bei Unfällen und Massenverunglückungen (Dürns-Leipzig). 2) Organisation der gerichtsärztlichen Sachverständigentätigkeit bei Unfällen. 3) Nachweis und Prognose der Unfallneurosen. 4) Arbeitsfähigkeit vor und nach dem Umfall (Liniger-Düsseldorf). 5) Einfluss der Entschädigungsart auf den Verlauf sogenannter Unfallsneurosen (Thiem-Cottbus, Windscheid-Leipzig). 6) Unfallstatistik. 7) Functionelle Anpassung der verletzten Glieder (Liniger) 8) Herzkrankheiten und Unfall (Rumpf-Bonn). 9) Simulation (Becker-Berlin). 10) In welchen Anstalten wird die Behandlung von Unfallverletzten am besten durchgeführt? (Vossius-Heidelberg). Nähere Auskunft erteilt Prof. Thiem-Cottbus.

— Die VII. internationale Tuberculoseconferenz wird vom 8. bis 12. Juli 1909 in Stockholm abgehalten werden. Verhandlungsgegenstände sind: 1) Fürsorge für die gesunden Kinder in tuberculösen Familien, 2) Bericht der Heilstättencommission, 3) Anwendung specifischer Mittel in der Tuberculosediagnostik und Therapie, 4) Tuberculose in der Schule, 5) Berichte über die Fortschritte der Tuberculosebekämpfung in den einzelnen Ländern. Im Anschluss daran findet eine Gesellschaftsreise zu ermässigten Preisen nach Nord-Schweden und Besichtigung von Heilstätten, industriellen Werken u. s. w. statt. Anmeldungen sind bis zum 1. Mai an die Geschäftsstelle der internationalen Vereinigung-Charlottenburg, Kuesebeckstrasse Br. 29, zu richten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Auf dem letzten in Wiesbaden abgehaltenen Congress für innere Medicin wurde beschlossen, dass in Zukunft dieser Congress ausschliesslich in Wiesbaden abgehalten werden soll.

— Am 18. Mai vollenden sich 100 Jahre seit dem Tode Auenbruggers. An diesem Tag wird die an dem Sterbehause des Reformators der klinischen Medicin in Wien (Neuer Markt 9) angebrachte, von der Gesellschaft der Aerzte und dem Wiener medicinischen Doctorencollegium gestiftete marmorne Gedenktafel enthüllt werden.

— Der bekannte Physiologe Prof. Dr. Hermann Munk-Berlin feierte am 20. April sein goldenes Doctorjubiläum.

— Prof. Dr. Benedikt beging am 19. April sein 50-jähriges Doctor- und sein 40-jähriges Professorjubiläum. Der Jubilär, der im 75. Lebensjahre steht ist nach wie vor eifrig wissenschaftlich tätig.

— Im Congostaat sollen auf Antrag des Colonialministers 6 Lazarette für Personen, die an der Schlafkrankheit leiden, eingerichtet werden. Die Lazarette werden unter der Leitung belgischer Aerzte stehen.

— Verbreitung der Pest. In Djedda erkrankten vom 22. bis zum 28. März 18 Personen an der Pest, starben 15. In Beirut erkrankten vom 3. bis zum 9. April 2 Personen. In Aegypten erkrankten vom 20. bis zum 26. März 11 Personen, starben 8. Vereinzelte Pestfälle kamen vor in Honkong, auf der Insel Mauritius und in der Stadt Caldera (Chile). Auf dem englischen Dampfer «Rubens», der aus San Nicolas (La Plata) über Las Palmas kommend, am 11. April in die Schelde einlief, sind unterwegs einige pestverdächtige Erkrankungen unter der Mannschaft vorgekommen. Deswegen ist der Dampfer in der Quarantänestation bei Doel (Belgien) aufgehalten.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 7. bis zum 13. März 98 Personen an der Cholera. Auf den Philippinen wurden im Laufe des Februar 435 Erkrankungen und 284 Todesfälle an der Cholera registriert.

— Am 22. April erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 1 Person, starben 1, genas 2; in den Hospitälern verblieben in Behandlung 15. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10260 Personen erkrankt, 4014 gestorben und 6331 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 29. März bis 4. April 1909 529 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 27, Typh. exanth. 5, Febris recurr. 70, Pocken 13, Windpocken 8, Masern 136, Scharlach 75, Diphtherie 62, acut. Magen-Darmkatarrh 62, Cholera 28, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11823. Darunter Typhus abdominalis 401, Typhus exanth. 23, Febris recurrens 332, Scharlach 22, Masern 127, Diphtherie 128, Pocken 61, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 43, crupöse Pneumonie 136, Tuberculose 572, Influenza 227, Erysipel 89, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 85, Lepra 0, Syphilis 478, venerische Krankheiten 316, acute Erkrankungen 1961, chronische Krankheiten 1692, chirurgische Krankheiten 1399, Geisteskrankheiten 3182, gynäkologische Krankheiten 208, Krankheiten des Wochenbetts 43, verschiedene andere Krankheiten 90.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 957 + 37 Totgeborene + 89 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 8, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 5, Masern 33, Scharlach 22, Diphtherie 11, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 42, katarrhalische Pneumonie 109, Erysipelas 9, Influenza 10, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 17, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 115, Tuberculose anderer Organe 27, Dysenterie 0, Cholera 5, Magen-Darmkatarrh 52, andere Magen- und Darmerkrankungen 44, Alcoholismus 15, angeborene Schwäche 67, Marasmus senilis 33, andere Todesursachen 315.

— In der ärztlichen Organisation des Curhauses und des Sanatoriums Luisenheim in St. Blasien (Baden-Schwarzwald), die gegenwärtig mit einander vereinigt sind, ist folgende Aenderung vor sich gegangen. Dr. van Oordt verlässt St. Blasien und Dr. H. Determann, Privatdocent an der Universität Freiburg, übernimmt allein die ärztliche Oberleitung. Oberarzt am Curhaus wird der frühere Assistent, Dr. Meyer, Oberarzt am Sanatorium Luisenheim wird der frühere Assistent, Dr. Wiswe und Dr. Schieffer wird zweiter Oberarzt am Curhaus. Das Sanatorium Luisenheim bleibt das ganze Jahr geöffnet, das Curhus vom 15. Mai bis in den Spätherbst.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 7. April im Gouv. Wolynien der Landschaftsarzt Dr. S. J. Sajontschkowski am Flecktyphus. Geb. 1875, Arzt seit 1903. 2) In Moskau am 8. April Dr. J. P. Ljubimow, geb. 1834, Arzt seit 1859. 3) In Petersburg Dr. W. P. Kusnezow, geb. 1864, Arzt seit 1889. 4) Im Gouv. Grodno Dr. K. W. Kobrinez, geb. 1838, Arzt seit 1861. 5) In Petersb. am 12. April Dr. D. N. Triodin. 6) Im Gouv. Podolien Dr. H. A. Dowjakowski. 7) In München am 17 April der frühere Professor der medicinisch-propädeutischen Fächer und der Geschichte der Medicin an der Universität Erlangen, Dr. R. Fleischer, 62 Jahre alt. 8) Dr. L. Laqueur, früher ord. Prof. der Augenheilkunde an der Universität Strassburg, 70 Jahre alt. 9) Dr. R. Reyburn, Prof. der Hygiene an der Howard-University in Washington. 10) Dr. E. Galvagni, Prof. der medicinischen Klinik an der Universität zu Modena. 11) Dr. S. Snell, Prof. der Ophthalmologie an der Universität zu Sheffield; 12) Dr. Th. Hayer, Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie an dem King's College in London.

Berichtigung.

In dem Artikel von Dr. Ed. Schwarz in Nr. 16 ist auf Seite 225, erste Spalte, 2. Zeile von oben zu lesen: Dr. von Mende.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

A. Villaret. Die wichtigen deutschen, österreichisch-ungarischen und schweizerischen Brunnen- und Badeorte. F. Enke. Stuttgart. 1909.

J. K. Friedjung. Die sexuelle Aufklärung der Kinder. J. Šafář. Wien und Leipzig. 1909.

C. A. Новосельскій. Профессіональная смертность въ Англіи. («Вѣстникъ Общ. Гигіены, Суд. и Практ. Мед.»). СПБ. 1909.

Э. Мельцеръ. Значеніе типа больничныхъ построекъ и ихъ планировки въ борьбѣ съ заразными болѣзнями. И. Леонтьевъ. СПБ. 1909.

A. Fournier. Kann ich geheilt werden? Uebers. von A. Buraczynski. J. Šafář. Wien und Leipzig. 1909.

Schumburg. Die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen, ihre Verbreitung, Bekämpfung und Verhütung. («Aus Natur und Geisteswelt»). B. G. Teubner. Leipzig. 1900.

R. Goldschmidt. Die Fortpflanzung der Tiere. («Aus Natur und Geisteswelt»). B. G. Teubner. Leipzig. 1909.

E. F. Bashford. The Growth of cancer. («Transactions of the Medical Society of London»).

E. F. Bashford. The Application of experiment to the study of cancer. («Science Progress»).

E. F. Bashford. Are the problems of cancer insoluble? («The Lancet»).

E. F. Bashford. Heredity-cancer. («Proceedings of the Royal Society of Medicine»).

E. F. Bashford. The problems of cancer. («British Medical Journal»).

E. F. Bashford. Real and apparent differences in the incidence of cancer, («Transactions of the Epidemiological Society of London»).

E. Bashford, J. Murray u. W. Bowen. Die experimentelle Analyse des Carcinomwachstums. («Zeitschrift für Krebsforschung»).

E. Bashford u. J. Murray. On the occurence of heterotypical mitoses in cancer. («Proceedings of the Royal Society of Medicine»).

E. F. Bashford and J. Murray. Carcinoma mammae in the mouse. («The Lancet»).

E. F. Bashford, J. Murray und M. Haaland. Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung. («Berliner klinische Wochenschrift»).

E. F. Bashford, Murray and M. Haaland. The induction of specific resistance and of general enhanced susceptibility to inoculation of carcinoma and sarcoma in rats and mice. («Journal of Pathology and Bacteriology»).

E. F. Bashford, J. Murray and Haaland. Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung. («Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie»).

C. A. Новосельскій. Смертность врачей въ Россіи. («Вѣстникъ Общ. Гигіены, Суд. и Практ. Мед.»). СПБ. 1909.

D'Arcy Power. Some cases illustrating the surgery of the spleen. («St. Bartholomews Hospital Reports»).

P. Dengler. Der 37. schlesische Bädertag. Reinerz. 1909.

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 18 St. Petersburg, den 2. (15.) Mai 1909. **XXXIV.** JAHRGANG.

Zur Frage der sogenannten foetalen Rachitis.

Von

E. Fuhrmann und A. Ucke.

M. H. Wir möchten gleich vorausschicken, dass der von uns gewählte Titel „foetale Rachitis" selbst mit der Einschränkung „sogenannt" einen Anachronismus bedeutet. Seit Jahren schon ist der Begriff einer foetalen Rachitis in der Fachliteratur abgetan und hat anderen Bezeichnungen Platz gemacht, auf die wir noch zurückkommen wollen. Wir haben den Titel nur gewählt, weil bei uns noch hier und dort die alte Bezeichnung immer wieder auftaucht, und noch in nicht weit entlegener Vergangenheit in Petersburg ein dem unseren ähnlicher Fall als Rachitis demonstriert wurde *).

Trotz der alten und recht umfangreichen Literatur ist aber das Wesen der Krankheit wenig oder gar nicht geklärt, und es scheint, dass vielfach der äusserlichen, in die Augen fallenden Missbildung, dem normalen Körper mit den ausserordentlich kurzen und plumpen Extremitäten, verschiedene Abweichungen im mikroskopischen Bau zu Grunde liegen. Daher erscheint es wohl berechtigt und wünschenswert, dass jeder neue Fall zur allgemeinen Kenntnis gelangt, umsomehr als derartige angeborene Missbildungen vom embryologischen Standpunct nicht nur ausserordentlich interessant sind, sondern auch geeignet sind, in viele ontogenetische Fragen Licht zu bringen.

Neugeborene mit verkümmerten Extremitäten sind oft beobachtet worden, die erste Erwähnung fällt in das Jahr 1650, wo Glisson einen solchen Fall beschrieb und ihn unter die von ihm zuerst unter den Begriff Rachitis zusammengefassten Erscheinungen einreihte.

Damals lagen natürlich die Verhältnisse recht einfach, da das Studium des histologischen Bildes den Forschern noch verschlossen war; lagen verkrümmte, im Wachstum zurückgebliebene Knochen, besonders gar mit dicken Epiphysen vor, so lag es nahe, an Rachitis zu denken.

Noch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts war die Bezeichnung foetale Rachitis allgemein verbreitet, und obgleich schon hier und da mancher Zweifel an dem rachitischen Charakter entstehen mochte — so leugnete z. B. Gurlt im Jahre 1848 das Vorkommen einer foetalen Rachitis —, schlug Virchow im Jahre 1853 vor, bis auf weiteres den Namen beizubehalten, allerdings in aller Reserve, obgleich er den Unterschied zwischen wirklicher und foetaler Rachitis festlegte.

Hier möchte ich das Factum erwähnen, dass Virchow auf diesem Standpunct bis zu seinem Tode verharrte, noch im Jahre 1901 wollte er die Bezeichnung foetale Rachitis nicht ganz aufgeben, obgleich damals schon durch eine Reihe gründlicher Arbeiten nachgewiesen war, dass zwischen der in Rede stehenden Bildungshemmung und der Rachitis gar nichts gemeinsames bestehe. Er meinte, der Ausdruck foetale Rachitis sei dermassen bekannt, dass jeder Arzt wisse, was man sich darunter vorzustellen habe, allerdings hatte er aber selbst einst ausgesprochen, es sei auf alle Fälle in der Medicin immer geraten, Dinge, deren Zusammenhang nicht selbständig erwiesen sei, lieber auseinander zu halten als ihre Erkenntnis durch vorzeitige Verallgemeinerung vielleicht auf lange Zeit zu gefährden.

In einer späteren Arbeit sagt Virchow selbst, dass während bei der echten Rachitis der Knorpel wuchere und bloss die Verkalkung nicht oder nur langsam vor sich gehe, bei der foetalen Rachitis bei geringer Knorpelwucherung eine verfrühte Verknöcherung bestehe.

*) Ferner muss von vornherein hervorgehoben werden, dass im folgenden nur von foetaler Rachitis die Rede sein soll, d. h. nach der früheren Nomenklatur von einem im Uterinleben aufgetretenen und vollständig abgeklungenen Process. Die Frage von der höchst zweifelhaften congenitalen Rachitis, also echter Rachitis, die zur Zeit der Geburt besteht, soll in keiner Weise berührt werden als nicht hierhergehörend.

Es sind also in groben Zügen gesagt, die beiden Vorgänge diametral entgegengesetzt.

Seit 1855 ist dann eine Reihe von Arbeiten erschienen, die in mehr oder weniger ausführlicher Weise das Thema behandelnd, gegen den Begriff Rachitis zu felde zogen. In Deutschland ist hier an erster Stelle Kaufmann zu nennen, der in einer eingehenden Monographie die bis dahin beschriebenen Fälle unter dem Namen Chondrodystrophie zusammenfasste. Ueberhaupt wird das ganze Gewicht auf die Störung im Knorpel verlegt, und hier die Erklärung für die Wachstumshemmung gesucht. So spricht Parrot von einer Achondroplasie — und diese Bezeichnung scheint in Frankreich und England die bevorzugte zu sein. Andere Forscher verlegten die Störung zwar auch in den Knorpel, hielten sie aber für entzündlich und sprachen von einer Chondritis foetalis (Urtel) oder Pseudorachitis. Vrolik und nach ihm Hecker, Bordenave, Stelling sahen Störungen sowohl von Seiten der endochondralen als der periostalen Ossification und der erstere prägte den Namen Osteogenesis imperfecta. Winkler sprach von mikromelischer Rachitis — Kassowitz einfach von Mikromelie, Kirschberg von Mikromelia chondromalacica, Klebs von kretinoider Dysplasie u. s. w.

Ueberblicken wir die früheren Arbeiten, so scheint es allerdings, dass es sich um verschiedene Missbildungen gehandelt haben mag, die beschriebenen Bilder sind dazwischen sehr verschieden. So hat Stilling in seinem Fall einen fast ganz häutigen Schädel beobachtet mit spärlich eingelagerten Knochenplättchen, deren Knochengewebe aber von durchaus normalem Bau war. Solche Störungen der periostalen Ossification fehlen aber in anderen Fällen ganz. In einer Reihe von Fällen wird ein kretinoïdes Gesicht beschrieben mit stark ausgeprägter Sattelnase, in anderen Fällen, wie z. B. in dem von Winkler, ist das Gesicht durchaus wohlgebildet. Im Zusammenhang damit wird in vielen Fällen eine praemature Synostose des os tribasilare beschrieben, die in anderen Fällen fehlt.

Es liegt uns fern, Ihnen eine Herzählung sämtlich beschriebener Falle zu geben, im allgemeinen lassen sie sich alle in den drei von Kaufmann aufgestellten Gruppen mehr oder weniger gut unterbringen. Wie erwähnt, gibt Kaufmann der Missbildung die Bezeichnung Chondrodystrophie und unterscheidet 1) eine hypoplastische Form, in der der Knorpel keine Säulen von gewucherten Zellen bildet sondern an der Ossificationsgrenze Knorpelzellen von gewöhnlichem Aussehen zu finden sind, dieses Bild stimmt mit der Achondroplasie im engeren Sinn überein, sodann 2) eine malacische Form, in der der Knorpel überhaupt keine Zellhaufen bildet, vielfach erweicht und die Ossification ganz unregelmässig wird und endlich 3) eine hyperplastische, in der der Knorpel unregelmässig und stark wuchert, so dass es zu stark aufgetriebenen Epiphysen kommt.

Das Längenwachstum der Röhrenknochen und Rippen wird dabei natürlich erheblich aufgehalten. In manchen Fällen bildet sich zwischen Diaphyse und Epiphyse ein Spalt, in den eine Periostfalte eingestülpt wird, die dann weiter wuchert, sich zwischen Knorpel und Knochen ausbreitet, wonach ein weiteres Wachstum völlig unmöglich wird, bis auf gelegentlich übriggebliebene kleine Inseln, wo der Zusammenhang in der Epiphysarlinie erhalten blieb.

Ist die Hemmung sehr früh aufgetreten, so kommt es zu jener seltenen Missbildung, die unter dem Namen der Phocomelie bekannt ist.

Abgesehen von der Arbeit Urtels, wird die Mikromelie als Hemmungsbildung aufgefasst und nur über den Grund für dieselbe und die Zeit ihres Auftretens herrscht völliges Dunkel. In einem vorzüglichen Aufsatz über foetale Knochenerkrankungen bespricht Ballentyne den Unterschied zwischen Missbildung und Krankheit, denn gerade die Knochenanomalien erscheinen ihm sehr lehrreich für das Verständnis der einzelnen Phasen embryonaler Entwickelung. In der Entwickelung kommt es erst zu einer Gewebsbildung oder Anlage (structural elaboration) einer Keimanlage würden wir sagen und dann zu einem Wachstum des neuangelegten Gewebes. Befällt die Hemmung schon den Keim, so kommt es zur Missbildung, wird das wachsende Gewebe befallen-zur Krankheit. Nun bleibt gerade das Knochensystem sehr lange auf embryonaler Stufe stehen und wenn die Hemmung ihren Sitz in der Epiphysarline hat, so wird die endochondrale Ossification gestört oder vereitelt und wir erhalten eine Missbildung. Befällt die Rachitis embryonale Knochen, so muss sowohl das makroskopische als das mikroskopische Bild von dem bei kindlicher Rachitis verschieden sein. Es kann daher wohl von foetaler Rachitis in dem Sinne die Rede sein als die gleichen Ursachen hier im Knochen, verschiedene Bilder erzeugen. Die grösste Rolle beim Zustandekommen dieser Hemmungsbildungen spielt nach Ballentyne die Placenta. Von diesen Ueberlegungen ausgehend sieht er einen graduellen Zusammenhang zwischen folgenden V Formen: 1) Craniotabes; 2) Hypoplastische Chondrodystrophie mit weichen brüchigen, verbogenen Knochen; 3) Hyperplastische Chondrodystrophie mit grossen Händen und Füssen und kurzen brüchigen verbogenen Diaphysen; 4) Achondroplasie, kurze Extremitäten, weiche faltige Haut, kretinoides Gesicht; 5) Phocomelie. Dieser sehr interessanten und geistreichen Auffassung widerspricht Stoeltzner indem er darauf verweist, dass statt dieser 5 Gruppen zwei gebildet werden können, indem die Craniotabes und hypoplastische Chondrodystrophie Ballentynes Störungen der periostalen Knochenbildung bedeuten, die drei letzten Gruppen aber, hyperplastische Chondrodystrophie, Achondroplasie und Phocomelie durch Hemmung der endochondralen Ossification entstehen, beide Gruppen können für sich auftreten; oder in Combination, die zweite Gruppe aber hat jedenfalls nichts mit Rachitis zu tun.

Das Gemeinsame bei der überwiegenden Mehrzahl der bisher beschriebenen Fälle ist die auffallende Tatsache, dass die mikromelen Kinder entweder frühzeitig geboren werden oder zwar ausgetragen, aber tot zur Welt kommen oder kurze Zeit nach der Geburt sterben. In vielen Fällen hat bei der Mutter Hydramnios bestanden, in einem Falle war die Mutter selbst mikromel, auch der Allerweltsündenbock die Lues ist natürlich verantwortlich gemacht worden, ebenso Alcoholismus, Tuberculose. Im Winklerschen Falle sollte die mangelhafte Ernährung der Mutter in der Gravidität die Schuld tragen. Inwieweit überhaupt der Grund auf Seiten der Mutter zu suchen sei, wird sehr fraglich durch den von Klein 1763 publicierten Fall. Es handelte sich dort um Zwillinge von denen der eine normal war, der andere aber hochgradig mikromel.

Gestatten Sie uns nun, meine Herren, Ihnen über den von uns beobachteten Fall zu berichten. Am 22. X. 07 wurde im Alexandrastift, die Beamtenfrau B. von einem Knaben entbunden, der nach wenigen Atemzügen verschied. Auffallend waren die kurzen plumpen Extremitäten, der relativ grosse Kopf und Rumpf, der eingezogene Nasenrücken, der aufgetriebene Leib und die deutliche Hühnerbrust. Die Mutter hat 6 normale Geburten gehabt und 2 Aborte, ist gesund. Potus und Lues von seiten der Eltern in Abrede gestellt. Hervorzuheben ist, dass kurz nach der Geburt des Kindes ein etwa kindskopfgrosses altes Koagulum geboren wurde, und dass der Placenta alte Blutgerinnsel anhefteten. Es

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hatte eine frühzeitige Lösung der Placenta stattgefunden. Bei der genaueren Besichtigung des Kindes fielen die tiefen Querfalten in der Haut der Extremitäten auf, die lebhaft an die so häufig wiederkehrende Beschreibung errinnerten, „das Kind hätte das Aussehen als stecke es in einer fremden, zu weiten Haut".

Wir lassen das Sectionsprotocoll folgen: 23. X. 07. Kindliche Leiche mit sehr kurzen Extremitäten. Kopf von normaler Grösse, aufgetriebener Leib. Kind etwa 39 Cm. lang; die oberen Extremitäten etwa 10 Cm., die unteren 9 Cm. lang; sie sind verhältnismässig dick, die Haut in tiefe Falten gelegt. Auf der Haut reichlich Lanugo. Die Länge der Finger $1^1/_2$—2 Cm., die Hände erinnern an Maulwurfstatzen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man in derselben einige Tropfen klaren gelben Serums. Die Leber ragt weit nach unten hinab. Der Thorax läuft bis zur 7-ten Rippe ziemlich eng hinab, darauf tritt eine starke trichterförmige Erweiterung ein. Das Zwerchfell ist in die Höhe der unteren Spitze des Processus xyphoïdeus herabgedrängt, infolge dessen total flach. Das Herz liegt mit breiter Basis der Fläche des Zwerchfells auf, über demselben eine grosse Thymusdrüse mit stark ausgebildetem pyramidalem Lappen. Die Lungen klein, total luftleer, atelectatisch. Die Rippen sind an den Knorpelgrenzen nicht verdickt, dagegen sind die Knorpel vielfach nach aussen abgeknickt. Am Herzen nichts besonderes. Nieren zeigen deutlich foetale Lappung. Die Blase weit mit klarem Urin gefüllt. Unter der Glissonschen Kapsel findet sich ein erbsengrosses Blutextravasat. An den langen Röhrenknochen fällt auf, dass die Epiphysen normal gebildet, von grossem Umfang sind, während die Diaphysen sehr verkürzt erscheinen. Das Schädeldach ist dünn, am Gehirn nichts besonderes, die Hypophysis erscheint vergrössert und von ziemlich derber Consistenz.

Nachträglich haben wir dann den Schädel in sagittaler Richtung in der Mittellinie zersägt und dabei eine komplette Synostose des os tribasilare feststellen können.

Die herauspräparierten Röhrenknochen erwiesen sich stark verkürzt und erheblich verbogen. Am deutlichsten ist die Verbiegung an dem nur $4^1/_2$ Cm. langen Femur. Hier ist besonders im unteren Teil die Diaphyse ziemlich stark nach hinten gebogen. Besonders interessant ist auch eine Drehung des Femur um seine Längsachse, obgleich keinerlei Anzeichen einer bestandenen Fractur wahrnehmbar sind. Diese Drehung äussert sich am deutlichsten wenn man den Knochen so vor sich hält, dass die Fossa poplitea dem Beschauer gerade zugekehrt ist, dann müsste die Mitte des Schenkelkopfes mit der Insertionsstelle des Lig. teres seitlich gerichtet sein, statt dessen ist sie im gegebenen Falle auch zum Beschauer also genau nach hinten gerichtet. Die ganze Markhöhle ist mit spongiosem Knochen ausgefüllt, der Knochen ist recht gracil. Auch der Humerus ist stark verbogen und besitzt keine Markhöhle. Die Knochen des Unterschenkels sind knapp 4 Cm. lang, gracil und gerade gestreckt, dasselbe gilt von der nur $2^1/_2$ Cm. langen Ulna.

Um das Gesamtbild nicht zu zerstören, haben wir Abstand genommen, sämtliche Knochen herauszupräparieren, umsomehr als für das Studium des histologischen Bildes die herausgenommenen Knochen, die wir ihnen hier vorlegen, vollständig genügten.

Das mikroskopische Bild zeigt nun folgendes: 1) Im Schnitt durch die Epiphysarlinie des Oberschenkels sehen sie das für Kaufmanns Chondrodystrophia hypoplastica charakteristische Bild. Sie sehen anfangs näher zum Gelenk hin den normalen hyalinen Knorpel, dessen Zellen nach dem Knochen zu, zu wuchern beginnen. Bald liegen die Knorpelzellen zu zweien, zu dreien, weiterhin in kleinen Haufen zusammen, es besteht auch der Ansatz zur Bildung kleiner Säulen, aber die normaliter weiter zu erwartende Schicht der hypertrophischen Knorpelzellensäulen fehlt vollständig, die Zone der vorläufigen Verkalkung ist nicht vorhanden. Der an den Knorpel herantretende Knochen unterscheidet sich von dem normalen indem die gebildeten Knochenbälkchen auffallend dick sind, die Markräume auffallend klein, die dem Knorpel zunächstliegenden sind von den weiter im Knochen liegenden nicht wesentlich verschieden. An den Knochenbälkchen sieht man angelagerte Osteoblasten. 2) Im Schnitte durch die Ossificationslinie der Rippe, die übrigens makroskopisch deutlich und scharf auftritt, sehen wir aber ein ganz ungewöhnliches Bild. Von seiten des Knochens haben wir ein Bild, das dem oben geschilderten durchaus ähnlich ist, nicht so von seiten des Knorpels. Hier haben wir stark gewucherten Knorpel, der messerscharf gegen den Knochen abgesetzt ist. Auch die Säulen gewucherter Knorpelzellen sind deutlich und schön ausgeprägt, nur fehlt in ihnen jede Spur von Verkalkung. Es bietet daher ein auffallendes und schwer zu deutendes Bild, wie die offenen Markräume in relativ breiter Fläche an den Knorpel stossen.

Dieses Bild ist sehr eigentümlich und widerspricht bis zu einem gewissen Grade sowohl dem Bilde an der Epiphysenlinie, als den meisten bisher beschriebenen mikroskopischen Bildern. Es erweckt ganz den Eindruck als wuchere der Knorpel ungestört und normal und als läge die Hemmung im Knochen.

Uns will es überhaupt scheinen als werde der Knochen zu sehr in den Hintergrund gestellt bei der Bewertung der Entstehung der Knochenanomalien. In der Epiphysenlinie stossen zwei Elemente aufeinander, von denen jedes durchaus activ vorgeht, der Knorpel wuchert und bildet das Feld, in das der wuchernde Knochen erobernd eindringt. Eine Wachstumhemmung muss daher sowohl vom Knorpel als vom Knochen ausgehen können.

Auch von früheren Autoren wird als Grund für die Missbildung eine fehlerhafte Keimanlage angenommen, und als Stütze dafür angeführt, dass Mikromelie häufig vereint auftritt mit Polydaktylie, Hydrocephalus internus congenitus, Situs viscerum inversus u. s. w. Es lässt sich also wohl annehmen, dass der Knochen von vornherein eine verminderte Wachstumsenergie besitzt, oder aber, dass er in seinem Wachstum auf einer frühen embryonalen Stufe aufgehalten wird. Denken wir uns einmal solches für unseren Fall in den Rippen als geschehen. Eine unbekannte Ursache hätte das Wachstum der Rippen in einem frühen Monat des embryonalen Lebens aufgehalten, oder die ihnen innewohnende Wachstumsenergie seit dem angenommenen Termin versiegt, die bereits gebildeten Rippen würden sowohl ihre Länge als auch — und dieses ist sehr wesentlich — ihre Krümmung fürderhin behalten. Nun wuchert der Knorpel und wächst normal; in dem Winklerschen Fall, bei dem die Rippen ein dem unsrigen im übrigen ähnliches Bild aufwiesen, waren die Rippenknorpel auffallend lang, — desgleichen entwickeln sich die Thoraxeingeweide und die notwendige Folge ist, dass sich der Brustkorb, dort wo er nachgiebig ist, vorwölbt, es entsteht die Hühnerbrust, wie in so vielen Fällen und auch in unserem Fall. Sehr lehrreich ist die normale Entwickelung der Thoraxorgane bei zurückbleibender Entwickelung des Brustkorbes; sie zeigen uns, dass jedes Organ, sich auf Grund der ihm innewohnenden Energie entwickelt. Ein Gesichtspunct, der viel zu wenig Beachtung findet bei der Erklärung der verschiedenen Bildungsanomalien und Verbildungen. Und dennoch ist diese Energie von grösster Bedeutung und sehr compliciert, allerdings bisher noch dunkel, denn mit dieser Energie verbunden ist auch die Wachstumsrichtung, jene Kräfte, die z. B. noch im Uterinleben die Beckenform beim Knaben und Mädchen verschieden gestalten, die die grosse Reihe der sexuellen- und Raceunterschiede bewirken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir kehren noch einmal zum Schluss zu unserem Präparat zurück. Wir haben es also zweifellos mit einer Missbildung zu tun, die mit der echten Rachitis nicht das mindeste gemein hat. Nach ihrem Verhalten gehört sie in die 1 Gruppe der Kaufmannschen Chondrodystrophie und erinnert durch die Abnormitäten an der Schädelbasis und in der Gesichtsbildung an den kretinoïden Typus. Von Seiten der inneren Organe lässt sich nur eine grosse Thymus feststellen, was auch in verschiedenen früheren Fällen beobachtet wurde. Mit der makroskopisch grossen derben Hypophysis lässt sich mikroskopisch füglich nicht viel anfangen, da das Bild der Hypophysis überhaupt noch wenig studiert ist.

Kehren wir nun noch einmal zur Nomenklatur zurück, so scheint uns Kassowitzs Mikromelie die zweckmässigste Benennung, weil sie nichts präsumierend, keinerlei falsche Vorstellungen hervorzurufen geeignet ist. Soll ein complicierter Name gewählt werden, der neben der reinäusserlichen Erscheinungsform auch die inneren Vorgänge begreift, so würden wir vorschlagen statt von einer Chondrodystrophie, die zu sehr das eine Symptom betont, von einer Mikromelia chondro-osteo-dystrophica zu sprechen.

Medicinische Genealogie.

Von

Stabsarzt F. Eichfuss.

Vortrag, gehalten am 7. Dec. 1908 auf dem V. Estländischen Aerztetage in Reval.

Schon beim Altmeister der derzeitigen wissenschaftlichen Genealogie, dem Historiker Ottokar Lorenz († 1903) scheint eine leise Klage durchzuklingen, wenn er vom genealogischen Bewusstsein im Menschen sagt, dass nicht jeder gleichviel Interesse seinem geliebten Fach entgegenbringe, wie es die Sache verdiene. Er constatiert sogar, dass dieses genealogische Bewusstsein nicht nur unter den zahllosen Menschenarten, sondern auch unter den Rassen verschieden stark entwickelt sei, ohne dass die anthropologische Forschung diese Tatsache bisher genügend erklärt habe.

Aber das Bewusstsein, dass ein menschliches Individuum mit seinen Eltern im Zusammenhang steht, ist doch durchweg vorhanden. Beim Tier fehlt auch dieses.

Dieses Bewusstsein der Zusammengehörigkeit führt nun bei einigen Menschen zum Bestreben, auch die Vorfahren und Verwandten zu kennen und die gewonnenen Kenntnisse niederzuschreiben. Das ist ein Act des Pietätsgefühls seinen Vorfahren gegenüber, sowie um ihr Andenken den Nachkommen zu bewahren. Die Lectüre einer derartigen Beschreibung schliesst wiederum die Gesamtheit der Familienglieder fester aneinander, fördert also das Bewusstsein ihrer Zusammengehörigkeit.

Daraus entwickelte sich die Genealogie oder Geschlechterkunde, d. h. die Kenntnis von der Herkunft, dem Ursprung einer Familie, von ihrer Fortpflanzung und ihrer Verbreitung. Die individuellen Erscheinungen an den einzelnen Gliedern der Familie unterliegen nun einer Reihe von Uebereinstimmungen und Veränderungen betreffs physischer, psychischer und gesellschaftlicher Eigenschaften. Aufgabe der Genealogie ist es, diese Aehnlichkeiten und Variationen zu beobachten und den Causalnexus zwischen denselben und zwischen der Abstammung und Zeugung des einzelnen Individuums zu untersuchen. Es ist klar, dass ein Sinken unter das allgemeine Niveau und Steigen über dasselbe Schwankungen bedeuten, die bis ins Pathologische hinübergreifen können resp. bahnbrechend für die Menschheitsentwicklung wirken.

Kurze Erwähnung verdient an dieser Stelle nur noch, dass einerseits familiengeschichtliche Forschung unabwendbar zu sehr interessanter local- oder heimatgeschichtlicher Beschäftigung führt, wie es z. B. mit den „Nachrichten über das Geschlecht der Ungern-Sternberg“ der Fall ist, sowie dass andererseits hergestellte Stamm- und Ahnentafeln erbrechtliche Fragen leicht lösen, oder Berechtigung zur Benutzung von Familienstiftungen darlegen.

Daher und aus anderen nicht hierher gehörigen Gründen haben sich wohl in allen Culturländern Vereine und Gesellschaften gebildet zwecks wissenschaftlicher Betreibung der Genealogie. In Russland existiert seit 1897 die „Russische Genealogische Gesellschaft“, in Wien der „Adler“, in Berlin der „Herold“ u. s. w. Auch bei uns gibt es seit 1898 eine Genealogische Gesellschaft der Ostseeprovinzen, hervorgegangen im Nov. 1907 aus der kurländischen Section für Genealogie, Heraldik und Sphragistik, welche in ihrer gegenwärtigen Gestaltung leider viel zu wenig gewürdigt wird; ich komme auf dieselbe zurück.

Die moderne wissenschaftliche Genealogie sieht ab von der rein ständischen. Die genealogischen Verhältnisse sind gewiss wichtig für den Aufbau und Bestand der menschlichen Gesellschaft, die wissenschaftliche Genealogie betrachtet aber dieselben von ihrer biologisch-physiologischen Seite, nicht allein von der äusserlichen, ständischen. Denn die Gesellschaftszustände werden mehr nach ihrer natürlichen Beschaffenheit und den genealogisch entwickelten Eigenschaften der Geschlechter beurteilt als nach der Hochachtung vor den ständisch gegliederten Classen. Die persönlichen Qualitäten der Individuen und Geschlechter müssen also genealogisch erkannt und nachgewiesen werden (Lorenz).

Nach dem Gesagten liefert die Familienforschung Materialien für den Historiker und Juristen. Aber auch der Statistiker hat es mit genealogischen Problemen zu tun, wenn er das Schwanken der Bevölkerungsziffer, den Auf- und Niedergang von Nationalitäten, die Ausgleichung von Rassenunterschieden untersucht.

Somit haben wir das Gebiet der genealogischen Wissenschaft umgrenzt. Es bleibt noch eins. Das heutige Thema will zeigen, dass auch die Naturforscher, Biologen und Mediciner bei entsprechender Behandlung der Genealogie in ihr ein reiches Arbeitsfeld und ein dankbares Forschungsgebiet für die Klärung der Vererbungsfrage finden können.

„Vererbung nennen wir die Tatsache, dass Organismen Nachkommen hervorbringen, die ihren Eltern in hohem Grade ähneln“ (Teichmann).

Die Genealogie hat die Forderung der Aufstellung von Ahnentafeln herausgearbeitet mit ihrer beide Geschlechter gleichmässig berücksichtigenden Gliederung, wie beifolgendes Schema zeigt:

□ Grossv. O Grossm. □ Grossv. O Grossm.

□ Vater O Mutter

□ Sohn.

Die Zurückführung der Ahnentafel (Ascendenz) von obigen 4 auf 8, 16, 32, 64 etc. Ahnen ergibt eine grössere Generationsreihe. Die Benutzung derselben hat zur Folge, dass bei Untersuchung eines Individuums eine ungeahnte Menge von Variationen in Betracht zu ziehen sind; die Mannigfaltigkeit der Zeugungsergebnisse, die eingreifenden Veränderungen der durch die Ahnenverzweigung bestimmten Abstammung mussten für die Botanik, Zoologie und Medicin weitere Gesichtspuncte eröffnen.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Das durch Geburt und Tod in seiner Wirksamkeit begrenzte Individuum tritt mit gleichen Teilen von Körper- und Geistestätigkeiten hinaus ins Leben. Es geht daraus hervor, dass diejenigen Wissenschaften, welche den Menschen in seinen leiblichen und geistigen Eigenschaften untersuchen, die Physiologie und die Psychologie, sich ebenso mit dem Einzelwesen beschäftigen, wie es die Genealogie tut, indem sie jedes Individuum der Generationsreihe beobachtet. Gerade diese generationsweise Betrachtung fördert aber die Kenntnisse der Biologie, denn allein die Genealogie verfügt über ein ausreichenderes Tatsachenmaterial betreffs Vererbung von Eigenschaften als die Biologie, welche doch nur das Beobachtungsmaterial an eben gerade lebenden Wesen sammelt. Physiologie und Psychologie können sehr wohl selbständig ohne genealogisch-historische Tatsachen bestehen. Sobald aber durch Vergleich gefundene Veränderungen, Variationen auftreten, besonders krankhafte, muss das genealogische Moment in Betracht gezogen werden.

Was hat nun die Genealogie allein oder im Dienste der Biologie resp. Anthropologie in dieser Richtung bisher zu Tage gefördert?

Vererbung von körperlichen, physiologischen Eigenschaften ist häufig nachweisbar. In Betracht kommen Schädel- und Gesichtsbildung, Farbe der Augen und Symmetrie der Färbung derselben, Unterkiefer, Unterlippe, Augenhöhlen, Brauen, Ohren- und Nasenbildung, Minenspiel, Gestalt. So hatten die Bourbons und Orleans eine Schädelform, welche in der Karrikatur etwa an eine Birnform erinnerte, die Orleans dazu eine Adlernase, welche auch in den weiblichen Linien fortgeerbt wurde. Die herabhängende Unterlippe der Habsburger ist vielfach, wohl fälschlich als Degenerationserscheinung beschrieben. Die Bonapartes hatten einen besonderen Typus in Schädel-, Gesichts- und Gestaltbildung. In vielen Familien sieht man die Wiederholung väterlicher Eigenschaften vorherrschen, selten und nur in grösseren Generationsreihen auch mütterliche. Das Alter der Mutter soll aber auf die Körpergrösse der Kinder derart einwirken, dass nach erreichtem vollem Wachstum der Mutter (also nach dem 25. Jahr), die ihr geborenen Kinder grösser, die vor dem 25. Lebensjahr geborenen kleiner seien. In Ländern mit kleiner Heiratstendenz (Schweden, Norwegen, Finnland) und Eheschliessungen nach dem 25. Jahre findet man im Ganzen grosse Kinder. Popper fand, dass je länger der Oberkörper im Verhältnis zu seinen Beinen ist, desto grösser die Begabung des betr. Individuums ist z. B. (Göthe, Bismarck, Lassalle). Jedes Lebewesen hat eine natürliche Veranlagung zu einer bestimmten Altersgrenze, welche erblich ist; diese Anlage befähigt zu grösserer oder geringerer Widerstandsfähigkeit gegen die Einflüsse des Lebens und der Krankheiten. In bestimmten Familien sind ausgesprochene Tendenzen zu Lang- und Kurzlebigkeit zu finden. Letztere tritt durch hereditäre Belastung ein, welche in einem gewissen Alter beginnt. Für Vertrauensärzte in Versicherungsgesellschaften hat die Frage nach den Familienverhältnissen betr. Lebensdauer, häufig zu Tage getretene Krankheit oder Anlage zu einer solchen, oder Todesursache actuelles Interesse.

Die Genealogie bietet weiter zur Lösung des psychologischen und moralischen Vererbungsproblems gewiss viel Material. Dabei werden die das Individuum charakterisierenden Eigenschaften daraufhin untersucht, inwieweit sie auch in vorhergehenden Generationen zu finden sind. Ein Rückschlag auf dieselben, Atavismus resp. Vicinismus kommt häufig vor: individuelle Beanlagung, normale Fähigkeiten und Talente treten bei bestimmten Individuen in ganz gleicher Weise auf, wie bei bestimmten Personen in ihrer aufsteigenden Linie oder Ascendenz, oder in einer Seitenlinie der Blutsverwandtschaft oder Sippe. Begabung für Musik, Mathematik, Malerei ist bei mehreren Familiengliedern als vererbt anerkannt; doch ist für speciell geistige Fähigkeiten nicht immer ein directer Nachweis geliefert. Es mögen die Untersuchungsergebnisse zweier holländischer Aerzte beigebracht sein: „Die Fähigkeit logischen Denkens und die Gabe, die Gedanken zu formulieren und auszusprechen, waren in weitaus den meisten Fällen vom Vater vererbt. Die Hälfte der Söhne von Gelehrten erbten von väterlicher Seite den Drang und die Fähigkeit zu wissenschaftlicher Arbeit, von den Töchtern zeigten nur 14% hierin Verwandschaft mit dem Vater. Mütter, die rege Neigung und Fähigkeit zu wissenschaftliche Beschäftigung zeigten, hatten diese ihren Söhnen immer mitgegeben, in keinem einzigen Falle den Töchtern. Fast alle Züge, die von Gutmütigkeit und Gefühlsreichtum zeugten, waren auf die Väter zurückzuführen und nur selten auf die Mütter. Neigung zu Verbrechen und Schwächen gehen meist auf den Vater zurück; dagegen dominiert bei Sportinteressen und der Leidenschaft für die Jagd seltsamerweise die Mutter, ebenso in der Körperpflege und dem Sinn für reinliche Kleidung. Pünktlichkeit und Ehrgefühl gingen stets auf den Vater zurück, ebenso schriftstellerische Fähigkeiten, während künstlerische Talente meist von mütterlicher Seite vererbt sind". Leider sind nur 2 Generationen in Betracht gezogen, von Benutzung einer Ahnentafel ist nichts zu merken; daher die Resultate anzuzweifeln sind. Schopenhauer hat die Meinung ausgesprochen, dass sich der Charakter vom Vater und der Intellect von der Mutter herleiten lasse. Goethe sagt von sich bekanntlich:

„Vom Vater hab ich die Statur, — Des Lebens ernstes Führen; Vom Mütterlein die Frohnatur, — Die Lust zu fabulieren." Im Ganzen lässt sich sagen, dass das Tatsachenmaterial für derartige normale physiologische und psychologische Untersuchungen noch lange nicht gross genug ist, um Regeln und Gesetze aufstellen zu können. Das Problem der Vererbungsfrage verlangt noch viel sorgfältigere Einzelbeobachtungen an Familien, um einwandfreies Material zur Lösung der Frage zusammenzutragen.

Lange bevor eine auf exactem Boden stehende, unanfechtbare Charakteristik der Einzelfamilie gewonnen wäre, hat sich schon eine neue Wissenschaft, die Sociologie, herausgearbeitet, welche sich zum Ziele steckt, das gesellschaftliche organische Zusammensein vieler Familien in Stämmen und Staaten nach ihrem Ursprung und Wesen zu erforschen, welche also Völkerpsychologie des sozialen Lebens treibt, wobei die Eigenart jeder Nation und Rasse auf Grundlage des Elementarteilchens, der Familie, erkannt sein muss. Die gesamte Culturentwickelung der Menschheit findet in der Sociologie ihre Darstellung. Wenn hier zwar noch die Speculation über die Empirie herrscht, wohl infolge der schwankenden Grundlage, so kann doch die Soziologie ihrerseits die Erkenntnis der culturgeschichtlichen Entwickelung einer Familie fördern.

Wie erklären wir uns nun die in den einzelnen Tatsachen der Vererbung zu Tage tretenden Erscheinungen? Gibt es einen exact nachweisbaren materiellen Boden für dieselben?

Wir können die Entwickelung des Individuums bis zur ersten Anlage desselben verfolgen, bis zu dem Moment, wo die vorhergehende Generation unmittelbar in die nächstfolgende übergeht. Hier muss dasjenige Element gesucht werden, welches beständig vorhanden sein und die Weitergabe der Merkmale von einer Generation auf die andere vollziehen muss. Auch der Umstand, dass bei allgemeiner Aehnlichkeit soviel individuelle Verschiedenheit, Variabilität, zu bemerken ist, oder warum das Kind individuelle Besonderheiten beider Eltern aufweist, ohne dass es einem der Eltern gänzlich gleicht, muss hierbei seine Erklärung finden. Es muss

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

daher auf die Zeugung, Befruchtung und erste Entwickleung des Individuums zurückgegriffen werden. In möglichster kürze sind die Haupttatsashen folgende.

Der Botaniker Schleiden und der Physiologe Schwann erkannten im Anfang der 40-er Jahre die Zelle als Element jedes Organismus; Kölliker fand 1841, dass Ei und Samenfaden ebenfalls Zellen sind. Die Entwickelung eines neuen Individuums erfolgt daher aus 2 besonderen Zellen. Bis 1875 sah man die Bedingung der Befruchtung im Eindringen des Samenkörperchens in den Eiinhalt und in seiner Auflösung im Eidotter. Die zoologische Forschung O. Hertwigs begann, den genaueren Vorgang der Befruchtung aufzudecken, welcher viele zahlreicher anderer Forscher folgten. Ein Spermatozoon dringt ins Ei durch den Empfängnishügel ein, die sofort gebildete Membrana vitellina schützt vor weiterem Eindringen anderer. Zugleich haben sich Kopf- und Mittelstück des Sp. vom Endfaden, der zu Grunde geht, getrennt und sich in den Samenkern und das Centrosom umgewandelt. Letzteres wandert voraus und ist von einer Protoplasmastrahlung umgeben. Das Centrosom teilt sich, Eikern und Samenkern nähern sich und legen sich aneinander, die Centrosome liegen beiderseits. Beide Kerne verschmelzen zum einfachen Keimkern. Diesen Vorgang hat Weismann, der Freiburger Zoologe, Amphimixis genannt. Die beiden Zellkerne enthalten das vielbesprochene Chromatin.

Hier möge eine kürzlich veröffentlichte Beobachtung ihren Platz finden. Im Jan. 1908 berichtete J. W. Buch in der kaukasischen medicinischen Gesellschaft über zweierlei Arten von Spermatozoen; die eine lässt sich nach der durch Reiter und D. Romanowskij veränderten Giemsschen Methode blau, die andere rosa färben; nach der Gramschen Färbemethode sind einige Spermatozoenköpfe violett, andere rotgefärbt. Es liegt nahe, an männliches und weibliches Geschlecht zu denken. Prof. Selenew hat im Mai 1908 die Versuche nachgeprüft und die Erscheinung bestätigt *).

„Es nehmen also Ei- und Spermatozoen ganz gleichen Anteil an der Bildung des neuen Individuums, jede der Zellen enthält Eigenschaften des väterlichen und mütterlichen Erzeugers. Beide vereinigen sich — Amphimixis —, um ein Mischprodukt zu erzeugen, das von beiden Eltern Eigenschaften geerbt hat". Damit erklärt sich die Erscheinung, dass die Kinder ihren beiden Erzeugern gleichen.

Es folgt die bekannte Kern- und Zellteilung, — die Karyokinese der Keimzelle. Das Chromatin ist zuerst in einem Stadium der Substanzergänzung nur im Kern zusammengeballt. Dann wird ein Faden kenntlich, der in eine ganz bestimmte Zahl von Stücken zerfällt, welche Chromosome heissen. Zugleich hat sich das Centrosom, wie schon erwähnt, — die Beschreibung des complicierten Vorganges dauert länger als der Fortgang der Geschehnisse — geteilt, und zwischen den auseinandergerückten Teilstücken ist ein Spindelfadenapparat entstanden, der offenbar die Chromosome sicher in die neuen Kerne zu leiten hat. Die Spindel streckt sich, die Chromosome ordnen sich in deren Mitte zum Mutterstern, teilen sich der Länge nach, und jede Hälfte rückt zum ihm zugekehrten Centrosom. Nun teilt sich die Zelle.

Beim Vorgang der Karyokinese ist 1. das Gesetz der Constanz der Chromosomenzahl einer Tier- oder Pflanzenspecies überaus bemerkenswert, und 2. wird jedem Tochterkern genau die gleiche Menge Chromatin vom Ei wie vom Samenkern zugeteilt.

Der Botaniker K. W. Nägeli in München kannte die Chromosome nicht, er setzte speculativ eine beständig vorhandene Substanz voraus, welche Vererbung bewirkte und nannte sie Idioplasma. Dieses sollte nicht nur die Arteigenschaften, sondern auch die individuellen in sich bergen und von einer Generation auf die andere übertragen. Das Idioplasma entspricht den Chromosomen und wie nach der Befruchtung, so spielt sich die Zellteilung beständig beim Aufbau des Organismus ab in nimmer rastendem Wechsel, um den Zusammenhang der Generationen zu erhalten. Man hätte sich nur vorzustellen, dass jeder Teil der Chromosome seine bestimmte Qualität, eine oder mehrere Eigenschaften des entstehenden Organismus hat. Ganz bestimmte Gruppen von übertragbaren Merkmalen sind an ganz bestimmte Chromosome gebunden zu denken. Das hat bisher der Würzburger Biologe Boveri für gewisse Tiere sehr wahrscheinlich gemacht.

Die Mischung aller körperlichen und geistigen Qualitäten in allen möglichen Combinationen während des Ruhezustandes des Chromatins ist ebenfalls naheliegend; daher wohl die Aehnlichkeit und Unähnlichkeit von Geschwistern.

Die Bastardierungs- oder Kreuzungsversuche an Pflanzen durch den Oestreicher Gregor Mendel 1865 und 1869, also ebenfalls lange bevor man die Chromosome aufgefunden, bringen neue wichtige Momente in Erinnerung, welche ihre Analogie auch in der Familienkunde haben: die Vererbung grosselterlicher Eigenschaften mit Ueberspringung elterlicher. Mendel; führt dafür den Begriff der dominierenden Eigenschaften gegenüber den recessiven ein, wodurch eine bestimmte Anlage einige Generationen hindurch in den Hintergrund gestellt wird, latent bleibt. Wie das materiell geschieht, dafür fehlt eine Erklärung.

So war es mit der Vererbungsfrage 1905, als Prof. Ernst Ziegler über ihren derzeitigen Stand auf dem Congress für innere Medicin in Würzburg referierte.

Vererbarkeit von erworbenen körperlichen Eigenschaften ist auszuschliessen. Weismann schnitt Mäusen viele Generationen hindurch die Schwänze ab, ohne schwanzlose Mäuse erzielen zu können. Ebenfalls gibt es nicht von Geburt schwanzlose Fox-Terriers. Experimentell erzeugte Meerschweinchenepilepsie war nicht vererbbar, sowie erworbene Immunität gegen Krankheiten und Gifte. Die Schnürleber der Damen und die seit Jahrtausenden geübte Beschneidung der Juden hat keinen erheblichen Defect erzeugt. Aber das durch 3 Jahrhunderte geübte Dschiu-Dschitsu der Japaner hat Abhärtung, Gesundheit und Gewandtheit in der Kaste der Gamurai erblich gemacht; die Ursache dürfte in der strengen Auslese und Zuchtwahl durch die Ehe zu finden sein. Die ganze Chromosomentheorie der Vererbung setzt unbedingt 2 Zellen, eine väterliche und eine mütterliche voraus, welche in sich alle Eigenschaften der Ascendenz beider Eltern bergen. Sie hat für die Genealogie, welche sich zur Aufgabe stellt, die Generationsreihen in ihrem Vererbungsproblem zu begreifen, die unabwendbare Forderung im Gefolge, dass nicht etwa die Stammtafel, deren Form aus jedem Geschichtswerk bekannt ist (Stammbaum ist in Hinsicht der Begriffe Ascendenz und Descendenz eine verwirrende Bezeichnung), d. h. die Descendenz, sondern die Ahnentafel, die Ascendenz, zu Grunde gelegt wird. Denn nicht die männliche allein, sondern gleichwertig muss die weibliche Linie in Betracht gezogen werden. Die Stammtafel enthält nur die Voreltern, deren Namen eine Person trägt, die Ahnentafel aber die sämtlichen väterlichen und mütterlichen Voreltern, letztere haben sich alle am Entstehen eines Einzelwesens und seiner Eigenart beteiligt und sind bedeutsam für den Familienkreis. Ueberhaupt ist man überall jetzt bestrebt, das schwierige Problem der Vererbung auf medicinisch-genealogischem Wege zu klären unter Zugrundelegung einzig und allein der

---

*) Труды и протоколы кавказскаго Мед. Общества. 1909. Январь.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ahnentafel. Die Bedeutung einer vollständig ausgearbeiteten Stammtafel liegt in der Beobachtung der collateral auftretenden Erscheinungen.

Kehren wir zurück zum Thema. Als das bedeutendste Werk medicinisch-genealogischer Literatur muss Prof. Robert Sommers in Giessen „Familienforschung und Vererbungslehre", erschienen 1907, angesehen werden. Es bietet reichste Anregung in allen Richtungen.

Sommer tritt an die Genealogie von einer ganz neuen Seite heran. Die Entwickelungsgeschichte bringt wohl genügend Tatsachen, um die Vererbung verständlich zu machen, besonders an der Hand der von Weismann entwickelten Schlussfolgerungen, aber ein weiteres Eindringen in die Erkenntnis der Vererbungsvorgänge auf demselben Wege ist fürs Erste ausgeschlossen. Nur ein Uebermikroskop könnte ein tieferes Verständnis liefern, oder eine ausserordentlich verfeinerte Chemie (Hertwig).

Beiläufig bemerkt, hat sich dem Chemismus des Befruchtungsvorganges der amerikanische Forscher Jacques Loeb mit besonderem Eifer gewidmet. Die chemische Wirkung des Spermatozoon aufs Ei besteht in einem raschen Aufbau von phosphor- und eiweisshaltigen Nucleinstoffen. Bei der Entwickelung ist Sauerstoffanwesenheit, also Oxydation, durchaus nötig. Im Dotter ist Lecithin, eine fettartige phosphorsäurehaltige Substanz vorhanden.

Kaum dürfte von hier aus Klarheit zu erlangen sein. Daher ist der Angriffsplan zum Eindringen ins unzugänglich scheinende Gebiet gänzlich zu ändern.

Sommer will nun am fertigen Individuum, ich möchte sagen im Geiste unseres Jahrhunderts, das man schon das Jahrhundert der Psychologie genannt hat, nicht im Sinne einer krankhaften, „hemmenden" Selbstbeobachtung, sondern exact vorgehen; er will mit Hilfe der beobachtenden und experimentellen Psychologie die körperlichen Eigenschaften und die geistigen Vorgänge analysieren und die Vererbungserscheinungen in der einzelnen Familie, als Blutsverwandschaft oder Sippe aufgefasst, methodisch untersuchen. Er verfügt über eine umfangreiche Sammlung von bestimmten Fällen und Einzeluntersuchungen über Vererbungstatsachen aus dem Gebiet der normalen menschlichen Anlage psychologischer und morphologischer Art, sowie auch als Psychiater über psychopathologische und criminelle Erscheinungen. Zugleich spricht er den Wunsch aus, dass die Familienforschung nicht Privatsache einzelner Familien bliebe, sondern in naturwissenschaftlicher Weise fortgeführt werden möge, da sie auch für das Studium der culturgeschichtlichen Entwickelung, der Sociologie, eine grundlegende Bedeutung habe. Die endogene Variation als individuelle Abart bei aller Constanz der Art Mensch erkläre diejenigen Aenderungen, die in der Vererbung und Veranlagung beobachtet werden. Beim Menschen variieren die Individuen vom pathologischen bis zum artsteigernden, d. h. von einer Schädigung des Individuum bis zur Erhebung desselben über das Milieu. (Milieu nennt man die Bedingungen, unter denen die Lebensführung in Bezug auf Kleidung, Nahrung, Wohnung, Arbeit, Erziehung und umgebende Gesellschaft abläuft). Der aststeigernde Typus bewirke den Fortschritt der Menschheit. Häufig bemerke man die Tatsache, dass eine Familie lange Zeit eine untergeordnete Rolle spiele, dann wieder unter günstigen Bedingungen sich kräftig entfalte und über das Milieu weit hervorrage. Die Ursache dieser Erscheinung sei darin zu suchen, dass dieselben vererbten Eigenschaften durch verschiedene Zeitumstände nicht in allen Generationen gleich stark zur Wirksamkeit kommen.

Bei Beurteilung der Vererbungserscheinungen am fertigen Individuum kann daher das Milieu und der Zeitgeist*) nicht ausser Acht gelassen werden. „Die Eigenschaften des Individuum, die dasselbe als ein solches erkennen lassen," bilden die angeborene Anlage desselben, die nicht nur moralische und Gemütseigenschaften, sondern auch die intellectuellen Tätigkeiten, wie Gedächtnis, Auffassungsvermögen, Aufmerksamkeit, Association und Urteilskraft umfasst". Alle diese Eigenschaften will Sommer auf dem Wege der psychiatrischen Diagnostik, der Untersuchung der Reizstärken, der medicinischen oder experimentellen Psychologie untersucht wissen, um das Tatsachenmaterial für Vererbungserscheinungen in längeren Generationsreihen zu bereichern. Geradezu klassisch aber muss die Bearbeitung einer Familiengeschichte genannt werden, welche dem Werke angefügt ist und als genealogische Charakteristik der betr. Familie bezeichnet werden kann: eine Feststellung der Eigenschaften des Geistes und des Gemütes, eine psychologische Beurteilung der Familie.

Ob es aber Arbeiten, wie der Sommers, verbehalten ist, den Weg zu betreten, um die Palme zu erringen durch die Zurückführung der bildenden Kräfte des tierischen Körpers auf die allgemeinen Kräfte oder Lebensrichtungen des Weltganzen", wie C. E. von Baer 1828 zum Schluss des Vorwortes zu seiner Entwickelungsgeschichte sagt, — wer weiss es?

Eine ähnliche Arbeit hat 1897 Dr. Ernst Devrient, ein Schüler des Prof. der Geschichte Ottokar Lorenz, über die älteren Ernestiner von 1486—1639 geliefert, welche ebenfalls die Eigenschaften des Körpers, Gemütes und Geistes eingehend untersucht.

Mehr derartiger Leistungen scheint es nicht zu geben. Bei uns findet sich in der Anamnese die ständige Frage nach den Hereditätsverhältnissen. Gewöhnlich interessiert uns dabei die Vererbung pathologischer Verhältnisse: Geisteskrankheiten, Epilepsie, Gicht, Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, Krebs, Schwindsucht.

Welche Berechtigung haben wir nun, eine derartige Frage zu stellen? Die Antwort ist: die Erfahrung allein hat uns gelehrt, dass obige Krankheiten tatsächlich vererbt erscheinen; nur die Casuistik hat die Tatsachen festgestellt.

Es eröffnet sich damit der medicinisch-genealogische Beobachtungsweise ein ausserordentlich weites Gebiet, wenn neben das Physiologische und Psychologische noch das Moment des Pathologischen hinzutritt.

Formative Störungen in der Keimzelle führen zu Missbildungen. Viele derselben, sowie einfache Anomalien werden vererbt, d. h. sie treten in einer Reihe von Generationen auf. Dahin gehören überzählige Finger und Zehen, Brustwarzen, Hasenscharten, Hypospadie, Anus imperforatus etc, sowie geringfügige Anomalien der äusseren Haut, Pigmentierungen, abnorm starke Behaarung des Körpers. Irismangel ist in 4 Generationen beobachtet. Taubstummheit scheint Generationen zu überspringen und in Seitenlinien aufzutreten. Bei Heiraten in der Blutsverwandschaft hat man angeborene Taubstummheit, z. T. Geistes- und Stoffwechselanomalien, Retinitis pigmentosa, Hautkrankheiten, wie Xeroderma pigmentosum, Ichtyosis congenita, beobachtet. Die verderblichen Folgen der Verwandtenehen sind in der Gummierung zweier schwacher erblicher Momente zu suchen, nicht in der Blutsverwandtschaft an sich.

Andererseits wird die Constitution und damit die Disposition zu gewissen Erkrankungen vererbt, z. B. zu solchen, die sich gern mit Herzfehlern combinieren, Gelenkrheumatismus und Arteriosclerose. In einigen Familien sind Herzfehler durch Generationen häufig. Bronchialasthma, Asthma nervosum tritt häufig bei verschiedenen Brüdern und Schwestern auf, ohne dass die vor-

*) Vergl. hierzu: H. Graf Keyserling. 1909. Individuum und Zeitgeist.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hergehende Generation der Krankheit unterworfen war. Gicht, Arthritis urica, wird in 50—75 pCt. vererbt. In einer Familie war sie in 400 Jahren beständig vom Vater auf den Sohn übergegangen.

Haemophilie ist ein prägnantes Beispiel für Erblichkeit. Sie wird vorwiegend durch das weibliche Geschlecht fortgepflanzt, befällt aber in erster Linie das männliche. Heiratet nun ein Bluter eine aus gesunder Familie stammende Frau, so bleiben seine Kinder meist gesund; ist die Frau das Glied einer Bluterfamilie, so hat sie Söhne, die an Haemophilie leiden.

Tabes dorsalis ist mehrerseits für hereditär erklärt worden, wie auch andere chronische degenerierende Nervenkrankheiten, besonders Muskelatrophien.

Trunksucht wirkt sowohl auf das Individuum als auch auf die Descendenz pathologisch, hier in Form von Idiotie, Totgeburten, Epilepsie der Kinder. Ebenso kann wiederum psychische Erkrankung der Eltern in den Kindern krankhaften Hang zum Trinken hervorrufen.

Tuberculose, Scrophulose, Carcinom, Lues stehen beständig auf der Tagesfrage, wenn von Erblichkeit die Rede ist. Die Acten darüber sind noch lange nicht geschlossen, und der Kampf der Meinungen wogt ungeschwächt bis auf den heutigen Tag. Dennoch gewinnt die Ansicht immer festeren Boden, dass von der echten Vererbung streng zu trennen ist 1) der Uebergang von Bacterien aus dem elterlichen Individuum in die Keimzelle und 2) die Schädigung der Keimzelle durch Gifte oder anormale Stoffwechselproducte, mit denen der elterliche Organismus belastet war. Dafür wird, auch bei den Infectionskrankheiten, nur die Disposition übertragen, eine Constitution mit verringerter Widerstandskraft gegen die verderblichen Wirkungen der Bacillen, besonders der Tuberculose; Disposition ist also eine besondere körperliche Veranlagung, aber welches Gewebe und warum es die geschwächte Eingangspforte darstellt, ist unaufgeklärt. Was vor der Verschmelzung der Kerne im Keimplasma vorhanden war, bildet die Erbmasse; was nach dieser und bis zur Geburt hinzukommt, dabei nur durch äusseren Anlass, alles das ist angeboren, nicht vererbt.

Am meisten haben von jeher die Psychiater der Heredität ihr Augenmerk zugewandt. Und in der Tat sind die Geisteskrankheiten das am meisten geeignete Gebiet, um die Erblichkeit zu beobachten. Leider ist das Beobachtungsmaterial meist auf Statistiken begründet, welche nicht als einwandfrei gelten können; geht doch W. v. Jauregg, der Wiener Psychiater, soweit, dass er der Erblichkeit auf Grund statistischen Materials eine kaum nennenswerte Aetiologie zuschreibt. Hier ist vor allem die endogene Ursache, die innere Anlage allein in Betracht zu ziehen, äussere Ursachen wie Morphium, Cocain, Blei oder Toxine durch Nephritis und Diabetes mellitus, die Geisteskrankheit veranlassen können, sind natürlich auszuschliessen. In Betracht kommen nach Sommer endogener, angeborener Schwachsinn, der endogene später auftretende Schwachsinn, Dementia praecox und Hebephrenie (Jugendirresein), der durch angeborene Willensschwäche unheilbare Alcoholismus, progressive Paralyse aus innerer Anlage, jugendliches Verbrechertum, Selbstmord bei erblicher Anlage in der Familie. Alle endogenen Psychosen sind Degenerationserscheinungen. In der belasteten Familie oder in seiner Generationsreihe ist eine graduelle Verschiedenheit im Auftreten der Psychose zu erkennen. Auch latente hereditäre Belastung ist in directer Ahnenreihe nachweisbar, ebenso wie in Seitenlinien der Blutsverwandtschaft die collaterale Belastung zu finden ist (also in dem Gebiet, in welchem die Stammtafel ihre volle Existenzberechtigung bewahrt). Weiter fordert die Criminalität den Psychiater auf zur Beobachtung des Familiencharakters, wobei die ersten Anfänge zu beachten sind: leichte psychische Beeinflussbarkeit, motorische Erreglichkeit, Züge von Nachgiebigkeit oder pedantischer Genauigkeit, Misstrauen u. s. w.

Die Schwere der einzelnen Fälle kann auf fortschreitende oder abnehmende Functionsunfähigkeit, auf Degeneration oder auf Regeneration hinweisen. Dem scheinbar ganz aussichtslosen, trüben Bilde der Degeneration in der Familie wird schon vielerseits das tröstliche der Regeneration entgegengesetzt, einer Regeneration, die hauptsächlich auf der strengen Auslese bei der Eheschliessung beruht.

Recapitulieren wir zum Schluss. Die Chromosomentheorie, an welcher alle naturwissenschaftlichen Zweige einmütig gearbeitet haben, erklärt die Entwickelung von Anlagen, die in der Keimzelle von beiden Erzeugern vorgebildet sind, das Endproduct der Entwickelung muss ein der Ahnenreihe entsprechendes Wesen sein. Wie verschiedenartige Mischung der Chromosomen und das Latentbleiben von gewissen Eigenschaften hat eine endogene Variation der Anlagen in bestimmtem Rahmen zur Folge. Gesetzmässigkeiten in der Vererbung normaler und pathologischer Verhältnisse scheinen andererseits am fertigen Menschen vorhanden zu sein, aber es fehlt an Tatsachenmaterial, um sie unwiderleglich zu fixieren. Dieses können in erster Linie Mediciner sammeln, da sie die nötigen Vorkenntnisse besitzen resp. sich am leichtesten ergänzend beizulegen vermögen. Damit nun genealogisch einwandfreies Material als Skelett zur Weiterarbeit zur Hand sei, empfiehlt es sich, mit Genealogen von Fach zusammen zu arbeiten. Und diesen Weg hat man in diesem Jahr in Deutschland eingeschlagen. Nachdem in Giessen im August 1908 ein Cursus über Familienforschung und Vererbungslehre abgehalten worden, beschloss die „Centralstelle für deutsche Personen- und Familienforschung in Leipzig" (Neumarkt 29; gegründet 1904) eine Abteilung für biologische und medicinische Tatsachen zu gründen, um einen Sammelpunct beweiskräftigen Materials zu bilden. — Es liegt auf der Hand, dass auf diese Weise sehr wohl der Zweck erreicht werden kann. Ein Beitritt zur genannten Section wird daher den Interessenten kaum unbefriedigt lassen.

Mein Vorschlag wäre ein analoger. Unsere genealogische Gesellschaft der Ostseeprovinzen in Mitau hat statutengemäss das Recht, Sectionen zu eröffnen, wo sich nicht weniger als 15 Mitglieder zusammenfinden. Da sich die wissenschaftlichen Bestrebungen der Medicin und der Genealogie in puncto Familienforschung begegnen, so läge es nahe, wenigstens in Estland eine Section zu eröffnen, welche sich seine Aufgaben zum Ziele steckt, Familienforschung und Sammlung, sowie Beurteilung von Vererbungserscheinungen. Dabei wäre der Zusammenschluss mit der Centralstelle in Leipzig aufrecht zu erhalten*). Letztere hat eine eben noch ausstehende, in Heft 4 zu erwartende Arbeit über dasselbe Thema und eine Directive zur Inangriffnahme der Sammlung in Aussicht gestellt. Jedenfalls aber würde es sich sehr empfehlen Material aus der Praxis zu sammeln.

Betont sei nur noch, dass mir bei weitem nicht die ganze, umfangreiche Literatur zu Gebote stand, hoffe aber, dass auch das Gesagte hinreichen dürfte, um einer „medicinischen Genealogie" näher zu treten, vorzüglich in Beherzigung der Worte Sommers:

---

*) Anmerkung. Der Einwand, dass es verfrüht sei, sich eine derartige Aufgabe zu stellen, ist schon deswegen hinfällig, weil die Kenntnis der Ascendenz, ich möchte sagen fast stündlich unwiderbringlich durch das Aussterben älterer Generationen verringert wird, was die Descendenz gewiss nur bedauern kann. Nach hundert Jahren wäre die Forschung ebenso reich oder arm an Kenntnissen der Ascendenz, wie jetzt. Denn mit einer Generation geht auch fast alle nötige Kenntnis derselben zu Grabe, wenn sie nicht ‹für alle Zeiten› gelebt hat. Die Arbeit sollte daher gleich beginnen.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

„Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen vererbter Anlage und Familienschicksal, sowie zwischen Anlage und Milieu im Hinblick auf die Entwickelung der Menschheit ist das letzte Ziel einer medicinisch-philosophischen Familienforschung“.

Literatur.

O. Lorenz, Lehrb. d. gesamten wissenschaftl. Genealogie 1898. Jahrbücher für Genealogie, Heraldik und Sphragistik. 1894—1906. Mitteilungen der Centralstelle f. deutsche Personen u. Familiengesch. Heft 1—3. Ausgewählte Aufsätze a. d. Gebiet des Staatsrechts u. d. Genealogie von Stephan Kekule von Stradowitz. 1905 u. 1907 R. Sommer, Familienforschung u. Vererbungslehre. 1907. C. E. v. Baer, Selbstbiographie. 1866. Umschau 1905—1908. Teichmann, d. Vererbung als erhaltende Macht im Flusse organischen Geschehens. O. Hertwig, Ergebnisse u. Probleme. 1905.

Aus dem Evangelischen Hospital zu Moskau.

Ein Fall von Coitusverletzung.

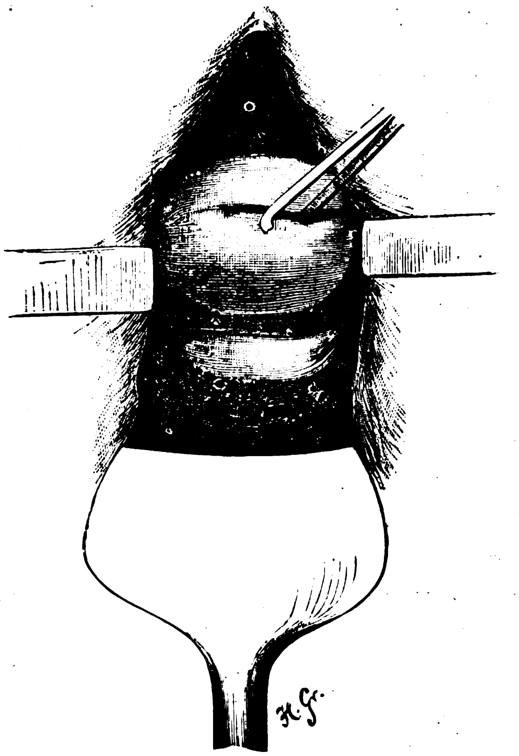
Von

H. Greife, Primärarzt der gynäkologischen Abteilung und Privatdocent an der Universität zu Moskau.

Coitusverletzungen gehören ja nicht zu den grossen Seltenheiten, wie die bekannte Sammelarbeit von Neugebauer und die nachträgliche, hauptsächlich russische Literatur beweisen. Hinsichtlich der Entstehung bietet jedoch der nachfolgende Fall einige Abweichungen von dem Gewöhnlichen, die dessen Veröffentlichung rechtfertigen.

Die betreffende Patientin, eine 37-jährige Webersfrau, deutscher Nationalität, trat ein in das Evangelische Hospital am 21. XI. 1908 wegen starker Genitalblutung. Verheiratet seit 10 Jahren. Eine normale Geburt vor 9 Jahren. Stets gesund gewesen. Letzte normale Regel vor einer Woche. Am 19. November abends Coitus. Der Mann ist gross, kräftig gebaut, trotz seiner 66 Jahre leicht erregbar, korpulent. Letzterer Umstand bewog in der letzten Zeit das Ehepaar den Coitus etwas zu modificieren und zwar derart, dass die schmächtige leicht bewegliche Frau sich rittlings auf den auf dem Rücken liegenden Gatten schwang. So geschah es auch an dem bewussten Abend. Im Anfang ging alles gut, gegen Ende verspürte jedoch die Frau einen leichten Schmerz, der zur Unterbrechung des Coitus führte. Hernach bemerkte sie geringe Blutspuren, fühlte sich aber am nächsten Morgen vollkommen wohl. An diesem Tage war grosse Wäsche. Beim Heben eines schweren Korbes verspürte Pat. plötzlich einen heftigen Schmerz im Unterleibe; zugleich stellte sich starke Blutung aus der Scheide ein. Die Frau legte sich ins Bett; die Blutung stand jedoch nicht, und es sollen ganz enorme Blutmassen, hauptsächlich in Stücken, abgegangen sein. Am folgenden Morgen wurde ein Arzt hinzugezogen, der Rückwärtslagerung der Gebärmutter feststellte, die Ursache der Blutung in einem Abort vermutete und Pat. ins Hospital schickte.

Pat. macht bei der Aufnahme einen sehr anämischen Eindruck. Erhebliche Scheidenblutung. Bei der Untersuchung wurde nach Entfernung eines faustgrossen Blutklumpens aus der Scheide folgender Befund erhoben. Uterus in Retroversion, lässt sich aufrichten. Cervicalkanal für einen Finger bis zum inneren Muttermund durchgängig. Uterus nicht vergrössert, keine Erweichung der Portio. Adnexe normal. Im hinteren Scheidengewölbe eine scharfe Leiste, wie eine alte Scheidennarbe. Bei der Inspection im Speculum bemerkt man anfangs nichts von der Norm Abweichendes. Aus dem Muttermunde entleert sich kein Blut. Beim Anhaken der Portio und Hochziehen derselben eröffnet sich ein spaltförmiger klaffender Riss im hinteren Scheidengewölbe. Der Riss, von etwa 4 Ctm. Länge, verläuft quer hinter der Portio, in der Mittellinie näher an dieselbe herangehend (s. Zeichnung!). Die Ränder sind scharf, wie mit dem Messer geschnitten, etwas nach aussen umgekrempelt. In der Tiefe wölbt sich das Gewebe rundlich vor, als wenn eine dünne Membran durch Flüssigkeit etwas gespannt würde — das Peritoneum des hinteren Douglas. Es blutet kaum — weder aus der Tiefe, noch aus der Scheidenwand, sodass irgend welche Umstechungen sich nicht als notwendig erweisen. Da die Wunde stellenweise eine gelbliche Verfärbung aufweist und zugleich eine leichte Temperatursteigerung bis 37,4 besteht bei 120 Pulsschlägen, da also die Möglichkeit einer Infection nicht von der Hand zu weisen ist, so wird von der Naht des Risses abgesehen, und die Wunde nach sorgfältiger Reinigung und Desinfection mit H_2O_2 und Jodtinctur fest mit Jodoformgaze tamponiert.



Der Verlauf war ein glatter. Die Blutung stand. Der Tampon wurde am nächsten Morgen gewechselt, nach 2 Tagen entfernt. Keine Temperatursteigerung. Unter Scheidenspülungen heilte der Riss schnell zu, sodass Pat. nach 9 Tagen mit einer feinen linearen Narbe im hinteren Scheidengewölbe als geheilt entlassen werden konnte.

Bei der Entstehung des ziemlich beträchtlichen Risses sind nach meiner Ansicht ursächlich und zeitlich zwei Momente auseinander zu halten. Beim Coitus in der etwas unnatürlichen Stellung entstand höchst wahrscheinlich nur ein kleiner Einriss im hinteren Scheidengewölbe, der zu einer geringen Blutabsonderung und unerheblichem Schmerzgefühl führte. Der Coitus, dessen Fortsetzung vielleicht eine grössere Verletzung zur Folge gehabt hätte, wurde sofort unterbrochen. Hernach war weder Blutung, noch Schmerz vorhanden. Unter gewöhn-

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

lichen Verhältnissen wäre die Wunde wohl glatt verheilt, und das ganze Ereignis unbemerkt verlaufen. Am nächsten Morgen hob Pat. eine schwere Last. Der retrovertierte Uterus wurde hierbei mit Gewalt nach unten gegen das hintere Scheidengewölbe gepresst und die einmal gesetzte Verletzung musste infolgedessen weiter reissen. Aus der kleinen entstand eine grössere Verletzung. Der plötzlich mit grosser Heftigkeit einsetzende Schmerz leitete eine ganz colossale Blutung ein, welche zur Zeit des Eintritts ins Hospital schon eine hochgradige Anämie zur Folge hatte.

Referate.

Dr. R. Polland: Syphilisbehandlung mit Mergal. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung. 1909. Nr. 2).

Der Verfasser ist bis jetzt im allgemeinen Anhänger der externen Quecksilbertherapie, begrüsst es aber mit Genugtuung, im Mergal endlich ein Mittel zu besitzen, welches bei der vielfach wünschenswerten internen Syphilistherapie zufriedenstellende Erfolge gewährleistet. Er führte 27 genau beobachtete Mergalkuren durch (und zwar bei möglichst verschiedenartigen Formen luetischer Manifestationen) und kommt zu dem Schluss, dass das Mergal alle bisher gebrauchten Quecksilberpräparate an Sicherheit und Promptheit der Wirkung bedeutend übertrifft. «Es reicht darin fast an eine Inunctionscur heran, wird sich in vielen Fällen als practischer Ersatz für eine solche erweisen, führt nur selten zu Intoxicationserscheinungen mässigen Grades und ist besonders bei schlechter Verträglichkeit gegenüber Hg-Formen ein vorzüglicher und ausreichender Ersatz».

Dr. Edmund Rosenhauch: Gumma der Netzhaut, mit Mergal geheilt. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1909. Nr. 20.

Nach der umfassenden Statistik von Alexander kommen auf 138000 Augenkranke 2998 = 2,14% luetische vor. Verfasser beschreibt kurz die syphilitischen Veränderungen des Auges in allgemeinen Zügen und gibt einige interessante Fälle etwas eingehender wieder, besonders einen von ihm behandelten Fall von Gumma retinae des rechten Auges infolge einer 3 Jahre zurückliegenden syphilitischen Infection. Die Veränderung verschwand nach Mergalbehandlung. Es blieb eine deutliche Narbe. Das necrotische Gewebe wurde aufgesaugt und durch frisch gebildetes Bindegewebe substituiert. Die Sehschärfe, mit der der Patient in der Klinik erschien, blieb infolge der Mergalbehandlung erhalten; der Krankheitsprozess beruhigte sich.

R.

Georg Modrakowski: Ueber die physiologische Wirkung des Cholins. (Aus dem Institut für experim. Pharmakologie der Universität Lemberg. Director: Professor Dr. L. Popielski). Bonn. 1908. Separat-Abdruck aus dem Archiv für die ges. Physiologie. Band 124. Verlag von Martin Hager.

Die leichte Abspaltbarkeit aus dem Lecithin und andererseits die nahe Verwandtschaft zum Muskarin haben seit langer Zeit die Aufmerksamkeit der Physiologen auf das Cholin gelenkt. Es wurde in den verschiedensten Organen nachgewiesen, und speciell wurde es mit erneutem Interesse betrachtet, als man es bei gewissen Erkrankungen des Nervensystems in der Cerebrospinalflüssigkeit fand. Man glaubte jetzt endlich etwas sicher Feststehendes für die Theorie der Autointoxicationen gefunden zu haben. Der ersten experimentellen Arbeit, von Gaehtgens (Dorpater medic. Zeitschrift 1870), folgten eine Reihe anderer, die zum Teil zu recht widersprechendem Resultaten führten. Gaehtgens hatte nach anfänglichem Steigen des Blutdrucks ein Fallen desselben beobachtet, schliesslich Tot durch Lähmung der Atmung, Böhm erhielt profuse Salivation, vorübergehende, geringfügige Blutdrucksteigerung. Cervello schloss aus seinen Versuchen, dass der Tod durch Respirationsstillstand erfolge und die Symptome von Seiten des Gefässsystems secundärer Natur seien (verlangsamte, unregelmässige Herzaction). Aster und Wood fanden anfangs Blutdrucksenkung, dann Steigerung, eine erregende Wirkung auf die Drüsen-Salivation, Tränenfluss, Urinsecretion, Durchfall etc. Bei Tierversuchen mit dem käuflichen Merckschen Cholin, das den Untersuchungen der meisten Autoren zu Grunde lag, machte Verf. nun alle die oben erwähnten, sich widersprechenden Erfahrungen, und verschiedene Umstände legten es nahe, dass man es oben nicht mit chemisch reinem Cholin zu tun hätte. Nach einer im Original nachzulesenden Methode von Gulewitsch stellte Verf. sich reines Cholin dar und constatierte, dass das chemisch reine Cholin nur eine vorübergehende Blutdrucksteigerung bewirke, die Drüsensecretion wird in keiner Weise beeinflusst. Die Verlangsamung der Herzaction blieb aus. Ein Controllversuch an demselben Tier mit Merkschem Cholin zeigte wieder — Blutdrucksenkung, Pulsverlangsamung, Tränenspeichel — Urinsecretion. Wenn das reine Cholin ohne die entsprechenden Cautelen aufbewahrt wurde, so traten die zuletzt erwähnten Tatsachen in Erscheinung, in einem Versuch eine deutliche Neurinwirkung. Ausser mit dem synthetisch hergestellten Cholin hat Verf. auch einen Versuch mit natürlichem Cholin angestellt, der auch nur eine leichte blutdrucksteigernde Wirkung erkennen liess. Tatsache ist, dass man namentlich bei Erkrankungen des Nervensystems die mit Zerfall lecithinhaltigen Gewebes einhergehen, Cholin im Blut und in der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen hat. Dieses Auftreten von Cholin dürfte aber wohl kaum die Ursache der Erkrankungen abgeben. Natürlich ist es bei einem so leicht zersetzlichen Körper nicht von der Hand zu weisen, dass durch die Zersetzungsproducte Krankheitserscheinungen ausgelöst werden können. Wenn sich in solchen Fällen wirklich muscarinartige Körper finden, so könnte man sich nach den Experimenten des Verfassers von der Anwendung von Atropin Erfolg versprechen.

Koch.

W. Mazurkiewicz: Die festen Bestandteile des Pankreassaftes und die Theorie der Absonderung desselben. Rocznik lekarski. Bd. I. Heft 5. 1908.

Ausgehend von den entgegengesetzten Ansichten über die Zweckmässigkeit in der Function der Pankreas, zu denen Pawlow einerseits und Popielski andererseits bei ihren Forschungen gekommen sind, hat M. eine Reihe neuer Untersuchungen an Hunden angestellt, um die Ergebnisse der genannten Autoren zu prüfen. Um möglichst alle Fehlerquellen zu beseitigen, durch die er die widersprechenden Ergebnisse der früheren Forscher zu erklären geneigt ist, bemühte er sich möglichst reinen Pankreassaft zu erhalten und liess zu diesem Zweck das Secret der Bauchspeicheldrüse nicht einfach durch die nach Heidenhain-Pawlow angelegte Pankreasfistel abfliessen, sondern durch eine in die Fistel eingeführte feine Glascanüle (eine Methode, die zuerst von Popielski im Jahre 1902 angewandt worden ist). Das so gewonnene Secret wurde dann filtriert und endlich mit Hilfe der Centrifuge von etwa noch beigemengten Leucocyten, Epithelien und dergl. befreit. — Auf Grund seiner Untersuchungen kommt M. zu dem Schlusse, dass es eine Zweckmässigkeit in der Arbeit der Bauchspeicheldrüse nicht gebe. Die Absonderung des Pankreassaftes geschehe auf reflectorischem Wege. Der Pankreassaft sei ein Filtrat des Blutserums, wobei die Pankreasdrüse die Rolle des Filters spiele. Die Veränderungen, die das Serum dabei erleide, seien auf rein physikalisch-chemische Vorgänge zurückzuführen.

J. Piltz: Untersuchungen über die Topographie der Rindencentren der Pupillenbewegungen. Rocznik lekarski. Bd. I. H. 5. 1908.

Nach sehr eingehender Besprechung und kritischer Beleuchtung der einschlägigen Literatur beschreibt P. eine Reihe eigener experimenteller Untersuchungen, die er an Kaninchen, Katzen, Hunden und Affen (im Ganzen 33 Untersuchungen) vorgenommen hat. Es ist Verf. nicht gelungen, in der Hirnrinde specielle Centren der Pupillenbewegungen festzustellen. Nur in einigen Versuchen ergab die Reizung (mit faradischem Strom) gewisser Puncte der Hirnrinde eine isolierte Erweiterung (vorwiegend im Bereiche des Stirn- und Schläfenlappens) oder Verengerung (Hinterhauptlappen) der Pupille; in den meisten Fällen traten die Pupillenbewegungen verbunden mit Bewegungen der Augenlider, des Augapfels und sogar des Kopfes auf. P. lässt die Vermutung gelten, dass die Hirnrinde möglicherweise specielle Centren der Pupillenbewegungen überhaupt nicht enthalte. Jedenfalls unterliege die Frage noch weiterer wissenschaftlicher Forschung.

W. Dörbeck.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. S. Jessner: Diagnose und Therapie des Ekzems. II. Auflage. Heft 14 u. 16 der „Der Dermatologischen Vorträge für Practiker". Würzburg. Curt Kabitzsch. (A. Stubers Verlag). 1909. Pr. Mk. 2.50.

Das den Bedürfnissen des practischen Arztes in der besten Weise entgegenkommende kleine Werk liegt uns bereits in 2. Auflage vor. In dem ersten Heft wird die Diagnose, in dem zweiten die Therapie des Ekzems abgehandelt. Jessner beschränkt sich nicht auf die Schilderung der verschiedenen Ekzemformen im Allgemeinen, sondern gebt genau und gründlich auf «die durch den Sitz des Ekzems gegebenen Verschiedenheiten ein, die eine grosse Bedeutung für Diagnose und Therapie besitzen. Bei der Beschreibung der Therapie werden innere und äussere Therapie umständlich abgehandelt, wobei der allgemeinen äusseren Therapie ein Capitel über Applicationsweise der Heilmittel und eine «antiekzematöse Pharmacopoe» angegliedert ist. Es folgt dann die specielle Therapie, der ein breiter Raum eingeräumt ist. Das Werk trägt einen durchaus subjectiven Character, was ihm als grosser Vorzug anzurechnen ist: Jessner beschreibt vorwiegend die Methoden und Mittel, die sich ihm am besten bewährt haben und zwar in so genauer Weise, dass ein jeder Arzt sich in der Praxis einigermassen wird zurecht finden können und ohne grosse Schwierigkeit und ohne langes Herumexperimentieren eine entsprechende Therapie wird zur Anwendung bringen können. Ein weiterer Erfolg ist dem Buche sicher.

W. Schiele.

Prof. Dr. B. Salge: Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis. 4. verbesserte Auflage. Berlin 1909. H. Kornfeld. Preis 3 M.

Das zweckmässig mit weissem Papier durchschossene Büchlein bringt zunächst allgemeine Ratschläge über die Ernährung des Säuglings. Darnach folgen die therapeutischen und medicamentösen Vorschriften nach den einzelnen Krankheiten geordnet. Den Schluss bilden über 100 Kochrezepte, die bei der Wichtigkeit der manigfaltigen diätetischen Aufgaben in der Kinderpraxis von grossem Nutzen sind. Dem practischen Arzt kann das Taschenbuch von S. warm empfohlen werden.

B.

Dr. H. A. Laan. Die Krankenpflege in der Chirurgie. Leipzig. Verlag von Vogel. 1909. Preis 10 M.

Dieses von Dr. Albert Laan aus dem Holländischen übersetzte Buch besitzt soviel Vorzüge bei einer klaren und anschaulichen Darstellung, dass es sehr wohl auch den deutschen chirurgischen Krankenschwestern resp. deren Lehrern empfohlen werden kann. Nach einer eingehenden Besprechung der Wunden, ihrer Infection und der Desinfection nebst Wundbehandlung werden die Aufgaben der Operations- und Stationsschwester bei allen nur möglichen Operationen und Krankheiten geschildert. 327 gut gelungene Abbildungen von Instrumenten, Krankheitserscheinungen, mikroskopischen Schnitten, Bacterien, Apparaten, Handgriffen, Operationen und Verbänden begleiten den Text. Alles das, was sich in einem modernen aseptischen chirurgischen Operationszimmer und chirurgischem Krankenzimmer abspielt, wird in wahrhaft plastischer Weise dem Leser vorgeführt. Die Uebersetzung wie auch die Ausstattung des Buches lassen nichts zu wünschen übrig.

W. Beckmann.

A. v. Korányi-Budapest und P. F. Richter-Berlin. Physikalische Chemie und Medicin. Zweiter Band. Leipzig. 1908. Verlag von Georg Thieme. Preis Mk. 10, gebunden Mk. 13.

Mit dem vorliegenden zweiten Bande findet dieses ausgezeichnete Sammelwerk seinen Abschluss. Auf die Vorzüge der einzelnen Abschnitte einzugehen würde zu weit führen. Wir müssen uns begnügen, die Gebiete anzuführen, die hier ihre Bearbeitung erfahren haben. Wir finden der Reihe nach die Schilderung der Errungenschaften und Beziehungen der physikalischen Chemie zur Pathologie, zur Pharmakologie, Balneologie und Balneotherapie. Den Schluss bildet die physikalische Chemie der Kolloide von Prof. Michaelis-Berlin. Die anderen Autoren, die die einzelnen Abschnitte bearbeitet haben sind: Bence-Budapest, Loewy-Berlin, Korányi-Budapest, Strauss-Berlin, Richter-Berlin, Spiro-Strassburg, Roloff-Halle a/S., Frankenhäuser-Berlin.

Die Ausbeute für den practischen Mediciner ist in diesem zweiten Bande eine noch wesentlich grössere als im ersten. Wir können mithin dieses Handbuch allen Collegen wärmstens empfehlen.

Koch.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Festsitzung

Zur Feier des 50-jährigen Jubiläums des Vereins am 31. März 1909 im grossen Saal der St. Petri-Schule.

(Fortsetzung).

Darauf hält der Vice-Präses, H. Dr. W. Fick folgende Rede:

Ueber die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte während seines 50-jährigen Bestehens.

M. H. Der Zeitraum von 50 Jahren, für alle Menschen der grösste Teil des Lebens, für viele das ganze Leben, bedeutet für eine Vereinigung von Menschen, für einen medicinischen Verein, wie den unseren, dessen Lebensdauer als solcher nicht begrenzt ist, oft nur eine kurze Spanne Zeit, zu deren Charakterisierung nur wenige Worte genügen. In der Weltgeschichte sowohl, wie in der Geschichte der Medicin hat es Perioden gegeben, in denen der Fortschritt gleichsam stagnierte, in denen die medicinische Welt wenig neue Errungenschaften zu verzeichnen hatte, in denen sie nichts selbst erwarb, sondern genoss, was frühere Generationen erarbeiteten. Mit wenigen Worten wird der Historiker über solche Epochen hinweggehen können.

Dann hat es aber wieder Perioden gegeben, in denen sich die Ereignisse überstürzten, eine fundamentale Entdeckung der anderen in kürzester Frist folgte und so gewaltige Umwälzungen in der Erkenntnis und in den Anschauungen vor sich gingen, dass die gerade lebende Generation die Fülle des Neuen kaum bewältigen konnte und den weiteren Ausbau des Errungenen kommenden Generationen überlassen musste. Solche gewaltige Umwälzungen können einigen wenigen Jahren eine grössere Bedeutung verleihen, als lange Perioden ruhiger Fortentwickelung je beanspruchen dürfen. Wie in der Weltgeschichte, so sind auch in der Geschichte der Medicin solche grosse Zeiten an die Namen einzelner Männer geknüpft, denen es vergönnt war durch die Genialität ihres Wesens an die Spitze ihrer Zeitgenossen zu treten und einer ganzen Zeitperiode umwandelnd und bestimmend den Stempel ihres Geistes aufzudrücken.

Unser Verein hat das Glück gehabt, in einer solchen grossen Zeit der Geschichte der Medicin seine ersten 50 Jahre zu verleben und heute, wo wir die 50. Wiederkehr des Gründungstages festlich begehen, ist es unsere Pflicht in einem Rückblick dieser grossen Zeit zu gedenken und uns darüber Rechenschaft abzulegen, ob auch in unserer Mitte die grossen Fortschritte der medicinischen Wissenschaften den verdienten Wiederhall gefunden haben.

Das wissenschaftliche Leben unseres Vereins Ihnen kurz zu schildern und an der Hand der Geschichte der Medicin der letzten 50 Jahre Ihrer Beurteilung vorzulegen, ist daher heute meine Aufgabe.

Bevor ich an mein eigentliches Thema herantrete, ist es erforderlich mit kurzen Worten auf den Stand der medicinischen Wissenschaft zu der Zeit der Gründung unseres Vereins einzugehen und der Strömungen zu gedenken, die die medicinische Welt bewegten. Ich stützte mich dabei auf die Pagetschen Werke über die Geschichte der Medicin und citiere vielfach wörtlich.

Das erste Drittel des vorigen Jahrhunderts steht noch unter dem Gepräge der Naturphilosophie und der dynamisch-therapeutischen Systeme. Die damals eben entdeckten Naturkräfte: Magnetismus, Galvanismus und Sauerstoff gaben Anlass zu allen möglichen Speculationen, die mit exacter Forschung und Naturbeobachtung wenig gemein hatten. Die Biologie war vollständig in Speculation ausgeartet und Pathologie und Therapie standen gänzlich unter dem Einfluss naturphilosophischer Denkrichtung. Die practischen Aerzte der damaligen Zeit suchten mühsam ihre Erfahrungen am Krankenbett mit den rein speculativen Systemen der Wissenschaft in Einklang zu bringen. Kein Wunder, wenn in solcher Zeit die Lehren von Mesmer, Hahnemann und Rademacher ein wohl vorbereitetes Feld zur weiten Verbreitung fanden.

Da tritt mit dem 4. Decennium eine allmähliche Aenderung ein. Die Speculation verliert ihren Credit und die Forscher halten sich strenger an die Ergebnisse der Tierexperimente und befleissigen sich einer strengeren wissenschaftlichen Methodik unter Berücksichtigung der Gesetze der Chemie und Physik. Der Anstoss zu dieser Emancipation ging von der sog. älteren Physiologenschule aus, die sich in Frankreich entwickelte (Magendie, Claude, Bernard). In Deutschland war es Johannes Müller, der durch seine bahnbrechenden Arbeiten mit der Vergangenheit abschloss und eine neue Aera biologischer Forschung eröffnete. Neben der Physiologie nahm

auch die pathologische Anatomie einen grossen Aufschwung, der wesentlich an den Namen Rokitanskis geknüpft ist. Von R. stammt die erste zusammenfassende Abhandlung über pathol. Anat. seit Morgagni und die klassischen Schilderungen der makroskopischen Sectionsbilder, die das weitgehendste Interesse für die lange vernachlässigte Disciplin wachriefen.

In der Klinik bedeutet die Erweiterung der physikalischen Diagnostik einen wesentlichen Fortschritt. Schönlein war einer der ersten, der die Ergebnisse der physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden am Krankenbette für die Diagnose und Therapie verwertete. Unter den berühmten Klinikern dieser Zeit sind zu nennen Oppolzer, Bamberger in Wien, Traube und Frerichs in Berlin, Trousseau in Paris, Bright in London.

In die 40-ger Jahre des vorigen Jahrhunderts fällt ferner die Entdeckung des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft, durch Julius Robert v. Mayer, einer Doctrin, die den tiefgehendsten Einfluss auf die Naturwissenschaften gehabt und diese z. Teil in völlig neue Bahnen geleitet hat.

Die Naturphilosophie, die den Anfang des vorigen Jahrhunderts beherrschte konnte den Fortschritt nicht hemmen. Derselbe datiert von der Zeit, wo man sich von jeder unfruchtbaren, nicht unmittelbar an die Tatsachen sich anschliessenden Speculation ein für alle Mal lossagte, das Theoretisieren im alten philosophischen Sinne als der Uebel grösstes für die Medicin erkannte und ausschliesslich mit naturwissenschaftlichen Methoden an die Erledigung der biologischen und pathologischen Probleme herantrat. Drei Factoren sind hauptsächlich an dem gewaltigen Umschwunge beteiligt, der sich seitdem in progressiver Geschwindigkeit vollzogen und uns Erfolg auf Erfolg gebracht hat: erstens die experimentelle Physiologie, hauptsächlich begründet von der französischen Schule; zweitens die pathologisch-anatomisch-klinische Diagnostik, um deren Einführung und Pflege sich neben französischen Forschern die jüngere Wiener Schule ein Verdienst erworben hat, endlich die experimentelle Pathologie, begründet von Repräsentanten der Berliner Schule.

Der Einfluss der Naturwissenschaften auf die Entwickelung der Medicin während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kommt am meisten in der Tatsache zum Ausdruck, dass eine grosse Reihe von Specialzweigen teils neu begründet, teils durch ein enorm wachsendes Wissensmaterial derart erweitert werden, dass ihre Beherrschung im Lehren und Lernen fortab eine besondere Lebensaufgabe für berufene Forscher und Gelehrte bilden muss. Anatomie, Physiologie, pathalog. Anatomie, bisher ein Lehrfach, zerfallen in drei. Ausser den bisher üblichen drei Kliniken für innere Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe entstehen deren eine ganze Reihe für die einzelnen Specialfächer. Und wie an den Universitäten, so auch in der Praxis. Der Stoff ist so angewachsen, dass es die Kräfte des Einzelnen übersteigt das Ganze zu beherrschen; dazu kommt, dass immer feinere Entwickelung der Technik in den einzelnen Specialitäten so angestrengte Arbeit verlangt, dass eine Specialität allein die Berufsarbeit ausfüllt.

Mit dem grossen Fortschritt der Naturwissenschaften und der beginnenden Specialisierung in der Medicin sind wir an der Schwelle der Zeit angelangt, da unser Verein gegründet wurde.

In das Gründungsjahr fällt ein Ereignis, das eine vollständige Umwälzung in den Natur- und Geisteswissenschaften hervorrief, die Veröffentlichung von Darwins berühmtem Werk «Ueber die Entstehung der Arten». Es beginnt im Jahre 1859 die letzte Periode des vorigen Jahrhunderts, eine der glänzendsten in der Geschichte der Medicin. Diese Periode hat unser Verein von Anfang an miterlebt und wie er sie erlebt hat soll im Folgenden untersucht werden.

Der erste Teil dieser Periode, den Pagel von 1859 bis 1875 rechnet, ist charakterisiert durch Begründung und Ausbau der Zellularpathologie und experimentellen Pathologie und steht unter dem vorherrschenden Einfluss von Rudolf Virchow. Es vollzieht sich der weitere Ausbau der Gewebelehre durch Vervollkommnung des Mikroskops und der Färbetechnik. Die Specialisierung in der Medicin macht weitere Fortschritte durch Erweiterung der diagnostischen Methoden speciell der Spiegeldiagnostik. Diese Zeit liegt uns doch schon so nahe, dass ich mich auf eine Schilderung der einzelnen Leistungen nicht einzulassen brauche, es genügt wenn ich die Namen der hervorragenden Vertreter der Medicin Ihnen ins Gedächtnis rufe.

Unter den Anatomen nenne ich Hyrtl, Henle, Gerlach, Kölliker, Gruber, Waldeyer, Gegenbaur, unter den Physiologen du Bois-Reymond, Brücke, Helmholtz, Vierordt, Ludwig, Bidder, unter den Klinikern Lebert, Niemeyer, Kussmaul, unter den Chirurgen Lister, Billroth, Volkmann, Langenbeck. Die grössten Umwälzungen in der Medicin dieser Zeit knüpfen sich an die Namen Joseph Listers und Rudolf Virchows. Auf Lister werden wir später noch näher zurückkommen, da die Erfolge seiner Leistungen erst in einer späteren Periode nach 1875 zur vollen Geltung kommen. Der Periode, die wir eben behandeln, den ersten Jahren des Bestehens unseres Vereins hat Rudolf Virchow seinen Stempel aufgedrückt. Wir alle, die wir schon in seinen Lehren erzogen sind, können uns eine Vorstellung von seinem ganzen Wirken nur machen, wenn wir uns an der Hand der Geschichte der Medicin darüber orientieren, was vor ihm war. Da sehen wir, dass eine Unzahl Begriffe, die uns jetzt geläufig sind, vor Virchow nicht existiert haben, da kommen wir erst zum Ueberblick über die ganze riesengrosse umgestaltende und neuschaffende Arbeit dieses einen Mannes. Jeder Versuch auch nur andeutungsweise den Einfluss Virchows auf die medicinische Wissenschaft seiner Zeit zu schildern, muss kläglich am einfachen Zeitmangel scheitern.

Ich habe hiermit versucht in möglichster Kürze das Wesentlichste aus der Geschichte der Medicin in den Jahren 1859—1875 hervorzuheben und komme nun speciell auf die Tätigkeit unseres Vereins in dieser Zeit zu sprechen.

Es ist leicht verständlich, dass in einem jungen Verein, der einem allgemeinen Bedürfnis entsprach, die ersten Jahre der Tätigkeit ganz besonders reichhaltig und fruchtbringend sich gestalten. Dieses kennzeichnet sich schon äusserlich durch die grosse Zahl der Mitteilungen auf den einzelnen Sitzungen. Solche Tagesordnungen wie in den ersten Jahren seines Bestehens hat der Verein später nicht mehr aufzuweisen. Es ist wahr, es wird viel Casuistik gebracht, aber man darf nicht vergessen, dass in damaliger Zeit jeder casuistische Fall seine Bedeutung dadurch bekam, dass er in einer neuen Beleuchtung, unter dem Einfluss der neuen Lehren vorgetragen wurde. Die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins in seinen ersten Jahren trägt schon durchaus den Stempel der neuen sog. exacten Periode der Medicin, der Zeit, wo die Naturwissenschaften ihren vollen Einfluss geltend gemacht haben. Es wird dieses besonders augenfällig wenn wir unsere ersten Protocolle aus dem Anfang der 60-er Jahre des vorigen Jahrhunderts mit den Protocollen des Deutschen Aerztlichen Vereins vergleichen, die etwa 10—20 Jahre weiter zurückliegen. Während wir in diesen doch auf Vorstellungen und Anschauungen stossen, die uns nicht mehr recht verständlich sind, so werden wir in unseren Protocollen wohl sehr vieles finden, was als irrtümlich später erkannt, was als schädlich verworfen worden ist, immer aber werden wir ein Verständnis haben für die Fragen, die unsere Collegen der damaligen Zeit bewegten. Es liegt eben daran, dass diese schon auf demselben Boden standen wie wir, auf dem Boden der exacten Forschung, die grade damals eine reiche Fülle von Gesetzen entdeckt hatte, die heute für uns ebenso massgebend sind. Die 60-er Jahre hatten sich eben von der naturphilosophischen Richtung, für welche uns das Verständnis vollkommen mangelt, schon ganz emancipiert und stehen uns daher geistig näher, als der ihnen zeitlich näher liegenden speculativen Periode.

Noch in einer anderen Richtung documentieren sich die ersten Jahre des Vereinslebens als der neuesten Epoche der Medicin angehörend. Die Specialisierung in einzelne Fächer ist bereits eingetreten und wenn sie auch nicht in der Strenge durchgeführt ist, wie heute, so gibt es doch schon damals mehrere Collegen, die Mitteilungen nur aus ihrem Specialgebiete machen. Das Gros der Collegen aber treibt neben einem Specialfach auch die allgemeine Medicin. Besonders sind es die Gynäkologen, die als Hausärzte mit der inneren Medicin und Kinderheilkunde in engster Fühlung bleiben. Jedenfalls sind sie es, die bei Gelegenheit einer schweren Diptherieepidemie in den 60. Jahren, die meisten Mitteilungen über diese Krankheit machen, Verhältnisse die sich bis heute wohl sehr wesentlich geändert haben.

Bei dem Versuch sich ein Bild davon zu machen, welche Fragen und welche Disciplin in den ersten Jahren des Vereinslebens die Collegen besonders interessiert haben, fallen sofort die zahlreichen Demonstrationen pathologisch-anatomischer Präparate und detaillierten Mitteilungen von Sectionsberichten auf. Man wird fehl gehen, darin den Ausdruck des grossen Aufschwunges zu sehen, den die pathologische Anatomie durch Rokitansky und Virchow genommen. Diesem Einfluss hat sich der Verein nicht entziehen können. Es sind besonders Tumoren und die Circulationsorgane, die demonstriert werden. An der Hand der Präparate werden Thrombose Embolie und die Herzerkrankungen besprochen.

Neben der pathologischen Anatomie ist es die innere Medicin, die vorwiegend das Interesse der Vereinsmitglieder in Anspruch nimmt. Wir finden zahlreiche casuistische Mitteilungen interessanter Fälle, die verschiedensten Organerkrankungen betreffend. Einen weiten Raum nehmen die Discussionen über den genius epidemicus ein. Typhus exanthematicus und Recurrens stehen oft auf der Tagesordnung. Ein tieferes Interesse hat die Diphtherie beansprucht, deren Verhältnis zum Croup, Contagiosität und Therapie besprochen werden. Die Pilocarpiebehandlung der Diphtherie wird mehrmals er-

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wähnt. Mehrfache Discussionen sind dem Scharlach gewidmet. In der Therapie spielt die Kaltwasserbehandlung der fieberhaften Erkrankungen namentlich der Typhen eine Rolle.

Grosses Interesse und häufige Discussionen wusste Brenner durch seine elektrotherapeutischen Untersuchungen hervorzurufen. Vorträge und Discussionen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie fanden im Verein seltener statt, weil sie meist in der Section für Geburtshilfe und Gynäkologie zur Sprache kamen. Diese Section trat nur wenige Monate nach Gründung des Vereins ins Leben und besteht in loserem Zusammenhange zum Verein noch heute. In dieser Section hat namentlich in den ersten 15 Jahren ein ungewöhnlich reges wissenschaftliches Leben pulsiert. Es würde zu weit führen, wollte ich hier die zur Discussion gekommenen Fragen auch nur streifen. Wohl aber ist hier der Ort eines Mannes zu gedenken, der nicht nur in dieser Section sondern auch im Verein eine führende Stellung eingenommen hat. Ich meine den langjährigen Präsidenten des Vereins, unseren Ehrenpräsidenden Otto v. Grünewaldt. Den älteren unter uns ist seine geistvolle und liebenswürdige Persönlichkeit noch im Gedächtnis und über seine Verdienste um den Verein brauche ich keine Worte zu verlieren. Diejenigen unter uns die ihn persönlich nicht kennen, mögen sich nach den Protocollen davon überzeugen, in wie mannigfacher und vielseitiger Weise er das wissenschaftliche Leben des Vereins beeinflusst hat.

Aus dem Gebiete der Chirurgie finden sich in den Jahren 1859 bis 1875 relativ wenig Mitteilungen. Ein grösseres Interesse scheinen die Blasensteinoperationen beansprucht zu haben. Es werden vorwiegend die perinealen Methoden, aber auch die Lithothripsin geübt. Häufigere Erwähnung finden auch die plastischen Operationen. Gegen Ende der 60-er Jahre treffen wir Berichte über die Osteomyelitis, deren Erkenntnis' und Therapie damals grosse Fortschritte machte. Im Jahre 1874 wird zum ersten Male der Esmarchschen Blutleere Erwähnung getan. Aus dem Gebiete der unblutigen Chirurgie finden wir Berichte über Fracturen und deren Behandlung. Die Blütezeit der Chirurgie beginnt erst nach dem Jahre 1875 in der letzten Epoche der Geschichte der Medicin zu der wir nunmehr überzugehen haben.

Diese Epoche liegt uns allen so nahe, dass Sie es mir gewiss erlassen werden an der Hand der Geschichte der Medicin Ihnen ein Bild dieser Periode zu skizzieren. Ich brauche Ihnen doch nur die Namen Louis Pasteur, Joseph Lister und Robert Koch zu nennen und Sie alle wissen welche gewaltigen Umwälzungen in der Medicin sich an die Namen dieser Männer knüpfen. Wir treten in die neueste Aera der Geschichte der Medicin in die Aera der Bacteriologie und des Aufschwungs der Hygiene. Wir wollen nun untersuchen, in welcher Art diese reiche Epoche in der Geschichte der Medicin sich in unseren Vereinsprotocollen wiederspiegelt. Sie gestatten, dass ich mich hier ausführlicher mit der Chirurgie beschäftige, weil dieser Zweig der practischen Medicin in erster Linie durch die Errungenschaften der Bacteriologie beeinflusst wurde.

Obgleich Lister bereits im Jahre 1867 seine ersten Arbeiten veröffentlichte, dauerte es bis in die Mitte der 70-er Jahre, bis sein Verfahren die gebührende Anerkennung fand. Im Deutsch-französischen Kriege wurde noch nicht nach seinen Vorschriften verfahren. Auch in Petersburg wurde man in den 70-er Jahren mit dem neuen Verfahren bekannt und bei uns war es unser langjähriger Präsident Dr. Moritz, damals Chirurg am Obuchowhospital, der als einer der ersten hier am Orte die antiseptische Methode zu üben begann und im Jahre 1876 dem Verein darüber berichtete. In den nächstfolgenden Jahren tritt nun die Chirurgie in den Vereinsverhandlungen vollständig an die erste Stelle. Es ist das kein Wunder, handelt es sich doch um die glänzendste Zeit der Chirurgie, in der sie sich von den bisher ihr verschlossenen Gebieten eines nach dem andern siegreich eroberte. In den ersten Jahren nach Einführung des Antisepsis prävalieren im Vereine Mitteilungen casuistischer Fälle aus den verschiedensten Gebieten der Chirurgie. Es ist natürlich, dass über jeden glücklichen Operationsfall berichtet wird, denn er ist als solcher interessant als Markstein einer neuen Epoche, als Kennzeichen einer vorwärtsstürmenden lebendigen Gegenwart im Gegensatz zu einer glücklich überwundenen dunklen Vergangenheit. Hand in Hand mit reichhaltigen casuistischen Mitteilungen gehen zahlreiche Demonstrationen von geheilten und in Heilung begriffenen Patienten. Kurze Zeit nach Erfindung neuer Operationen, werden dieselben auch bei uns ausgeführt. So berichtet Reyher schon 1880 über die erste Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom und wenige Jahre später demonstriert Monastyrski eine Patientin, an der er mit Erfolg die Pylorusresection ausgeführt hat.

In den 80-er Jahren finden mehrfach Discussionen über die Narcosenfrage und die Empyembehandlung statt. Ein weitgehendes Interesse hat der Verein der chirurgischen Therapie der Gelenktuberculose entgegengebracht. Wie bekannt, hat die Einführung des antiseptischen Verfahrens auf kaum einem anderen Gebiete eine so rege Tätigkeit ermöglicht, wie auf dem Gebiete der Gelenkchirurgie. Gehörte die Eröffnung eines grossen Gelenkes in der vorantiseptischen Zeit zu den gefährlichsten Eingriffen, die nur auf die strengste Indication hin vorgenommen werden durfte, so schaffte die Antisepsis hier einen Wandel, wie er plötzlicher und radicaler kaum gedacht werden konnte. Es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn die Chirurgie aller Länder sich mit Feuereifer an das neuerschlossene Gebiet machte und dass die Indicationen für die Gelenkresection in ungeahnter Weise erweitert wurden. Dass auch unser Verein mit seiner Zeit vorwärts geschritten, beweisen uns die Protocolle der Sitzungen aus dem Schluss der 70-er und aus den 80-er Jahren, auf denen wiederholt Patienten vorgestellt wurden, an denen mit Erfolg grössere Operationen wegen Gelenktuberculose ausgeführt worden waren. Unser Verein hatte aber auch noch ein specielles Interesse an der Entwickelung der Gelenkchirurgie in sofern, als eines seiner Mitglieder eigene Resectionsmethoden für die grossen Gelenke dem Vereine vorlegte und den Collegen zur Nachprüfung empfahl, Methoden, die sich allgemeine Anerkennung erworben haben und in die Lehrbücher der Chirurgie übergegangen sind. Das antiseptische Verfahren wird im Laufe der Jahre immer weiter ausgebaut, viele Detailfragen werden im Vereine erörtert; ganz allmählich vollzieht sich ohne scharfe Uebergänge die Verwandlung des antiseptischen in das aseptische Verfahren und damit eröffnet sich in den letzten 10—15 Jahren eine ausgedehnte Tätigkeit auf dem Gebiete der Hirn- und Abdominalchirurgie, Operationsgebieten, die zugänglicher wurden, je mehr man der giftigen antiseptischen Mittel entraten konnte. Während in älterer Zeit nur schwere Schädelverletzungen Anlass zu chirurgischen Eingriffen am Gehirn gaben, sehen wir, dass die Indicationen allmählich beträchtlich erweitert werden und dass planmässig der unverletzte Schädel eröffnet wird, um pathologische Processe des Gehirns anzugreifen, die der Diagnose zugänglich geworden sind. Im Verein lässt sich ein einmütiges Zusammenarbeiten der Neurologen und Chirurgen constatieren und mehrere Mitteilungen berichten über geglückte Trepanationen bei Hirnabscess, bei Jacksonscher Epilepsie und bei Hirntumoren.

Weit zahlreicher sind noch die Mitteilungen aus dem Gebiete der Abdominalchirurgie. Waren es im Anfang der Aera der Bauchchirurgie hauptsächlich die verschiedenen Erscheinungsformen des Ileus, der Darmunwegsamkeit, die ein chirurgisches Eingreifen erheischten, so sehen wir in den späteren Jahren die chirurgische Behandlung der Appendicitis und der Peritonitis in den Vordergrund treten. Schon Ende der 80-er Jahre mehren sich die Mitteilungen aus dem Gebiete der Magenchirurgie, die bis in die letzte Zeit nicht von der Tagesordnung gesetzt sind.

Auch der orthopädischen Chirurgie hat der Verein reges Interesse gewidmet. Dazu hat in erster Linie der Umstand beigetragen, dass die verstorbenen Collegen Anders und Horn auf diesem Gebiete mit selbständigen Arbeiten hervortraten und zahlreiche Mitteilungen machten, die lebhafte Discussionen veranlassten.

Mit einigen Worten müssen wir endlich noch auf die Röntgenstrahlen eingehen. Es ist hier nicht der Ort die Bedeutung dieser Entdeckung für die Chirurgie darzustellen. Wir wollen nur erwähnen, dass unser Verein in kürzester Frist durch Vorträge und Demonstrationen von diesem neuen diagnostischen Hilfsmittel in Kenntnis gesetzt wurde. Auch die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen, wie die Lichttherapie überhaupt, namentlich die Finsensche ist Gegenstand von Vereinsverhandlungen gewesen.

In ähnlicher Weise wie die Chirurgie, hat die Geburtshilfe und operative Gynäkologie durch Einführung des antiseptischen Verfahrens einen grossen Aufschwung genommen. Waren es in der vorantiseptischen Zeit hauptsächlich die puerperalen Erkrankungen, die epidemisch die Petersburger Gebäranstalten heimsuchten, welche das Interesse der Geburtshelfer in erster Linie in Anspruch nahmen, so sehen wir, dass seit Mitte der 70-er Jahre unter dem Schutze der Antisepsis immer mehr die operative Geburtshilfe in den Vordergrund des Interesses tritt. Der conservative Charakter der alten Geburtshilfe geht allmählich verloren und immer mehr wird activ vorgegangen. Es genüge hier auf die Operationen hinzuweisen, die die Erweiterung des Beckens und der Geburtswege für die Zeit der Geburt anstreben und ferner zu erwähnen, dass auch die schwerste geburtshilfliche Operation, der Kaiserschnitt in verschiedenen Modificationen erweiterten Indicationen glänzende Resultate zu verzeichen hat. Ueber alle diese Neuerungen und Erfolge ist der Verein auf dem Laufenden erhalten worden und gerade in den letzten Jahren sind geburtshilfliche Themata häufig auf der Tagesordnung gewesen.

In viel höherem Grade als die Geburtshilfe ist die operative Gynäkologie durch die Anti-resp. Asepsis beeinflusst worden. Ja man kann sagen, dieser Zweig der practischen Medicin ist eigentlich mit der antiseptischen Aera entstanden, wenigstens als selbständige Disciplin. Die Erfolge und der Fortschritt besonders in den letzten 25 Jahren sind aber auch so grosse,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass ich es mir versagen muss im Detail auf dieses Gebiet einzugehen. Wohl aber muss hervorgehoben werden, dass der historische Werdegang der operativen Gynäkologie nach unseren Protocollen leicht zu zeichnen ist. Im Beginn der operativen Aera stehen die Mitteilungen über die Ovariotomien, einer Operation, die schon in die vorantiseptische Zeit zurückdatiert, an erster Stelle, später mehren sich dann die Vorträge über die abdominalen Myomotomien und die vaginale Totalexstirpat. des Uterus wegen Krebs und in letzter Zeit endlich ist der Verein unterrichtet worden über die grossen abdominalen Operationen, die die radicale Ausrottung des Uteruscarcinoms bezwecken.

Der grosse Aufschwung den die chirurgischen Disciplinen durch die Einführung der Antisepsis am Schlusse der 70-er Jahre des vorigen Jahrhunderts nahmen, erregte ein so allseitiges Interesse auch in unserem Verein, dass die Mitteilungen aus diesen Gebieten an die erste Stelle traten und die innere Medicin für kurze Zeit nicht recht zu Worte kommen liessen. Wir finden in dieser Zeit wenig einschlägige Vorträge, wohl aber fanden anregende Discussionen wiederholt statt über die Salicylsäurebehandlung des Gelenkrheumatismus, ferner über die herrschenden Epidemien des Typhus und Recurrens. 1879 wird über die Petersburg zum ersten Mal beobachtete Trichinose verhandelt. Seit Mitte der 80-er Jahre macht sich aber auch auf dem Gebiete der innern Medicin der wachsende Einfluss der Bacteriologie geltend. Die Entdeckung des Tuberkelbacillus ruft das Interesse für die Tuberculose wach, einer Krankheit die trotz ihrer eminenten socialen Bedeutung früher nur geringe Beachtung seitens der Aerzte erfuhr. Dieses ändert sich rasch. In der Tuberculinperiode tritt die Tuberculose an die erste Stelle. Aber auch nach der eingetretenen Reaction gegen die mit Begeisterung aufgenommene neue Behandlungsmethode, versinkt die Tuberculose nicht mehr in Vergessenheit, sondern kehrt unter immer neuen Gesichtspuncten bis in die neueste Zeit in den Vereinsprotocollen wieder. Neue diagnostische Methoden, neue therapeutische Versuche, das ganze Heilstättenwesen sind Errungenschaften der letzten Zeit.

Ausser der Tuberculose beschäftigen auch die anderen Infectionskrankheiten den Verein in erhöhtem Masse und zwar ist es in erster Linie die Aetiologie, die durch Entdeckung zahlreicher Krankheitserreger das Interesse fesselt. Aber auch die neuesten Therapeutischen Errungenschaften, so weit sie durch die Bacteriologie gefördert und ermöglicht wurden, die Heilsera, sind wiederholt Gegenstand der Verhandlungen. In den letzten Jahren hat dann die Entdeckung des Syphiliserregers, diese Krankheit in den Vordergrund gerückt.

Neben den Infectionskrankheiten sind die anderen Gebiete der inneren Medicin nach Abflauen der chirurgischen Hochflut wieder näher berücksichtigt worden. Die Krankheiten des Circulationsapparates bieten wieder mehr Stoff zu Mitteilungen und hier an dieser Stelle sei der zahlreichen Mitteilungen von Dr. Moritz gedacht, der sich nachdem er seine chirurgische Tätigkeit aufgegeben, mit besonderem Interesse dieses Gebietes annahm. Zahlreich sind ferner die Mitteilungen über Erkrankungen des Nervensystems und seit 1890 über die Pathologie und Therapie der Verdauungsorgane.

Den Vertretern der Dermatologie verdankt der Verein nicht nur zahlreiche Mitteilungen, sondern — in dieser Specialität von ganz besonderer Wichtigkeit — sehr reichhaltige Demonstrationen von Kranken und Moulagen. In den letzten Jahren tritt die Lichtbehandlung auch in den Verhandlungen unseres Vereins an die gebührende Stelle.

M. H. Ich darf Sie nicht weiter damit ermüden, indem ich Ihnen die übrigen Specialitäten in derselben Weise vorführe. Sie alle wissen ja, dass hier kein Stillstand stattgefunden hat, Sie wissen, was für eine Bedeutung die immer feiner entwickelte Spiegeldiagnostik in der Ophthalmologie und Laryngologie, in der Diagnostik der Blasen- und Nierenkrankheiten gewonnen hat, Sie wissen, welch reiche therapeutischen Erfolge den verfeinerten diagnostischen Hilfsmitteln zu danken sind. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, dass auch in den anderen Specialitäten keine wichtige Entdeckung, kein therapeutischer Erfolg zu verzeichnen ist, über den nicht unser Verein in kürzester Zeit unterrichtet worden wäre. Ein Blick in unsere jetzt gesammelt herausgegebenen Protocolle wird Sie leicht davon überzeugen.

M. H. Zum Schluss muss ich des jüngsten Zweiges am Baume der medicinischen Wissenschaften gedenken, der Disciplin, die unserer ganzen neuen Periode den Namen gegeben hat: der Aera der Bacteriologie und Hygiene.

Wir alle haben das Entstehen dieser Wissenschaft erlebt und waren wir auch noch nicht alle Jünger der medicinischen Wissenschaft, die Entdeckung der wichtigsten Krankheitserreger war nicht von eng medicinischem Interesse, sie war eine Errungenschaft allgemein menschlicher Cultur und blieb Niemandem unbekannt, dem überhaupt eine Bildung zu teil wurde. Binnen 30 Jahren hat sich aus kleinen Anfängen ein wissenschaftliches Gebäude erhoben, in dem sich der practische Arzt nur schwer zurecht findet. In unserem Verein sind es daher auch nur wenige Collegen, denen es möglich war ihre ganze Zeit der neuen Wissenschaft zu widmen. Waren es im Anfang die neuentdeckten Krankheitserreger — ich brauche sie ja nicht aufzuzählen — die im mikroskopischen Bilde oder später in Reincultur dem Vereine demonstriert worden, so sind es in neuerer Zeit die Fragen der Immunitätslehre, die Agglutinationsreactionen, die zu Gegenständen von Vorträgen und Discussionen wurden.

Ich fühle mich nicht imstande Ihnen ein Bild der Entwickelung der modernsten Bacteriologie zu zeichnen. Durch minutiöse Detailarbeit, durch rein wissenschaftliche Experimente und Schlussfolgerungen zweigt sich die moderne Bacteriologie oft weit von der Arbeit des practischen Arztes ab, immer aber tritt sie durch die Ergebnisse ihrer Forschungen wieder mitten in die Praxis herein, um durch die therapeutischen Errungenschaften dem practischen Arzte zum Wohle seiner Kranken zu Gute zu kommen.

M. H. Wir stehen mitten in der Aera der Bacteriologen. Wir wissen nicht, ob wir den Höhepunct dieser Aera bereits überschritten haben, oder ob noch grössere Entdeckungen unserer warten, wir wissen noch nicht, wohin uns diese Aera führen wird; einer späteren Zeit vielleicht erst einer kommenden Generation wird es vorbehalten sein das Facit dieser Aera zu ziehen. Wir können nur die Tatsache feststellen und wollen uns ihrer freuen, dass wir eine der grössten Zeiten, vielleicht die grösste Zeit in der Geschichte der Medicin miterlebt haben. Und wenn unser Verein, wie ich hoffe es Ihnen gezeigt zu haben, die 50 Jahre seines Bestehens dazu benutzt hat die Errungenschaften dieser grossen Zeit seinen Mitgliedern zu vermitteln, so hat er seinen Zweck erfüllt, so hat er nicht umsonst gelebt.

Wir wollen daran den Wunsch knüpfen, dass unser Verein auch in fernere Zukunft auf dieser seiner vorgezeichneten Bahn fortschreiten möge und damit — soweit das in den Kräften eines Vereines practischer Aerzte liegt — das Seinige beitragen möge zum Wohle der leidenden Menschheit, zum Ruhme der medicinischen Wissenschaft und zur Hebung des ärztlichen Standes!

Hierauf ergreift der geschäftsführende Secretär, H. Dr. A. Ucke das Wort, indem er sich an die Versammlung mit folgender Ansprache wendet:

Meine Herren!

Heute, als am Ehrentage unseres Vereins, geziemt es, der Männer zu gedenken, die Grosses geleistet haben auf dem Gebiete, das im Kleinen jeder von uns im Einzelnen, und gemeinschaftlich wir alle in unserem Verein zu fördern bestrebt waren und sind: die Medicin, die Hilfe dem Kranken, die Linderung der Leiden der Menschheit.

Viele haben hier ihr Können in die Schanzen geschlagen, viele haben Grosses geleistet — Menschliches erreicht — sie zu ehren geziemt es uns am heutigen Tage. Denn diese sind unser Vorbild gewesen, von ihnen haben wir durch Schrift und Wort gelernt, ihnen haben wir nachgeeifert.

Aber diese Vielen sind wenige unter uns sehr vielen, die wir Aerzte heissen und, unserer täglichen Pflicht nachkommen, im Kleinen helfen und wirken: unter den Vielen sind es Wenige, die Heroen sind, Heroen des Jahrhunderts; nicht dieses Jahrhunderts, das noch zu jung ist, sondern des eben dahin gegangenen. Denn mit unseren heute vollendeten 50 Jahren gehören wir so gut wie ganz dem vorigen Jahrhundert an und von den Heroen des 19. Saeculums weilen nur einzelne unter uns, zu denen wir aufsehen können und danken für das, was sie uns gegeben haben. Vielleicht gehörten wir hier und da zum Kreise ihrer Getreuen, oder fanden hin und wieder Gelegenheit aus den wärmenden Strahlen ihrer Geistessonne die Energie zu schöpfen zu frischem Tun und Denken.

Diese Herren kann der Verein nicht anders wie ehren, ehren indem er sie bittet unter uns den Ehrenplatz einzunehmen, unser Ehrenmitglied zu sein.

Der Baum der Medicin hat sich im 19. Jahrhundert ausgewachsen, hat seine Aeste nach allen Seiten weit ausgestreckt: die Specialitäten haben sich entwickelt und haben Zweige getrieben, die reichlich Blätter und Blüten tragen, aber auch die Krone ist stolz emporgewachsen, und diese Krone bilden die Männer, die über den Specialitäten stehen: diese Männer wollen wir heute feiern, sie wollen wir ehren. Vor sie hintreten wollen wir und sie bitten, dass sie die Unsrigen heute sein wollen und unser Fest verschönen. Wenn sie aber weit weg sind von uns, dann soll ihr Geist uns umwehen und wir wollen ihrer gedenken.

Beginnen wir mit Paul Ehrlich, der mit seinen farbenanalytischen Studien am tierischen Organismus den Grund legte für den Ausbau der Immunitätslehre und jetzt im Zeichen der Zeit stehend in der Krebsfrage Unerwartetes zu Tage fördert.

Als zweiter ist Elias Metschnikoff zu nennen, unser Landsmann einst, dem seine weite Heimat zu eng geworden. Wer von Ihnen, m. H., erinnert sich nicht des Erscheinens

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

seiner ersten Schrift über Phagocytose, ein Phänomen als Grundprincip des Kampfes ums Dasein auf dem weiten Felde des Zelllebens.

Ein anderer Landsmann von uns, Iwan Pawloff, unserer Stadt angehörend, hat uns Einblick verschafft in die geheimnisvollen Vorgänge bei der Nahrungsaufnahme, er hat die gegenseitigen Beziehungen zwischen Nahrung und Körper ins rechte Licht gerückt und strebt jetzt danach das Centrum unseres geistigen Seins, das Gehirn näher zu erforschen.

Aber unser Verein, der keinen Unterschied von Sprache und Nationalität, die Wissenschaft aber nur als internationales Gut kennt, hat sich durch den Zufall des historischen Werdens zu einem Centrum der deutschen medicinischen Cultur in unserer Hauptstadt entwickelt und aus naheliegenden Gründen stets enge Beziehungen zu den deutschen Provinzen unseres Vaterlandes und zur einstigen Pflanzstätte der deutschen ärztlichen Berufsarbeit, zum alten Dorpat gepflegt. Die Wärme dieser Beziehungen sprechen sich aus in der Wahl von Professor Carl Dehio zu unserem Ehrenmitgliede, Dehio, der manchem von uns in Freundschaft nahesteht, dem Verein aber schon lange Jahre als correspondierendes Mitglied angehört. Seine Verdienste um die Wissenschaft bei Erforschung pathologischer Zustände bei verschiedenen Krankheiten sind uns allen bekannt und geläufig. Endlich aber ist es einer unserer Senioren, einer der 40 Jahre treu zu unserem Verein gehalten hat, der in früheren Jahren lebhaften Anteil am wissenschaftlichen Leben unseres Vereins genommen hat, längere Zeit als Secretär tätig gewesen ist und nur durch die Bürde seines Berufs in letzter Zeit verhindert ist, unseern Sitzungen durch seine ungeheure Erfahrung und Erudition den ihm eigenen Hauch der Gründlichkeit einzuflössen: Woldemar Kernig sind wir stolz den unser nennen zu dürfen, ihn, der weit über die Grenzen unserer Stadt und unseres Landes bekannt ist, ihn, dessen Namen in unserer Stadt kaum ein zweiter an Klang zur Seite gestellt werden kann, begrüssen wir mit besonderer Freude als unser Ehrenmitglied.

Hierauf folgen die Begrüssungs- und Glückwunschansprachen seitens des Deutschen ärztlichen Vereins, seitens der 3 deutschen Hospitäler in St. Petersburg und seitens der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

Als erster spricht im Namen des Deutschen ärztlichen Vereins H. Dr. W. Kernig:

Meine hochverehrten Herren Collegen!

Mir ist der Auftrag seitens des hiesigen Deutschen ärztlichen Vereins zu teil geworden, Ihnen, dem Verein St. Petersburger Aerzte, die herzlichsten Glückwünsche zum heutigen fünfzigjährigen Jubiläum auszusprechen, dem Verein St. Petersburger Aerzte jedes weitere Wachsen, Blühen und Gedeihen zu wünschen, und dem Verein zur Erinnerung an den heutigen Tag eine bescheidene Gabe zu überreichen. Sie ist geeignet, weil sie in jeder kommenden Sitzung in Gebrauch genommen werden soll, den heutigen Tag nicht in Vergessenheit geraten zu lassen.

Sie wissen es Alle, meine Herren, der Deutsche ärztliche Verein ist der ältere Bruder Ihres Vereins: Gegründet im Jahre 1819 als dritter ärztlicher Verein in Russland und als erster ärztlicher Verein hier in unserer Stadt, hatte der deutsche ärztliche Verein vor jetzt 50 Jahren, als der Verein St. Petersburger Aerzte gegründet wurde, bereits eine bedeutende Periode seines Daseins, die mit dem Namen Pirogoff verbunden ist, hinter sich, jedenfalls hatte er bereits den Höhepunct seiner socialen Bedeutung für die hiesige Aerztewelt überschritten. Dieser Höhepunct seiner socialen Bedeutung muss in den vierziger und Anfang der fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts gelegen haben, wo überhaupt die glänzendsten Namen, die in jener Zeit St. Petersburg aufzuweisen hatte, in dem Deutschen ärztlichen Verein vereinigt waren. Es sei hier auf ein hochinteressantes culturhistorisches Factum aufmerksam gemacht, dessen ich bereits bei anderer Gelegenheit Erwähnung getan habe; Pirogoff selbst nämlich, der wie es in der Geschichte des Vereins heisst, damals die Seele des Deutschen Vereins war und bis heute dessen berühmtestes Mitglied geblieben ist, war ein Russe und doch hatte er damals keinen anderen Kreis, in dem er sich wissenschaftlich ausleben konnte, als den Deutschen ärztlichen Verein.

So lagen die Sachen, als in der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre der Verein St. Petersburger Aerzte gegründet wurde. Es war eine Reihe schon damals hochangesehener Männer, die sich zusammentaten und die in der Folge zum Teil zu führenden Persönlichkeiten in der deutschen Aerzteschaft St. Petersburgs wurden. Ich nehme nur die Namen Friedrich Hermann, Otto von Grünewald, Robert Blessig, Friedrich Wulff, Ebermann, der ältere, Froebelius, Theodor Hagenberger, Etlinger der ältere, Carl Küttner, Friedrich Ockel der jüngere heraus, um bei jedem älteren Petersburger Arzt eine Flut der schönsten Erinnerungen und das Gefühl pietätvoller Verehrung wachzurufen. Sehr bald erlangte der Verein seine grosse Bedeutung für unser deutsches ärztliches Vereinsleben hier am Ort und zog Männer von grosser wissenschaftlicher Bedeutung an, wie Rudolf Brenner, den berühmten Elektrotherapeuten, später Professor in Leipzig, Ed. von Wahl, Carl Rauchfuss, in der Folge den Professor Heppner, Chirurg, leider viel zu früh gestorben, Professor Eichwald und viele andere. Im Jahre 1868, als ich in den Verein trat, fungierte bereits das für das esrste Vierteljahrhundert des Vereins klassische Präsidium mit Otto von Grünewald an der Spitze, Robert Blessig als Vicepräsident und Dr. Graf Magawly als erster Secretär. Friedrich Wulff, ein bedeutender Arzt und Chirurg und ein Mann von seltener Geistesschärfe, trat eben als wissenschaftlicher Secretär ab und Emanuel Moritz, der nie zu Vergessende, trat an seine Stelle. Anregend und angeregt verlief das Leben in diesem Verein, erfrischt und aufgemuntert trotz aller Plage des Tages verliessen wir nach den Sitzungen den Verein.

So haben beide Vereine die 50 Jahre durch nebeneinander gearbeitet, beide in ihrer Weise der Wissenschaft dienend, beide zusammen den verschiedenen Anforderungen des ärztlichen Vereinslebens Rechnung tragend.

Das wissenschaftliche Leben der deutschen Aerzte St. Petersburgs hat für jetzt bald ein Jahrhundert sich ganz und vollständig in diesen beiden Vereinen, dem deutschen ärztlichen und in dem Verein St. Petersburger Aerzte abgespielt.

So ruft denn der ältere Verein dem jüngeren nochmals einen herzlichen Glückwunsch zu und bittet das kleine Angebinde freundlich aufzunehmen».

Hierbei überreicht der Secretär des Deutschen ärztlichen Vereins, H. Dr. Michelson, dem Vorstand ein silbernes Tintenfass.

(Schluss folgt.)

Therapeutische Notizen.

— Gegen Askariden empfiehlt Dr. Schmitz (Centralbl. f. inn. Med. 1908. Nr. 47) das früher von Brüning erprobte amerikanische Wurmsamenöl, oleum Chenopodii anthelmintici, das er an 21 Kindern und 4 Erwachsenen ausversucht hat. Die einmalige Dosis betrug 8—10 Tropfen, worauf die Eingabe eines Abführmittels — ol. ricini, pulv. liquiritiae compos. oder pulv. magnesiae cum rheo folgte. Das Mittel wurde teils mit Zuckerwasser, teils mit Pfeffermünzgeist oder Himbeersaft gegeben. Erwachsenen wurde es auch in Kapseln verordnet. In 6 Fällen musste die Cur widerholt werden, ehe der gewünschte Erfolg eintrat.

— Dr. Boss: Ueber die Mundpflege bei Quecksilbercuren mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste. (Medicinische Klinik 1909. Nr. 10).

Bei jeder antisyphilitischen Cur ist es eine wichtige Aufgabe des Arztes, unangenehme Nebenwirkungen des Quecksilbers zu verhüten. Was speciell die Mundpflege betrifft, so muss unser Bestreben dahin gerichtet sein, durch eine prophylaktische Behandlung das Auftreten krankhafter Processe am Zahnfleisch und an den Zähnen während der ganzen Cur fernzuhalten.

Die bisher zu diesem Zwecke verwendeten antiseptischen Präparate erschienen dem Verfasser als unzweckmässig, weil sie, um keine Reizwirkungen auszulösen, in zu schwacher Verdünnung verwendet werden müssen.

Nach jeder Richtung befriedigende Resultate erzielte Verfasser dagegen mit der von der Firma J. D. Riedel Actiengesellschaft, Berlin, dargestellten «Givasanzahnpasta», deren Grundlage das Hexamethylentetramin bildet, welches unter dem Einflusse der alkalischen Reaction des Mundspeichels Formaldehyd entbindet, dessen desinficierende Eigenschaften ja allgemein bekannt sind. Die antiseptische Wirkung der Pasta erstreckt sich auf die Schleimhaut der ganzen Mundhöhle bis zum Raschen, conform einer bacteriologischen Prüfung, welche einen in hohem Masse entwicklungshemmenden Einfluss auf die Mundbacterien wie auf Staphylococcen und Diphtheriebacillen ergab.

Foetor ex ore wird durch die Givasanpasta ebenfalls prompt beseitigt.

Irgend welche Reizerscheinungen sind bei Anwendung des Präparates ausgeschlossen.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Mit Allerhöchster Genehmigung wird das Mitglied des Conseils des Ministers für Handel und Industrie, Leib-Medicus Dr. L. Berthenson nach dem Kaukasus kommandiert, um das Präsidium in der besonderen Beratung über die Veränderung des Verwaltungsmodus der Curorte zwecks Uebergabe derselben an die örtlichen Communalbehörden oder Verpachtung an Privatpersonen zu übernehmen. Zu den Beratungen werden alle Aerzte, die in den Curorten practicieren, Vertreter der örtlichen Communalverwaltungen und Personen, die zur Klärung der Frage von Nutzen sein können, hinzugezogen werden.

— Der Minister der Verkehrswege Geheimrat Ruchlow hat es für zeitgemäss gefunden, einen Congress der Eisenbahnärzte zu berufen, der sich mit der Frage der Hebung des Sanitätswesens auf den Eisenbahnen beschäftigen soll.

— Auf Verfügung des Obermedicinalinspectors müssen die Absolventen von Zahnarzt-Schulen ein Zeugnis über Absolvierung von mindestens 6 Klassen eines Gymnasiums oder einer Realschule vorweisen, um zu den Prüfungen zur Erlangung des Zahnarztgrades zugelassen zu werden.

— Die Gesellschaft zur Fürsorge von Geisteskranken in St. Petersburg eröffnet Anfang Mai in Schuwalowo (Finnl. Bahn) ein Sanatorium, zu dessen Unterhalt die Gesellschaft einen Specialfond von 30 Tausend Rbl. besitzt. Der Bau hat 20000 Rbl. gekostet.

— Am 19. April fand in dem Botkinschen Barackenhospital die Einweihung von 12 neuerbauten Baracken, von denen jede für 20—30 Betten berechnet ist, statt. Der Bau hat 144140 Rbl. gekostet.

— Im Mai 1910 findet in Wien ein internationaler Wohnungscongress statt. In der «Centralstelle für Wohnungsreform» hat sich ein provisorisches Comitee gebildet, an dessen Spitze der Justizminister a. D. Dr. Klein steht.

— Im Allgemeinen Krankenhaus in Innsbruck soll auf Anregung des Vorstandes der Zahnärztlichen Klinik, Prof. Mayerhofer, eine zahnärztliche Klinik für stationäre Patienten eingerichtet werden.

— Bern. Die Schweizerische Centralcommission zur Bekämpfung der Tuberculose hat an die cantonalen Sanitätsbehörden ein Rundschreiben gerichtet, in welchem sie verlangt, dass eine Anzeigepflicht für Tuberculose eingeführt werden soll. Dieselbe soll sich auf den Wohnungswechsel von Personen mit vorgeschrittener offener Tuberculose, ferner auf solche Fälle erstrecken, in welchen Kranke durch ihre Ausscheidungen eine ständige Gefahr für ihre Umgebung bilden. Ferner wird die Einführung von Wohnungs- und Effectendesinfection, Isolierung der Kranken in Anstalten und zu Hause, Verbesserung der Wohnungs- und ökonomischen Verhältnisse verlangt. — Jedenfalls ein nachahmenswertes Vorgehen im Kampfe gegen chronische Seuchen!

— Dr. T. Laitinen, Prof. der Hygiene an der Universität zu Helsingfors wird am 20. Juli (n. St.) im Victoria and Albert Museum in London einen Vortrag halten: «über den Einfluss des Alcohols auf die Immunität». (The British. med. Journ. 8. Mai).

— Zum Director des städtischen Krankenhauses Moabit ist vom Berliner Magistrat Prof. G. Klemperer gewählt worden.

— In Dresden sind durch Ministerialverordnung Einfuhr und Vertrieb der von der Firma Energos in den Handel gebrachten elektrischen Apparate aus sanitätspolizeilichen Gründen verboten.

— Am 29. April erkrankte in St. Petersburg an der Cholera 1 Person, starben 0, genasen 0; in den Hospitälern verblieben in Behandlung 15. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10370 Personen erkrankt, 4018 gestorben und 6337 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 5. bis zum 11. April 1909 508 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 29, Typh. exanth. 5, Febris recurr. 44, Pocken 22, Windpocken 5, Masern 132, Scharlach 79, Diphtherie 82, acut. Magen-Darmkatarrh 29, Cholera 16, an anderen Infectionskrankheiten 64.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12186. Darunter Typhus abdominalis 402, Typhus exanth. 21, Febris recurrens 315, Scharlach 228, Masern 119, Diphtherie 133, Pocken 74, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 49, crupöse Pneumonie 155, Tuberculose 583, Influenza 263, Erysipel 99, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 84, Lepra 0, Syphilis 542, venerische Krankheiten 360, acute Erkrankungen 2036, chronische Krankheiten 1755, chirurgische Krankheiten 1409, Geisteskrankheiten 3190, gynäkologische Krankheiten 229, Krankheiten des Wochenbetts 37, verschiedene andere Krankheiten 94.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 889 + 40 Totgeborene + 35 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 2, Pocken 7, Masern 33, Scharlach 24, Diphtherie 17, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 54, katarrhalische Pneumonie 95, Erysipelas 4, Influenza 12, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 29, Dysenterie 1, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 39, andere Magen- und Darmerkrankungen 62, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 60, Marasmus senilis 23, andere Todesursachen 273.

— Verbreitung der Pest. In Britisch Indien erkrankten vom 7. bis zum 20. März 11730 Personen und starben 9143. — In Sidney (New-South-Wales) wurden vom 6. bis zum 12. März 4 neue Pesterkrankungen und 1 Todesfall registriert. — In Singapore wurde am 15 März ein Pestfall constatiert. — In Aegypten erkrankten vom 10. bis zum 16. April 8 Personen und starben 6.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 14. April in Moskau der Corps-Arzt des Grenadiercorps Dr. A. S. Schischkow, geb. 1846, Arzt seit 1874. 2) Am 22. April in Jurjew (Dorpat) der langjährige Professor für Augenheilkunde an der Universität Jurjew Dr. O. A. Jewezki. 3) Am 2. April in Menselinsk Dr. A. P. Spasski. 4) Am 21. Januar in Wologda der Landschaftsarzt Dr. S. M. Aljuchin. 5) Dr. Derville, Adjunct-Professor an der medic. Facultät in Lille. 6) Dr. Candido de Figueiredo Saboia, Professor der klinischen Chirurgie an der medic. Facultät in Rio de Janeiro.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 12. Mai 1909.

Ausschliesslich geschäftliche Sitzung:
Endgiltige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts.
Etwaige Anträge zum Project können nur noch bis zu dieser Sitzung dem geschäftsführenden Secretär eingereicht werden.
Die Mitglieder des Vereins werden gebeten, möglichst zahlreich zu erscheinen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Mai 1909.

Tagesordnung: E. Blessig: Statistisches aus der St. Petersburger Augenheilanstalt für das Jahrzehnt 1899—1908.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Karl Hoor. Die parenchymatöse Hornhautentzündung. Carl Marhold. Halle a. S. 1909.

C. A. Herter. Uebers. Dr. L. Schweiger. Intestinaler Infantilismus. Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

M. Tranjen. Das Altern als abwendbare Krankheit. Carl Marhold. Halle a. S. 1909.

R. Sokolowsky. Larynxtuberculose und Gravidität. Carl Marhold. Halle a. S. 1908.

Robert Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. III. Band. 4. Heft. C. Marhold. Halle a. S. 1908.

Hans Arnsperger. Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. F. C. W. Vogel. Leipzig. 1909.

F. Siebert. Ueber die Voraussetzungen zur Möglichkeit einer sexuellen Moral. Nationale Erziehung und sexuelle Aufklärung. Otto Gmelin. (Aerztliche Rundschau). München 1909.

E. Bleuler und S. Freud. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. 1. B. I. Hälfte. Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

Max Graefe. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. VII. Band. Heft 8. 1) P. Baumm. Beiträge zu neueren therapeutischen Massnahmen in der Geburtshilfe. 2) M. Graefe. Ueber Parametritis posterior und ihre Behandlung. Halle a. S. C. Marhold. 1909.

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 19 St. Petersburg, den 9. (22.) Mai 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber Zellparasiten und Zellveränderungen bei Trachom.

Von

Dr. H. von Krüdener.

Vortrag, gehalten am 21. Mai 1908 in der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

M. H. Die Trachomforschung tritt in ein neues Stadium. Wir können mit mehr Wahrscheinlichkeit als bisher annehmen, dass die Erreger dieser Krankheit entdeckt sind; in jedem Falle haben wir in den Zellen und dem Secrete des trachomatösen Gewebes Gebilde kennen gelernt, deren Vorhandensein uns die Möglichkeit gibt, bestimmte Formen oder Stadien des Trachoms von ähnlichen Krankheiten zu unterscheiden.

Jahrzehnte hindurch wurde die Frage behandelt: wie scheiden wir das für die Augen so folgenschwere Trachom von dem Folliculär-Katarrh? ist Trachom ein Sammelbegriff für verschiedene Krankheiten? kann einer oder können verschiedene der uns bekannten pathogenen Organismen Trachom erregen? ist diese Krankheit wirklich infectiös oder nur durch äussere Schädlichkeiten hervorgerufen, und ruft nicht vielleicht jede lange andauernde Reizung des Auges (Cazalis) Trachom hervor? endlich: liegt nicht in einer individuellen Disposition localer und allgemeiner Natur zum mindesten ein prädisponierendes Moment für die Krankheit? Viele dieser Fragen waren allerdings schon abgetan, die Antworten zum Teil spruchreif, aber eine wirkliche Entscheidung war noch nicht gegeben. Wie auch die Wissenschaft über die unten folgenden Befunde richten wird, in jedem Falle treten wir an das interessanteste Kapitel der Geschichte des Trachoms, interessant für uns schon darum, weil wir mitten in der Zeit der Forschung stehen und mitarbeiten können, scheinbar auf einer festeren Bahn als bislang. Zudem bringt die grosse Verbreitung des Trachoms in Russland und unseren Provinzen und die Möglichkeit, hier auf diesem Gebiete viele Erfahrungen zu sammeln, uns die Pflicht der Mitarbeit. Vordem wir medias in res treten, sei es gestattet, die Resultate der klinischen und bacteriellen Forschung der letzten Jahre kurz zu berühren. Zunächst sei bemerkt, dass keines der bisher bekannten Bacterien als ursächliches Moment für das Trachom aufzufassen ist. Dem klinischen Krankheitsbilde nach hat die Tuberculose der Bindehaut noch die grösste Aehnlichkeit mit Trachom; doch dank den Untersuchungs-, Reactions- und Impfmethoden, dank dem Interesse, welches die letzte Zeit überhaupt der Tuberculose entgegengebracht hat, sind wir in der Erkenntnis dieser Prozesse soweit gekommen, dass eine genaue Beobachtung uns hier meist zur sicheren Diagnose führt. Die Conjunctivitis follicularis bei Skrophulose, adenoiden Vegetationen und nach acuten Bindehautentzündungen wird uns jetzt noch gelegentlich irreführen aber nicht in dem Masse wie früher. Eine weitere bei uns seltene Krankheitsform, der Pemphigus der Conjunctiva, kann gelegentlich zu Verwechslung mit schwerem Narbentrachom führen, aber auch hier vermag reiche persönliche Erfahrung vor Irrtum zu schützen. Erkrankungen durch den Diplobacillus Morax—Axenfeld können auch gelegentlich für Trachom gehalten werden, doch ist dieser Krankheitserreger für den, der mit bacteriologischen Untersuchungen vertraut ist, nicht schwer zu bestimmen. Er findet sich bei uns in den Ostseeprovinzen höchstens bei 5 Procent aller wirklichen Trachomfälle, kommt also als Ursache desselben nicht in Frage. Der Gonococcus hat mit Trachom nichts zu tun; Stellwag war sogar der Ansicht, dass er ein Feind des Trachoms sei, und berichtete in einer Vorlesung, er habe mehrere Jahre an schwerem Trachom gelitten, welches sofort ausheilte, nachdem er eine beiderseitige gonorrhoische Conjunctivitis durchgemacht. Bei den vielen hundert Untersuchungen, die ich selbst gemacht, habe ich bei Trachom nie den Gonococcus gefunden.

Der Koch—Weecksche Bacillus, den ich hier in Riga in jedem Frühjahr epidemisch beobachte, ruft nie das Bild des Trachoms hervor, ebensowenig der Pneumo-

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

coccus. Auch Influenza-respective Müllersche Bacillen scheinen in unseren Gegenden im genannten Sinne nicht in Frage zu kommen. Xerose-Bacillen sitzen oft in vollkommenen Rasen auf dem Grunde von Trachomgeschwüren, besonders des oberen Tarsus, und scheinen die Heilung derselben zurückzuhalten; bei acutem Trachom sind sie aber selten. 1895 beschrieb ich Zelleinschlüsse, welche ich als Protozoen auffasste, doch handelte es sich hierbei um secundäre Veränderungen in den Zellen, welche aber höchst wahrscheinlich durch die wirklichen Erreger hervorgebracht sind. Auch das Ultra-Mikroskop wurde von Raehlmann zur Untersuchung des Trachoms zu Hilfe genommen, jedoch ohne beweisenden Erfolg. In der Folge wurden bei der Trachomforschung auch andere Wege eingeschlagen; Pfeiffer und Kuhnt stellten ein Infus aus Trachomfollikeln dar, und das Filtrat erwies sich als nicht infectiös; dasselbe Resultat hatten Hess und Römer, zugleich fanden diese Autoren, dass die nicht filtrierten Massen beim Pavian Follikel erzeugten. Ich habe eine Reihe von Infectionen bei Collegen gesehen, die mit der Präcision des Experimentes von statten gingen. Fast immer erfolgte die Infection beim Ausdrücken von Follikeln mittelst Quetsch-Pincette. Der Ausbruch der acuten Entzündung erfolgte zwischen dem achten und zwölften Tage; bei Fällen, die später mehr chronisch verliefen, ausnahmsweise am zwanzigsten Tage. Die jüngste Zeit bereicherte die pathologische Anatomie des Trachoms um mehrere ausgezeichnete Arbeiten von Villard, Junius, Addario und Goldzieher. Wir finden in ihnen sorgfältige Analysen des Follikelinhaltes, genaue Beschreibungen von allen körperlichen Elementen, aber die Aetiologie des Trachoms bleibt nach wie vor unklar. Wenn jetzt Prowazek eine Lösung der Frage erreicht zu haben scheint, so wird hierdurch uns zugleich Anregung zu weiterer Forschung gegeben, die Geschichte des Trachoms ist eine Geschichte sorgsamer Arbeit und zugleich eine Geschichte menschlichen Irrens. Ein gesunder Skepticismus wird hier wie überall am Platze sein, wir werden uns aber andererseits willig der weiteren Erkenntnis zuwenden. Die erste Publication von L. Halberstädter und S. von Prowazek erfolgte im April 1907 in den „Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte"; eine zweite detailliertere Arbeit von Prowazek „Chlamydozoa" im „Archiv für Protistenkunde" 1907, Heft 2. In nach Giemsa gefärbtem Trachomsecret fanden die genannten Autoren innerhalb der Epithelzellen neben dem Kern in dem lichtblauen „Protoplasma dunkelblau färbbare, nicht homogene, unregelmässige Einschlüsse. Die zunächst kleinen runden oder ovalen Einlagerungen werden allmählich grösser, nehmen eine maulbeerförmige Gestalt an und erfahren eine mit fortschreitendem Wachstum zunehmende Auflockerung, die im Centrum beginnt. In der Folge sitzen sie meist kappenförmig dem Kerne auf. Sodann tauchen innerhalb dieser Einschlüsse rot färbbare, distincte, sehr feine Körnchen auf, die sich rapide vermehren, die blau gefärbten Massen verdrängen und allmählich zum Verschwinden bringen. In den Ausstrichpräparaten konnte Prowazek auch freie Körperchen, die eine Grösse von etwa $^1/_4$ μ haben, neben den Zellen beobachten; diese Körperchen, die Träger des Virus, vergrössern sich und bilden doppelpunctartige Körnchen. Die Erreger haben nichts mit den Bacterien zu tun, sie führen ein vorwiegend intracelluläres Leben und werden von Prowazek zwischen Bacterien und Protozoen gestellt unter dem Namen Chlamydozoa (d. h. Manteltiere χλαμνs-Hülle, Mantel). Die Gebilde erwiesen sich bei einigen Affenarten übertragbar. Nach Prowazek ist das Trachom eine Epithelerkrankung der Conjunctiva und die Bildung der Follikel eine secundäre Nachkrankheit. Die Chlamydozoen des Trachoms sollen in eine Gruppe gehören mit den Erregern der Variola, der Vaccine, des Scharlach und der Lyssa. Die Untersuchungen von Prowazek und Halberstädter fanden in Java und Hamburg statt.

Kurz nach der ersten Prowazekschen Veröffentlichung brachte die „Deutsche Medicinische Wochenschrift" Nr. 23 eine Arbeit von Greeff, Frosch und Clausen. Diese Autoren fanden in Trachomausstrichen an der Grenze der Sichtbarkeit liegende punctförmige Doppelbacterien, die bei einer Vergrösserung von 2000 rund zu sein scheinen, manchmal indess wie kleine Doppelstäbchen aussehen. Sie sind stets von einem Hof umgeben und kommen entweder einzeln oder zu mehreren aneinandergelegt in den Zellen, besonders den aus der Tiefe der Follikeln stammenden, und neben dem Kern vor. Die Körperchen liessen sich nicht nur nach Giemsa, sondern auch mit unverdünntem Carbolfuchsin, mit Methylenblau $^1/_2$ Stunde, dagegen nicht nach Gram färben.

Mit Recht betonen diese Autoren, dass eine Farbenscheidung der Vollgebilde und der kleinsten Elemente nach der Giemsa-Färbung nicht immer möglich sei. Die Kleingebilde werden nicht immer distinct rot gefärbt. Färbedauer und chemische Mischung der Lösung spielen sehr oft eine uncontrollierbare Rolle. Ferner fanden sie Vollgebilde- Einzel- und Doppelkörnchen losgelöst von den Epithelzellen, und wenn im Anfange zwischen von Prowazek und ihnen keine völlige Einigkeit erzielt wurde, so war dieses nur scheinbar der Fall. Greeff, der zu derselben Zeit mit der Erforschung des Trachoms beschäftigt war wie v. Prowazek, trat an die Oeffentlichkeit bevor der gewünschte Abschluss seiner Arbeit erfolgt war, bereicherte aber zusammen mit seinen Mitarbeitern die neu entstandene Lehre in verdienstvoller Weise. Greeff, Frosch und Clausen rechnen die Trachomerreger mehr zu den Bacterien und demonstrierten die Kleingebilde auf dem Ophthalmologischen Congress in Heidelberg 1901. An demselben Tage demonstrierte A. Leber dem Congress ein Agregatgebilde (von Prowazek). Bei den später von Greeff, Frosch und Clausen vorgenommenen Versuchen, erwies es sich, dass Trachom samt den beschriebenen Gebilden auf Menschen und anthropomorphe Affen übertragbar ist. Ich habe nun eine grosse Anzahl von Trachomfällen untersucht und neben anderen Methoden die Giemsa-Färbung angewandt. Hierbei ist es mir mehrfach gelungen, Conglomerat-Gebilde sowohl wie die kleinen Doppelkörnchen zu finden. Von grosser Wichtigkeit ist die Art und Weise der Secretentnahme von der Conjunctiva. Schleimflocken aus dem Bindehautsack sind leichter zu verarbeiten, geben durchsichtige Flächen auf den Deckgläschen, und die in ihnen enthaltenen Epithelzellen sind, obschon spärlicher vorhanden, leichter auf Einlagerungen zu prüfen. Der abgestrichene Belag der Schleimhautoberfläche gibt oft ein trübes Bild wegen der unzähligen kleinen körperlichen und schleimigen Bestandteile, die wir stets bei Trachom finden; gelingt aber der Ausstrich gut, so finden wir besonders bei frischem Trachom Epithelzelle neben Epithelzelle, bei alten Formen mehr Kerne von Epithelien und Lympfzellen. Sehr trübes Secret kann man mit Vorteil in Kochsalzlösung vorsichtig aufhellen und die am Boden liegenden Flocken zum Ausstrich benutzen. Die Fixation geschieht mit Methylalcohol und Formalin oder absolutem Alcohol. Die verkäufliche Giemsalösung eignet sich nicht für alle Fälle, sie färbt zwar die Trachomkörperchen, gibt aber nie so klare und sichere Bilder wie die ältere Giemsa-Methode. Von Prowazek empfiehlt 6 Stunden Einwirkung. Die Lösung muss immer frisch bereitet werden, aber die nötigen Stamm-Lösungen halten sich längere Zeit. Das Verfahren ist also kurz folgendes: Fixation der lufttrockenen

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausstriche; Einlegen der Deckgläschen (die bestrichene Fläche nach unten) in folgende Lösung:

1) 12 Teile Giemsas Eosinlösung (2,5 Ccm. 1% französisch-Eosinlösung auf 500 Ccm. Wasser),

2) 3 Teile Azur I (1 : 1000),

3) 3 Teile Azur II (0,8 : 1000).

Einbetten in Kanadabalsam. In kaltem Raum färben die Präparate sich schwächer. Die Zeit kann durch Erwärmen abgekürzt werden, es finden sich aber dann noch mehr Niederschläge, an denen es sowieso bei dieser Methode nie fehlt. Betrachten wir nun in derart gefärbten Secret-Ausstrichen Conjunctivalepithelien, so erscheint das Protoplasma leicht gleichmässig hellblau, der Kern rosa und die Kernkörperchen blau. Bei acutem Trachom treten nun hart am Kern, bisweilen von diesem getrennt, dunkle, blaue zum Teil scharf begrenzte, zum Teil jedoch völlig ungleichmässig contourierte Gebilde auf, liegen sie dem Kern nahe, so legen sie sich mit concaver Seite diesem an; befinden sie sich mehr im Protoplasma zur Peripherie hin, bleiben viele von ihnen rund. Eine typische Gestaltung gewinnen sie, wenn sie kappenförmig an einer oder mehreren Seiten dem Kerne aufliegen. Man sieht ein oder zwei, seltener vier bis fünf solcher Körper in einer Zelle. Sie sind blau und zeigen eine mehr oder weniger deutliche violette Körnung. Einzelne Körner sind durch Striche miteinander verbunden und erinnern im Kleinen vielleicht an Bacillenketten. Jetzt tritt nun die von Prowazek beschriebene Ballonierung der Zelle auf, und im Protoplasma sowie im Kern erscheinen die Kleingebilde, bisweilen völlig rot gefärbt, öfters aber gleichfalls blau. Ich selbst bin aber im Besitze einiger Präparate, bei welchen in einer anscheinend ganz gesunden Epithelzelle im klaren Protoplasma einzelne Trachomkörnchen sich befinden ohne die grösseren Sammelgebilde. Zu gleicher Zeit sehen wir jetzt andere Veränderungen des Kernes und des Protoplasma auftreten. Die Hülle des Kernes der Epithelzelle löst sich an der einen Seite, und der Inhalt des Kernes zieht sich garbenförmig nach dieser Richtung. So trifft es sich hin und wieder, dass ein Teil des ausgetretenen Kernes kappenförmig dem Kern selbst aufliegt und wieder kappenförmig von einem grossen Trachomgebilde bedeckt wird. Ersterer zum Kern gehörige Teil rosa gefärbt, letzterer blau. Im Protoplasma treten besonders an der Peripherie weitere rundgeformte Plastinmassen und Reactionsproducte auf, und gehen in das flüssige Secret über, nachdem sie längere Zeit an einem Fortsatz mit der Mutterzelle in Verbindung geblieben; sie färben sich nur schwach. Bei einem Teil der Trachome, besonders den acuten, prävaliert nun die Ballonierung der Zelle, und völlige Nester von Kleingebilden füllen das Protoplasma; bei einem anderen Teil verlieren die Zellen ihr Protoplasma gänzlich und die Kerne liegen frei im Secret; ein Teil ist an der Seite geöffnet und zerfällt allmählich fingerförmig, ein anderer Teil bildet eigentümliche bänderartige Schnörkel und löst sich auf. Wir finden Letzteres mehr bei chronischen und alten Trachomen. In den Adern zerfallender Kerne sieht man bisweilen besonders deutlich die roten Körnchen auf hellem Grunde. Sicher fand ich auch die Körnchen in einkernigen Lymphzellen. Schwieriger ist die Beurteilung der Körnchen bei den anderen Formen der Blutkörperchen, besonders den eosinophilen Zellen, Mastzellen etc. Die heute von mir hier demonstrierten Präparate zeigen bei der jetzt vorhandenen Einstellung die beschriebenen Gebilde in Epithelzellen. Die differentialdiagnostische Verwertung der präsumptiven Trachomerreger liegt noch in weitem Felde, aber die wissenschaftliche Durcharbeitung wird nicht ohne practische Resultate bleiben.

Literatur:

1) L. Halberstädter und S. v. Prowazek über Zelleinschlüsse parasitärer Natur beim Trachom. Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte 26. Band, Berlin 1907. 2) Greeff. Ueber eigentümliche Doppelkörnchen (Parasiten) in Trachomzellen. Deutsche Medic. Wochenschr. 1907. Nr. 23. 3) S. v. Prowazek. Chlamydozoa. Archiv für Protistenkunde, 1907 und Archiv für Augenheilkunde, Band 59. 4) Greeff, Frosch und Clausen, Untersuchungen über die Entstehung und die Entwickelung des Trachoms. Archiv für Augenheilkunde, Band 58 u. 59. 5) H. von Krüdener, über die Ursachen des Trachoms. Petersburger Medicinische Wochenschrift, Nr. 52. 1895.

Ueber das Hämatom der Vulva.

Von

Dr. A. Holowko.

Vortrag, gehalten am 20. Februar 1909 in dem Illuxtschen Aerzteverein.

Das Vulvahämatom ist eine seltene Erkrankung. Nach statistischen Angaben, die ich dem Handbuche v. Winkels[1]) entnehme, kommt ein Vulvahämatom nach v. Winkel 1 Mal unter 1600 Geburten vor, nach Ssutugin 1 Mal unter 3285, nach Ssasonoff 1 Mal unter 2375. — Unter 14000 Geburten fand Hugenberger 11 Mal ein Hämatom, Kucher unter 6000 Geburten 4 Mal Johnston und Sinclair unter 13748 Geburten 7 Mal, Dubois unter 14000 Geburten 3 Mal, Spiegelberg unter 3000 Geburten 3 Mal, v. Braun unter 20000 Geburten 4 Mal. Wenn auch die Häufigkeit des Hämatoms schwankt, so ersehen Sie doch aus diesen Zahlen, wie selten es vorkommt; trotzdem ist diese Erkrankung von grosser practischer Bedeutung, sind doch Fälle bekannt, wo das Vulvahämatom zu Geburtshindernissen, ja sogar zum letalen Ausgang durch Verblutung führte oder das Wochenbett schwer complicierte.

Je nachdem der Bluterguss in das Beckenzellgewebe oberhalb oder unterhalb der Beckenfascie stattfindet, unterscheidet man supra- oder infrafasciale Hämotome; erstere sind eminent selten, und ich verweise darüber besonders auf die Abhandlung von Walther[2]). Meine Erfahrungen betreffen nur die infrafascialen Blutergüsse, also das eigentliche Hämatoma vulvae. Was die Aeticlogie anbetrifft, so muss hervorgehoben werden, dass eine spontane Blutung in das Beckenzellgewebe ausserhalb der Schwangerschaft sehr selten vorkommt. Es existieren darüber nur Beobachtungen von Gempe[3]). Hämatom bei einer Wärterin nach Heben einer Schwerkranken, von v. Franque[4]); das Hämatom entstand bei einer alten Frau während des Drängens beim Stuhlgang (Atheromatose der Gefässe) von Falk[5]), entstanden ganz spontan bei Bettruhe und von Merkel[6]), auch ganz spontan entstanden. Häufiger sind die Hämatome, trotz geschützter Lage der Vulva im Anschluss an ein directes Trauma entstanden. Karl Rothlauf[8]) gibt neuerdings eine Zusammenstellung von 6 solchen Fällen nebst einer eigenen Beobachtung. Meistenteils betraf das Trauma die Genitalien beim Fallen auf einen harten Gegenstand z. B. Fall auf die Armlehne einer Bank, auf die Kante einer Tonne, auf einen Pfahl, auf Glatteis. — Ich verfüge über eine Beobachtung dieser Art. Fall I. Frau G., 28 Jahre alt, verheiratet, hat 1 Mal geboren, glitt beim Verlassen des Eisenbahnwagens am 20. September 1894 aus und fiel auf den Wagentritt. Anschwellung der rechten Schamlippe. Wegen Schmerzen und Zunahme der Geschwulst wurde ich 4 Stunden nach dem Unfall hinzugeholt. Ich fand ein gänseeigrosses Hämatom des rechten Labium majus, zahlreiche Abschürfungen und Quetschungen der Schleimhaut. Sorgfältige Desinfection,

Generated on 2019-01-09 23:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Incision, Ausräumen der Blutgerinsel; die Blutung steht.— Tamponade. Die starken Schmerzen hören nach der Ausräumung sofort auf. Heilung.

Eine andere Ursache der Hämatombildung beschreibt Mekertschiantz [7]) nämlich Hämatombildung im Anschluss an den Coitus primus. Einen Fall von Hämatom nach dem Coitus primus teilt Walther mit, auch Rothlauf [8]) und Ehrendorfer. Betrachten wir nun die Fälle von Hämatoma vulvae, die im Verlaufe der Geburt resp. in der Schwangerschaft und im Wochenbette entstanden sind, so steht hier als ursächliches Moment im Vordergrunde die Schwangerschaft selbst, die durch Auflockerung des Zellgewebes, stärkere Blutfülle der Gefässe, Schädigung der Gefässwand und schliesslich durch das Geburtstrauma günstige Vorbedingungen für das Zustandekommen des Vulvahämatoms schafft. Nach von Winkel [1]) neigen Mehrgebärende mehr zu Hämatombildung, Spiegelberg [9]) behauptet das Gegenteil. Ob Varicen dazu disponieren ist zweifelhaft. M'Clintock [1]) und F. Barker [1]) geben an, dass sie nie ein Hämatom bei ihren mit Varicen behafteten Wöchnerinnen gesehen haben. Sollten Varicen wirklich zur Hämatombildung prädisponieren, so müsste das Vulvahämatom entsprechend der Häufigkeit der Varicen viel häufiger vorkommen. Da das Hämatom in über 50 pCt. Erstgebärende betrifft, so darf man nach Liepmanns [10]) Ansicht Varicen und Arteriosclerose nicht als Ursache der Hämatombildung annehmen. Lwoff [11]) erwähnt als Prädispositionsmoment ererbte Hämophilie, Warszawski [12]) Morbus maculosus Werlhofii, Löhlein — chronische Nephritis. Nach v. Winckel kann infolge einer übermässigen Anstrengung in der Ausbreitungsperiode oder bei übermässiger Ausdehnung der Geschlechtsteile, z. B. bei Sturzgeburt, eine Zerreissung oder Berstung der Gefässe erfolgen. Bei tief stehendem Kopf kann eine Gefässzerreissung durch Gewebszerrung des während der Wehen tiefer tretenden und in der Wehenpause zurückweichenden Kopfes entstehen, wie das R. von Braun-Fernwald [1]) hervorhebt. Dass unzweckmässige instrumentelle Hilfe durch Gewebsquetschungen und Verletzungen zur Hämatombildung führen kann, ist selbstverständlich. Starke Hustenstösse, epileptische Anfälle (Fall von Vinay [1]) sollen auch Hämatome hervorrufen können. Was die Hämatome, die im Wochenbett auftreten, anbetrifft, so hat die Zerreissung der Blutgefässe meist während der Geburt stattgefunden; die Blutung wurde durch Compression des durchtretenden Kindsteils verhindert und wurde erst im Wochenbett manifest. In sehr seltenen Fällen entsteht das Hämatom im Spätwochenbett (Fall von Helfer [1]) am 21 Tage des Wochenbetts, Fall von Warszawski am 11 Tage von Mc. Grew [1]) am 3 Tage). R. von Braun erklärt diese Fälle dadurch, dass erst eine Necrose der Gefässwand während der Geburt stattfand, nach deren Abstossung es zur Hämatombildung kam.

Liepmann [10]) führt als hauptsächliche Ursache den Druck des durch die Wehen vorgedrängten Kopfes mit consecutiver venöser Stase und Venenrupturierung an. Gestatten sie mir nun, die Symptome und den Verlauf des Vulvahämatoms an der Hand meiner eigenen Beobachtungen Ihnen zu schildern. Ich beginne mit einem leichten Fall.

Fall II. Am 7. Juli 1905 wurde ich zur Frau des Collegen Dr. L. abgeholt. Frau L., 27 Jahre alt, I. para. Die Schwangerschaft verlief normal, I. Schädellage. Die Geburtswehen begannen um 2 Uhr nachts, wurden um 2 Uhr mittags stärker, um 6 Uhr abends sehr starke Wehen, gleichzeitig klagte Frau L. über heftige Schmerzen in der rechten Inguinalgegend. Um 8 Uhr abends wurde bei vollständig erweitertem Muttermunde und tiefstehendem Kopfe die Blase gesprengt. Starke Presswehen. Um 9 Uhr abends begann der Kopf einzuschneiden. Um $9^1/_4$ Uhr abends wurde bei einer Presswehe eine Anschwellung im rechten Lab. majus bemerkt, die schnell zunahm. Anlegung der Zange. Lebendes Mädchen; nach der Geburt des Kindes folgte alsbald die Placenta. Das Hämatom von Hühnereigrösse, bläulich durchschimmernd, vergrössert sich nach der Geburt nicht mehr. Compressivverband. Fieberfreies Wochenbett. — Vom 5. Tage an verkleinert sich das Hämatom. — Am 14. Tage nach der Geburt war das Hämatom fast völlig geschwunden und Frau L. stand auf.

Anders liegt die Sache, wenn die Blutung aus dem gerissenen Gefäss so heftig auftritt, das alsbald die Schleimhaut der Vulva durchbrochen wird und das Blut nach aussen sich ergiesst.

Fall III. betrifft eine Geburt in meiner Privatklinik. Journal Nr. 14. 1904. Frau Anna H., 36 Jahre alt, 7 Jahre verheiratet, hat 2 Mal geboren, ist von schwächlicher Constitution. Enges Becken I. Grades. II. Steisslage. Wehenbeginn am 10. Februar 1904 in der Nacht, um 3 Uhr nachmittags Blasensprung. Um $^1/_2 6$ Uhr starke Presswehen. Um 8 Uhr abends ist die Kreissende sehr erschöpft, der Steiss über dem Beckeneingang. Muttermund vollständig verstrichen. Leichte Choloroformnarcose. Hinabholen des Fusses, langsame Extraction. Während der Extraction bemerkt man, dass bei einer Presswehe plötzlich die linke Schamlippe stark anschwillt. Nach Extraction des Kindes platzt die Schleimhaut der linken Schamlippe, wobei es stark nach aussen blutet. Um die blutenden Gefässe aufzufinden, wird der Riss durch Incision ins linke Labium erweitert und werden blutende Venen in der Nähe der Urethra umstochen, worauf die Blutung steht. Naht der Incision. Das Kind weiblichen Geschlechts, lebend, wog 2800 gr. Normales Wochenbett. Die Naht per primam geheilt.

Dann verfüge ich über 2 Fälle, wo das Hämatom langsam sich entwickelte aber doch zum ärztlichen Eingreifen Veranlassung gab.

Fall IV. Am 15. Januar 1898 wurde ich von der Hebamme Frau Runke zu der eben entbundenen Frau K. gerufen. Patientin ist 30 Jahre alt, hat vor 2 Jahren eine normale Geburt durchgemacht, auch die jetzige Geburt ist nach Angaben der Hebamme leicht gewesen. Placenta spontan abgegangen. Nach der Geburt des Kindes bemerkte die Hebamme, dass die rechte, grosse Schamlippe anzuschwellen begann, weshalb sie auch nach dem Arzt schickte. — Uterus gut contrahiert keine Zeichen der Anämie. Die rechte grosse und kleine Schamlippe sind durch einen prall gespannten Tumor von Kleinkindskopfgrösse eingenommen. Nach oben reicht der Tumor bis zur Symphyse, nach unten bis zum After. Die Schleimhaut der rechten Schamlippe ist stark ödematös, glänzend, es schimmert darunter eine dunkelblaurötliche Masse durch. Auch gegen den Damm setzt sich das Hautödem fort, links sind die Schamlippen nötig normal ohne Spur von Oedem. Der Tumor nimmt an Grösse zu und platzt schliesslich an der medialen Seite; in der so entstandenen Oeffnung erscheint ein Blutgerinsel. Incision an der Grenze zwischen der grossen und kleinen Schamlippe, die durch eine Furche noch markiert ist. Ausräumung der Blutgerinsel. Bei der Incision entleert sich aus der ödematösen Schleimhaut viel blutig-seröse Flüssigkeit. Nach Entfernung der Blutgerinsel bleibt eine ziemlich grosse Höhle zurück, aus der es im unteren Wundwinkel blutet. 3 Umstechungen. Die Incisionswunde wird teilweise durch die Naht geschlossen, teilweise mit Jodoformgaze tamponiert. Am folgenden Tage Entfernung der Gaze. Fieberfreies Wochenbett. Glatte Heilung. Nach 2 Jahren hat Frau K. noch einmal eine ganz normale Geburt durchgemacht.

Fall V. Am 8. December 1907 wurde ich von der Hebamme Wierchowska nach dem Städtchen Griwa

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Semgallen zu einer Kreissenden wegen Geburtsbehinderung gerufen.

Die Kreissende Matrona Z., I. para, 19 Jahre alt, hat eine normale Schwangerschaft durchgemacht, die Wehen begannen am Tage vorher und dauerten die ganze Nacht. Um 3 Uhr nachmittags fühlte Patientin bei einer starken Presswehe in der rechten Inguinalgegend einen starken Schmerz, gleichzeitig bildete sich in der rechten, grossen Schamlippe eine Anschwellung. Wegen stetiger Zunahme dieser Anschwellung und Schmerzen wurde nach mir geschickt.

Ich fand an Stelle des rechten Labium majus et minus eine mächtige, kindskopfgrosse Anschwellung, die von der Symphyse bis zum Anus reichte, auch nach innen stark sich hervorwölbte, so dass die Schamspalte durch diesen Tumor stark verengt wurde. Der Tumor ist sehr stark gespannt, die Schleimhaut darüber glänzend, glasig durchschimmernd; dies Oedem reicht auch tief gegen den After hinab, während links kein Oedem besteht und die Genitalien hier normal sind. Unter der Schleimhaut schimmert eine dunkelrote Masse durch. Mit Mühe dringt der Finger um den Tumor herum in die Scheide ein, wo der tiefstehende Kopf bei völlig verstrichenem Muttermunde gefühlt wird. Trotz der kräftigen Presswehen, die der Kreissenden unsägliche Qualen bereiten, schreitet die Geburt nicht fort. Lagerung aufs Querbett zwecks Application der Zange. Während einer Wehe platzt der Tumor und es erscheint in der Rissstelle ein Blutgerinsel ohne dass es dabei weiter blutet. Die Rissstelle wird durch eine Incision nach unten und oben erweitert; das Messer durchschneidet die mächtig infiltrierte ödematöse Schleimhaut, aus der massenhaft seröse Flüssigkeit sich entleert. Nun werden die Blutgerinsel entfernt. Die Blutung steht vollkommen. Leichte Beckenausgangszange. Lebendes Kind. Kein Dammriss. Die Incisionswunde wird oben vernäht, unten mit Jodoformgase tamponiert. Am nächsten Tage Entfernung der Gaze. Leicht fieberhaftes Wochenbett. Heilung.

Auffallend war in diesen beiden Fällen das starke Oedem, das wohl die Hälfte des Tumors bildete; zuerst bildet sich der Bluterguss, sehr bald aber nach Gerinnung des Blutes wächst der Tumor durch ödematöse Durchtränkung des umgebenden Gewebes; dieses Oedem führt schliesslich den Tumor zum Platzen; die Blutung stand schon vollkommen und erneuerte sich nicht nennenswert nach der Ausräumung der Blutgerinsel. Schliesslich habe ich noch über einen Fall von Haematom der Vagina zu referieren, der wohl während der Geburt zustande kam, aber erst 4 Monate nach der Geburt zu einem operativen Eingriffe Veranlassung gab.

Journal Nr. 91/1901. Frau Alice P., 28 Jahre alt, hat am 11. Juni 1901 zum ersten Male geboren. Seit der Geburt datieren Schmerzen an den Genitalien, besonders Druck nach unten, weshalb Pat. in meine Privatklinik eintrat. Bei der Untersuchung am 7./IX. 1901 findet man Uterus und Adnexa normal; der hinteren Vaginalwand sitzt breitbasig ein pflaumengrosser harter Tumor auf, der bis in das Cavum ischio-rectale hinabreicht. Es wurde die Diagnose auf eine Neubildung gestellt und Perineotomia sagittalis ausgeführt; während des Exstirpationsversuchs reisst die Wand der vermeintlichen Geschwulst ein und es findet sich in der eröffneten Höhle nur ein altes Blutcoagulum. Ausräumung. Teilweise Vernähung. Drain. Heilung.

Was die Aetiologie anbetrifft, so waren in meinen Fällen die Hämatome meist plötzlich bei einer kräftigen Presswehe entstanden, als durch Rupturierung einer mit Blut überfüllten Vene. Keine von meinen Patientinnen litt an ausgedehnter Varicenbildung oder Nephritis.

Besonders fiel mir das den Bluterguss begleitende Oedem auf, so dass nach meiner Ansicht das riesige Wachsen der Geschwulst mehr auf ödematöser Durchtränkung der Umgebung als auf Blutung beruht. Dieses Oedem ist von vielen Autoren beobachtet worden. Betrachten wir die schönen Abbildungen vom Hämatom der Vulva, die Bumm in seinem Grundriss der Geburtshilfe gibt, so erkennen wir auch dort deutlich die ödematöse Schwellung um das Hämatom. Löhlein, der die Nephritis als ätiologisches Moment der Hämatombildung beschuldigt, hält das Oedem an den Genitalien als prädisponierend dazu. In meinen Fällen war das Oedem stets secundär entstanden und beruhte nicht auf Nephritis; auch habe ich in vielen Fällen von Nephritis mit starkem Vulvaödem nie ein Hämatom beobachtet.

Was die Entstehung dieses Oedems anbetrifft, so gerinnt das in das Zellgewebe ergossene Blut recht schnell und behindert durch Druck auf die Umgebung den venösen Abfluss, während der arterielle Zufluss fortdauert; so kommt es leicht zur Oedembildung im besonders dazu geeigneten lockeren Zellgewebe. Vielleicht wäre hier auch zutreffend die Analogie mit der Bierschen Stauung, wo bei geringer Stauung es zu einer arteriellen Hyperämie mit Oedembildung, so genannter roter Stauung kommt.

Was den Verlauf meiner Fälle anbetrifft, so erforderten sie alle einen operativen Eingriff. Fall 2 gab die Indication zur Zange ab, ebenso auch Fall 5, bei welchem das Hämatom ein absolutes Geburtshindernis war, nach dessen Beseitigung die Zange aber sehr leicht gelang. Solche Fälle sind vielfach beschrieben worden.

In 5 Fällen haben wir incidieren müssen um die Thromben und die Blutung resp. die Vergrösserung der Geschwulst durch Oedembildung zu beseitigen.

Ich teile ganz die Ansicht von Löhlein, Walther, R. von Braun-Fernwald und Liepmann, dass eine Incision und Ausräumung der Thromben bei grösseren Hämatomen indiciert ist, nicht nur um die Blutung zu stillen, sondern auch um der Infection der Thromben vorzubeugen. Walther [2]) beschreibt einen Fall aus seiner consultativen Praxis, wo die conservative Behandlung des Hämatoms zu seiner Verjauchung und daran sich anschliessender allgemeiner Sepsis führte. Nur bei kleinen Hämatomen kann man ruhig abwarten und auf Resorption rechnen, wo aber ausgedehnte Oedembildung schon stattfand, da ist eine frühzeitige Incision indiciert, um auch die Vergrösserung und das weitere Wachstum des Tumors aufzuheben.

Nach der Incision, Ausräumung der Thromben und Blutstillung würde ich nur den teilweisen Verschluss der Wunde durch Naht empfehlen und für ausgiebige Tamponade sorgen, da im gequollenen, blutig imbibierten, teilweise necrotischen Gewebe die vollständige Vernähung kaum am Platz wäre.

Literatur.

Eine sorgfältige Literaturzusammenstellung bis zum Jahre 1906 finden wir im 5. Bande des v. Winckelschen Handbuches der Geburtshilfe, in dem von R. von Braun-Fernwald bearbeiteten Capitel über Genitalblutungen bei Wöchnerinnen. 1. F. von Winckel: Handbuch der Geburtshilfe. Bd. III, Teil II, 1906. 2. Walther: Ueber das Haematoma vulvae et vaginae. Centralblatt für Gynäkologie, 1905. 3. Gempe: Ueber das Haematom der Vulva. Inaug.-Dissert. Berlin, 1882. 4. v. Franqué: citiert bei Veit, Handbuch der Gynäkologie. Bd. III, 1898. 5. Falk: Centralblatt für Gynäkologie. 1905, pag. 434. 6. Merkel: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XX, p. 132. 7. Mekertschiantz: Haematoma vulvae post coitum primum et post partum. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. IX. 8. Karl Rothlauf: Ueber Haematoma vulvae. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. LXI. 9. Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1878. 10. Liepmann: Das Haematoma vulvae als Geburtshindernis. Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung vom 17. Febr. 1909. Referiert in Münch. med. Wochenschrift. 1909, Nr. 8, p. 426. 11. Lwoff: Ueber die Blutgeschwülste der äusseren Geschlechtsorgane und der Scheide. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XIII. 12. Warszawski: Haematoma vulvae et vaginae. Centralblatt f. Gyn. 1893.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Referate.

W. Sigwart. Ueber die Anwendung der Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg in der Geburtshilfe. Centralblatt für Gynäkol. 1909. Nr. 7.

Die Erfahrungen der Chirurgen in letzter Zeit über Operationen an der unteren Körperhälfte unter Momburg'scher Blutleere veranlassten Verf. diese Methode in einem Fall von atonischer Nachgeburtsblutung zu benutzen. Anfangs wurden Bedenken ausgesprochen die Bauchorgane, insbesondere der Darm, könnten Quetsch- und Compressionserscheinungen erleiden. Die unter Momburgscher Blutleere operierten Fälle zeigten, dass schädliche Einwirkungen auf die Bauchorgane nicht zu befürchten seien. Eingedenk der Erfahrung, dass der von seiner Blutzufuhr abgeschnittene Uterus sich stark contrahiert und zu der contractionserregenden Wirkung der Anämisierung noch die directe Blutstillung durch Compression der Aorta und der Spermaticalgefässe hinzukommt, wandte S. die Momburgsche Blutleere in folgendem Fall an: nach normaler Geburt war der Uterus atonisch, blutete zunächst wenig. Expression der Placenta auch mit Zuhilfenahme der Narcose nach 13 Stunden blieb erfolglos, daher manuelle Placentarlösung, wonach es stark aus dem schlaffen Uterussack blutete. Nachdem andere Manipulationen nicht zum Ziel führten, wurde ein fingerdicker Schlauch zwei Mal unter sehr starkem Anziehen um den Leib gelegt. Nach wenigen Minuten stand die Blutung, der Uterus wurde steinhart. Nach 15 Min. wurde der Schlauch langsam gelockert und dann abgenommen. Der Uterus blieb contrahiert, wenn auch nicht so steinhart wie zuvor. Verfasser hat noch zweimal ohne Narcose mit vollem Erfolg die Umschnürung, die wohl den Eindruck des Rohen und Gewaltsamen macht, angewandt und zwar, wie Momburg es vorschreibt so stark, dass der Femuralispuls verschwand. Die vorangegangene Ausdehnung des Leibes einer Frischentbundenen macht die Anwendung dieser Methode besonders geeignet.

W. Busse: Behandlung der Gebärmutterblutungen mit Serum. Centralbl. f. Gynäk. 1909. Nr. 7.

Verf. hat in 10 Fällen von Gebärmutterblutungen, bei welchen die genaue locale Untersuchung des Uterus und der Adnexa keine Veränderung boten, Serum angewandt. Die Blutungen hatten meist den Typus der Menorrhagien, die Verf. als Symptom eines geringen Grades von Hämophilie auffasste, alle Pat. waren 1—3 Mal ausgekratzt worden. Es liessen sich drei Typen unterscheiden: es handelte sich um junge Frauen und Mädchen, dann um Frauen zwischen 30 und 40 Jahren, bei denen sich die Blutungen oft im Anschluss an ein Wochenbett einstellten und endlich Frauen im klimakterischen Alter. Die Therapie bestand in der subcutanen und intraglutäalen Injection von frischem Menschenserum, das durch sterile Blutentnahme aus der Ellenbogenvene bei Gelegenheit anderer Operationen von gesunden Kranken vor der Ausführung der Lumbalanästhesie gewonnen wurde. Es wurden mehrere Injectionen zu 10 cbcm. gemacht. Die Blutungen hörten bald darauf auf oder wurden geringer. Die Wirkung mag entweder auf einer directen Zuführung fehlender Substanzen oder in der erregten Leukocytose beruhen, wissen wir doch, dass die weissen Blutkörperchen wichtige Fermentträger sind und dass das proteolytische Leukocytenferment die Gerinnungszeit erhöht. Noch liegen zu wenig Beobachtungen vor, um sich ein Urteil zu bilden.

Lingen.

Beckers: Zur Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. W. Nr. 11.

In letzter Zeit ist wohl genügend festgestellt, dass die Wassermann sche Reaction charakteristisch für die Diagnose der Syphilis ist. Aus diesem Anlass hat Verfasser im städtischen Krankenhaus zu Kiel über 350 Untersuchungen vorgenommen. Von den sicher syphilitischen Seren zeigten vollständige Hemmung der Hämolyse im primären Stadium 63,6 pCt., im secundären 90 pCt. und im tertiären 55,5 pCt. Letzteres hängt wohl damit zusammen, dass alle negativ reagierenden Patienten bereits mehrere antisyphilitischen Curen durchgemacht hatten. Von circa 50 verschiedenen anderen Krankheitsfällen (Scharlach, Tuberculose, Typhus, Arteriosclerose) trat bei zweien eine Complementbindung ein (Hemiplegie und Schrumpfniere), bei denen anamnestisch keine Syphilis festzustellen war.—Ausserdem wurden 80 Prostituierte untersucht, von denen 33=41 pCt. positiv reagierten, negativ 42=52 pCt. und fraglich 5. Bei 26, die früher bereits ein oder mehrmals wegen Syphilis behandelt worden waren, liess sich im Serum kein syphilitisches Virus nachweisen. Von 9 mit zweifelhaften Symptomen waren 6 positiv. Von 50, die früher an Syphilis erkrankt gewesen waren, nun aber keine Zeichen derselben darboten, reagierten noch 20=40 pCt. positiv. In zweifelhaften Fällen war der positive Ausfall der Reaction stets eine Indication zur antisyphilitischen Cur.

F. Hamburger und R. Monti: Die Tuberculosehäufigkeit im Kindesalter. Münch. med. W. Nr. 9.

Seit den Arbeiten Naegelis, Burckhardts, Pirquets hat die Frage nach der Häufigkeit der Tuberculose zahlreiche Untersucher angelockt, die zu wichtigen Resultaten gelangt sind, zumal es dank den Tuberculinreactionen auch am Lebenden möglich ist, die Tuberculose mit fast völliger Sicherheit zu bestimmen. Zu diesem Zweck haben die Verfasser sich nicht nur der Cutanreaction, sondern auch der Stichreaction bedient, die auch in Fällen inactiver Tuberculose positiv ausfällt, wo die Cutanreaction versagt. Es wurden 509 Kinder, die auf die Escherich'sche Kinderklinik wegen Scharlach, Diphtherie, Typhus, Cerebrospinalmeningitis oder Trauma aufgenommen wurden, zur Untersuchung herangezogen. Unter diesen befanden sich nur sehr wenige mit manifester Tuberculose. Die Kinder wurden zuerst nach Pirquet (aber mit unverdünntem Alttuberculin Koch) geimpft. Die positiv Reagierenden wurden als tuberculös angesehen, die negativ Reagierenden nach 2 Tagen mit 0,1 bis 1 mg. Tuberculin subcutan injiciert. Als positive Reaction wurde eine mindestens 3 Tage dauernde Rötung und Schwellung an der Injectionsstelle betrachtet. Von den 23 Kindern im ersten Lebensjahr reagierte keins. Von den übrigen 509 Kindern reagierten 271=53 pCt. und zwar im zweiten Lebensjahr 9 pCt., im dritten Lebensjahr 20 pCt., im vierten 32 pCt., im fünften 52 pCt., im sechsten 51 pCt., im zehnten 85 pCt., im elften 93 pCt. (d. h. von 29 Kindern reagierten 27!) ebenso in den folgenden bis 14. Lebensjahr (94 pCt.), doch waren hier nur 17—19 Kranke zur Untersuchung gelangt. Die Zahlen können natürlich keinen Anspruch auf Genauigkeit machen, da sie namentlich in den späteren Lebensaltern zu gering waren, doch beweisen sie, wie rasch und gleichmässig die Curve der Tuberculosehäufigkeit ansteigt, um im 11—14. Jahr den Höhepunct von 94 pCt. zu erreichen. Es wurde kein Fall von positiver Stichreaction beobachtet, der bei der Autopsie keinen Tuberculösen Herd gezeigt hätte. Wenn man die auf Grund der Cutan- und Stichreaction gewonnenen Zahlen vergleicht mit denen, die durch die Cutanreaction allein erhalten worden, so sieht man, dass die Verlässlichkeit der letzteren im zweiten Lebensjahr eine vollkommene ist (9 pCt.) und nun von da ab gegen die Pubertät zu immer mehr abnimmt. Das ist damit zu erklären, dass die activen frischen Tuberculosen eine viel grössere Tuberculinempfindlichkeit zeigen als die inactiven älteren Tuberculosen. So reagierten nach Pirquet im 2. Lebensjahr 2 pCt., im 3—4. Lebensjahr 13 pCt., im 5—6. Lebensjahr 17 pCt., im 7—10. Lebensjahr 35 pCt., im 11—14. Lebensjahr 55 pCt. (Cutanreaction mit 25 pCt. Tuberculin).

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie. Mit specieller Berücksichtung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Vierte vermehrte und veränderte Auflage. Leipzig, 1908. Verlag von Georg Thieme. 228 Seiten.

Das Büchlein ist bei seinem ersten Erscheinen schon hier angezeigt gewesen. Die neue Auflage ist entsprechend den Fortschritten der Psychiatrie im Laufe des letzten Jahrzehnts wesentlich geändert und erweitert worden. Seinem Zwecke, dem Studenten ein Vorbereitungsmittel zum erfolgreichen Besuche der psychiatrischen Klinik zu sein, wird das Büchlein in erhöhtem Masse gerecht, kann aber auch dem Fortgeschritteneren die Erinnerung an das in den grossen Lehrbüchern und in der Klinik Gelernte auffrischen.

Michelson.

Wilhelm Falkenberg: Die Pflege Geisteskranker. Anleitung zum Krankendienst für Pfleger und Pflegerinnen. Zweite umbearbeitete Auflage. Leipzig, 1909. Verlag von G. Thieme. 48 Seiten. Preis 1 Mark.

Der Leitfaden enthält den in der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin für das gesamte Personal in ca. 12 Unterrichtsstunden vorgetragenen Unterrichtsstoff. An seiner Hand soll erreicht werden, «dass das gesamte Personal ein Verständnis für die Eigenart der ihm anvertrauten Kranken bekommt, dass es die einfachsten Grundsätze der Gesundheits- und Krankenpflege beherrscht und sich soviel Geschick und Fertigkeit in der Krankenwartung aneignet,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass es nicht durch Unterlassung und fehlerhafte Ausführung ärztlicher Verordnungen unberechenbaren Schaden anstiftet». Dieses Minimum von Kenntnissen, das von jedem Pfleger verlangt werden muss, bietet das Heft in kurzer und allgemeinverständlicher Form, sodass es dem Personal neben dem persönlichen Unterricht des Arztes zur Erlernung und Wiederholung in die Hand gegeben werden kann.

Michelson.

L. Laquer: Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag der „Aerztlichen Rundschau" (Otto Gmelin), München. 1909. 37 Seiten. Preis Mk. 1,20.

Die Erfahrungen, welche Verf. als langjähriger Schularzt an der Frankfurter Normalschule und an der Hilfsschule für schwachbefähigte Kinder gesammelt hat, veranlassen ihn, zu dem bereits eingeführten aber bisher nur das somatische Verhalten berücksichtigenden Gesundheitsschein jedes Schulkindes besondere Fragebogen in Vorschlag zu bringen, um mit Hilfe dieser die frühzeitige Erkennung der geistig abnormen resp. schwachsinnigen Kinder in die Wege zu leiten. Ausser seinem Frankfurter Personalbogen für Hilfsschulzöglinge gibt er den Fragebogen des Lehrers Horvix wieder, welcher als Norm für alle Hilfsschulen empfohlen worden ist. Diese vom Arzte und vom Lehrer auszufüllenden Personalbogen berücksichtigen die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, den Körper- und Geisteszustand der Eltern resp. der Voreltern und Seitenlinien, die körperliche, die geistige und sittliche Entwickelung des Schulkindes in genauester detaillierter Weise und gewähren dadurch ein übersichtliches Bild über den Entwickelungsgang jedes Kindes in der Normal- resp. Hilfsschule und nach der Hilfsschulzeit.

Michelson.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Festsitzung

Zur Feier des 50-jährigen Jubiläums des Vereins

am 31. März 1909 im grossen Saal der St. Petri-Schule.

(Schluss.)

Hierauf antwortet der Vice-Präses des Vereins, H. Dr. W. Fick, mit folgenden Worten:

«Gestatten Sie, dass ich Ihnen Namens des Vereins St. Petersburger Aerzte unseren herzlichen Dank ausspreche für Ihren freundlichen Glückwunsch und für das schöne Geschenk, das Sie uns soeben überreicht haben. Bei den engen Beziehungen der beiden Vereine, die durch die Gemeinsamkeit der Mitglieder bedingt sind, hätte es dieses äusseren Zeichens freundschaftlicher Gesinnung kaum bedurft, um die Anteilnahme des Deutschen ärztlichen Vereins an unserer heutigen Feier zu documentieren. Wenn der Deutsche ärztliche Verein durch Ueberreichung einer Ehrengabe über das sonst bei solchen Gelegenheiten Uebliche hinausgegangen ist, so wollen wir darin mit Dank die besondere Betonung der Solidarität der beiden Vereine erkennen, der Solidarität in ihren Grundprincipien: der Pflege wissenschaftlichen Strebens und guter collegialer Beziehungen.

Die Feier eines Jubiläums gilt ja in erster Linie der Vergangenheit, gestattet aber auch Ausblicke in die Zukunft. Bande, die durch jahrelanges gemeinsames Streben nach einem Ziele geknüpft und gefestigt sind, berechtigen zur festen Hoffnung auf ferneren dauernden Bestand, sofern die alten Principien geltend bleiben und die Traditionen hochgehalten werden. Im Deutschen ärztlichen Verein ist die Pflege der Tradition immer besonders betont worden und auch zu einer Zeit, da die Pflege speciell deutscher Tradition durch die Ungunst der Verhältnisse sehr erschwert war, ist der Verein seinen Grundsätzen nicht untreu geworden. Der Deutsche ärztliche Verein wird daher nach 10 Jahren mit Stolz auf eine 100-jährige Tätigkeit zurückblicken können. Ihm, als dem Träger der älteren Tradition gilt heute unser Dank für die Beteiligung an unserer Feier gelten unsere besten Wünsche für eine glückliche Zukunft, weit hinaus über die bevorstehende Säcularfeier».

Im Namen der 3 deutschen Hospitäler hält der Director des Deutschen Alexanderhospitals, H. Dr. H. Westphalen folgende Anrede:

Werte Herren Collegen, sehr geehrter Herr Präsident!

Von den 3 deutschen Hospitälern St. Petersburgs, dem Evangelischen Hospital für Frauen, dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer und dem Alexandrastift für Frauen ist uns der ehrenvolle Auftrag geworden dem Verein St. Petersburger Aerzte zu seinem heutigen 50-jährigen Jubiläum einen Festgruss zu sagen und im Namen der genannten Institutionen die besten Wünsche für das weitere Blühen und Gedeihen des Vereins zum Ausdruck zu bringen.

Wenn wir 3 deutschen Hospitäler heute vereint vor Sie hintreten, so stellen wir solches aus dem Gefühl kameradschaftlicher Solidarität und innerer Zusammengehörigkeit, sowie aus dem Wunsche heraus, derjenigen gemeinsam medicinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft unsere ehrerbietige Anerkennung auszusprechen, in welcher sich unsere wissenschaftlichen Bestrebungen vereinigen, aus der wir so oft neue Ideen und neue Anregung für unser Handeln und unsere Arbeiten geschöpft haben. In der Natur der Dinge lag es, dass wir Hospitäler es wiederum für unsere Pflicht gehalten haben, unsere practischen Erfahrungen und die Resultate unserer wissenschaftlichen Arbeiten in erster Linie in derjenigen Institution zum Vortrag zu bringen, welche usuell die deutschen Aerzte St. Petersburgs zu gegenseitiger fachlicher Belehrung verbindet. Indem wir hierbei nicht allein die Empfangenden wären, schmeicheln wir Hospitäler uns der Hoffnung auch unsererseits einen bescheidenen Anteil am Leben und der Entwickelung des Vereins genommen zu haben.

Neben der Pflege einer practisch-wissenschaftlichen Tätigkeit hat aber der Verein St. Petersburger Aerzte, ohne dass Solches meines Wissens jemals direct zur Sprache gekommen wäre, durch den noblen Ton seiner Verhandlungen, welcher nach Möglichkeit persönliche Schärfe und Gehässigkeit in der Discussion ausschloss, mitbestimmend ganz weit auf das ethische collegiale Verhalten der hiesigen deutschen Aerzteschaft und mit dazu beigetragen, dieses auf derselben sittlichen Höhe zu erhalten, auf der wir jüngere es von unsern älteren Collegen und Gründern des Vereins übernommen haben. Aus einem solchen vornehmen Wesen haben auch wir Hospitäler.

Vorteil gezogen, und wenn wir es mit Freuden aussprechen können, dass auch in unseren Räumen Collegialität und gegenseitiges Vertrauen blühen, so erkennen wir es dankbar an, dass das Leben im Vereine nicht ohne Einfluss gewesen ist».

Und so möge es auch weiter so bleiben im Vereine und in unsern Hospitälern, mögen sie sich weiter entwickeln, der Verein und die Hospitäler, jedes nach seiner Eigenart und Bestimmung in Harmonie in ihrem inneren Leben und in ihren Beziehungen zu einander.

Der Präses des Vereins, H. Dr. E. Blessig erwidert hierauf folgendes:

Meine Herren!

Es ist mir eine besondere Ehre und aufrichtige Freude zugleich, hier im Namen unseres Vereins den Vertretern der drei deutschen Krankenanstalten unserer Stadt einen warmen Dank zu sagen, nicht nur für die soeben gehörten überaus freundlichen und ehrenden Worte, sondern auch für all die Förderung, welche der Verein von ihrer Seite erfahren. Wenn ich vorhin sagte, wir seien keine gelehrte Körperschaft, so hätte ich auch noch hinzufügen können, dass uns nicht, wie manchen anderen medicinischen Gesellschaften, ein Complex von Kliniken mit seinem Material zur Verfügung stehe. Aber dafür haben wir diese unsere deutschen Anstalten, deren Aerzte stets fast sämtlich zu unseren Mitgliedern gehört haben, Anstalten, die mustergiltig organisiert und geleitet, mit klinischer Genauigkeit ihr reiches Material verarbeiten.

Die ältesten Beziehungen verbinden uns mit dem Evangelischen Hospital. Darf dieses doch am 20. September dieses Jahres gleich uns sein 50-jähriges Jubiläum feiern! Viele Jahre hindurch war unser Verein mit dem Evangelischen Hospital, wenn ich es so ausdrücken darf, durch Personalunion verbunden, während jener Zeit, als unser Präsident v. Grünewald zugleich Director des Hospitals war. Sowohl damals, wie auch später haben die Aerzte des Evangelischen Hospitals zu den wissenschaftlichen Verhandlungen des Vereins reichlich beigesteuert und noch den zu Beginn dieses Jahres gehaltenen Präsidialvortrag verdanken wir diesem Hospital und seiner lebhaften gynäkolog.-operativen Tätigkeit.

Und auch mit dem deutschen Alexanderhospital, welches am 12. Juni dieses Jahres auf eine 25-jährige Wirksamkeit wird zurückblicken können, haben uns von Anbeginn sehr nahe persönliche Beziehungen verbunden. Unser unvergesslicher E. Moritz und seine Schule haben von der Gründung des Hospitals an bis zum heutigen Tage unseren Verein auf das reichlichste mit Vorträgen und Demonstrationen versorgt. Wenn man unsere Protocolle, etwa der besten 10 Jahre, daraufhin durchsieht so ergibt sich, dass etwa der fünfte Teil aller Mitteilungen aus dem Alexanderhospital stammt.

Als jüngstes Glied in der Trias unserer deutschen Heilstätten hat gerade vor 10 Jahren das Alexandrastift in

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

seiner gegenwärtigen Gestalt seine segensreiche Tätigkeit eröffnet, indem es am 7. März 1899 seinen stolzen Neubau einweihte. Im Laufe dieses einen Jahrzehntes haben die daran wirkenden Collegen sich in dankenswerter Weise am wissenschaftlichen Leben unseres Vereins beteiligt und erst vor wenigen Sitzungen wurden wir an der Hand der in dieser Anstalt gereihten Erfahrungen über dasselbe Thema unterrichtet, über welches vor 25 Jahren an dieser Stelle v. Grünewald seinen Festvortrag gehalten: über die zur Zeit die Geburtshilfe bewegenden Fragen.

Indem wir den geehrten Vertretern der genannten drei Heilanstalten im Namen unseres Vereins nochmals herzlichen Dank sagen, und uns auch für die Zukunft ihre rege Beteiligung an unserem Vereinsleben erbitten, wünschen wir zugleich diesen unseren deutschen Anstalten auch ferneres Gedeihen, zum Wohle der Bevölkerung unserer Stadt und zur Ehre unserer deutschen Aerzteschaft!».

Im Namen der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift, hält der geschäftsführende Redacteur derselben, H. Dr. F. Dörbeck folgende Ansprache:

«Geehrte Festversammlung.

Bewährtere Redner als ich es bin, haben bereits die Bedeutung des heutigen Tages mit beredten Worten hervorgehoben und die Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte im Laufe des Zeitabschnittes, der heute seinen Abschluss findet, geschildert. «Auf diese folg' ich», um mit Aug. von Platen zu sprechen, «gleich wie der Aehrenlesen folgt dem Schnitter, denn nicht als 5. wag' ich mich zu ihnen».

Ist es nun Zufall, ist es Geschick diese Rolle des Aehrenlesers fällt mir nicht nur hier zu sondern auch in meiner Eigenschaft als Redacteur der Wochenschrift. Gestatten Sie mir, m. H., bei diesem Gleichnis zu bleiben und es mit einigen Worten zu erläutern.

Alles was auf dem Gebiet der Wissenschaft geleistet ist und geleistet wird, wird immer von dem einzelnen Arbeiter auf diesem Felde geleistet, gleich wie die Saat von einem Sämann ausgestreut wird. Wenn wir die Entwickelung aller Wissenschaften historisch betrachten, so sehen wir, dass alle hervorragenden Leistungen, alle Entdeckungen, Erfindungen und Neuerungen nicht von der Gemeinschaft der wissenschaftlichen Arbeiter zu Tage gefördert werden, sondern von einzelnen Persönlichkeiten, die durch Begabung oder Kenntnisse oder Fleiss sich über die Allgemeinheit erheben und die meist in mühevoller Einzelarbeit das schaffen, was die ganze culturelle Entwickelung der Menschheit häufig auf einmal um Jahrhunderte vorwärts bringt. Die grosse Masse, die Gesamtheit verhält sich oft genug solchen Neuerern und Vorwärtsstrebenden gegenüber feindlich.

Ein wesentlich anderes Bild sehen wir, wenn wir die Geschichte der Wissenschaft bis in die neueste Zeit verfolgen, wo zuerst in Italien, dann auch in Frankreich, England und Deutschland sich Vereinigungen von Fachgelehrten bilden, die den Zweck verfolgen, die Arbeit des Einzelnen zu fördern und dem Forscher die Möglichkeit zu bieten, die Ergebnisse seiner Arbeit einem Kreise von Fachgenossen zur Bekanntmachung und Begutachtung vorzulegen. Und das ist die Aufgabe der wissenschaftlichen wie der künstlerischen Vereine, wie sie Goethe so trefflich gezeichnet hat:

«Zu erfinden, zu beschliessen,
Bleibe Künstler oft allein!
Deines Wirkens zu geniessen,
Eile freudig zum Verein».

Im Verein von Gleichgesinnten und Gleichdenkenden soll der Gelehrte wie der Künstler das Ergebnis seiner stillen emsigen Arbeit vortragen, damit alle daran teilhaben, was ihm zu vollbringen geglückt ist; die im Stillen gereifte Saat soll hier gemeinsam geerntet werden, und was an dem Werke noch unvollendet war, wird hier in gemeinsamer Beratung und Besprechung ergänzt und geklärt.

«Dort im Ganzen schau erfahre
Deinen eignen Lebenslauf
Und die Taten mancher Jahre
Gehen Dir im Nachbar auf».

Damit ist aber das letzte Stadium der wissenschaftlichen Arbeit noch nicht erreicht. Hat das Ergebnis der Arbeit des Einzelnen im kleinen Kreise Beachtung und Anerkennung gefunden, so muss es auch weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden, und dazu dient heutzutage die Fachpresse, die die weitere Verbreitung der Ideen und Anschauungen des Einzelnen, ihre Mitteilung der gesamten wissenschaftlichen Welt zum Ziele hat. Und hier wären wir wieder an unserem Gleichnis angekommen. Die von dem Einzelnen ausgestreute Saat, die der Kreis der Mitarbeiter erntet, wird von dem Leiter der fachwissenschaftlichen Zeitschrift aufgelesen, gesichtet und der Allgemeinheit zum Besten gegeben.

In dieser meiner Eigenschaft als Redacteur der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift, die im Laufe ihres 34-jährigen Bestehens wohl das meiste von der wissenschaftlichen Arbeit, die von den Vereinsmitgliedern geleistet und in den Vereinssitzungen kritisch begutachtet und ergänzt wurde, der Oeffentlichkeit übergeben hat, bringe ich dem Verein St. Petersburger Aerzte hier meinen aufrichtigen, herzlichen Glückwunsch dar, und spreche den Wunsch und die Hoffnung aus, das unser Verein uns noch lange erhalten bleibe als eine Gemeinschaft von Gleichgesinnten und Gleichdenkenden, die den Einzelnen zur Arbeit anregt und mit vereinten Kräften die Arbeit fördert, die dann in der Wochenschrift zum Ausdruck kommt.

Und indem ich den Vereinsmitgliedern auch hier nochmals Dank sage für Alles, was ihrerseits der Wochenschrift zuteil geworden, halte ich es für angebracht, auch darauf hinzuweisen, dass es nicht nur wünschenswert, sondern sogar dringend geboten ist, dass uns auch die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift als das Organ aller deutschen ärztlichen Vereine Russlands erhalten bleibe, und ich schliesse mit dem Wunsch, dass die Beziehungen zwischen der Wochenschrift und dem Verein St. Petersburger Aerzte keine Aenderung erleiden, auf dass durch das Zusammenwirken der Vereins- und der Redactionsmitglieder die Wochenschrift ihrer Culturaufgabe gerecht werden könne.

Darauf erwidert der geschäftsführende Secretär des Vereins, H. Dr. Ucke folgendes:

Meine Herren!

Der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift und ihrem Leiter für die Glückwünsche, die wir hier gehört und vor wenigen Tagen an erster Stelle gelesen haben, zu danken, ist mir eine angenehme Pflicht. Die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift ist im Schosse unseres Vereins entstanden und der Verein hat sie zum Mannesalter von 33 Jahren heranreifen gesehen, aber nicht als unbeteiligter Beobachter, sondern, wenn mir das Gleichnis erlaubt ist, als besorgter Vater hat er sie stets mit Wort und Tat unterstützt.

Wir alle wissen, m. H., dass die Wochenschrift gute Tage gesehen hat, aber auch von schweren Stunden heimgesucht worden ist und trotzdem hat sie sich durch 33 Jahre tapfer gehalten. Wenn wir heute auf diesen Zeitraum zurückblicken, dürfte es erlaubt sein auch an dieser Stelle die Frage nach der Existenzberechtigung der Wochenschrift mit einigen Worten zu streifen.

Es ist kein Geheimnis, dass sich an die Wochenschrift von keiner Seite materielle Vorteile knüpfen lassen, sondern dass sie für den deutschen Mediciner in Russland nur einen ideellen Wert darstellt und daher sei es mir erlaubt, ohne irgend wie erschöpfend zu sein, einige wenige historische Daten anzuführen.

Wie bekannt entstand hier im Jahre 1819 die deutsche ärztliche Gesellschaft als einer der ersten medicinischen Vereine Russlands und hatte zunächst das Bestreben ihre Verhandlungen zu fixieren, was, soweit mir bekannt, zuerst in Hufelands Journal geschah. Bald jedoch sehen wir sie bereits ihre eigene Zeitschrift herausgeben unter dem Titel: Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aerzte in St. Petersburg, die aber in Hamburg erschien.

Vom Jahre 1843 an kommt schon in Petersburg die Medicinische Zeitung Russlands, redigiert von Heine, Krebel und Thielmann heraus. Als dieses Journal nach 17-jähriger Existenz im Jahre 1860 zu erscheinen aufhörte, brachte bereits das nächste Jahr die Petersburger medicinische Zeitschrift zur Welt, die von unserem hochverehrten Ehrenmitgliede Dr. Georg Krich geleitet wurde. Im Jahre 1870 beschloss sie ihr Dasein, um aber schon 1871 eine Nachfolgerin in der: Dorpater medicinischen Zeitschrift, herausgegeben von der Dorpater medicinischen Gesellschaft und redigiert von Arthur Böttcher, zu finden. Diese erschien bis zum Jahre 1875, während 1876 das Geburtsjahr unserer jetzigen Wochenschrift ist, die von unserem langjährigen Präses Dr. E. Moritz gegründet wurde.

Verzeihen Sie, m. H., diese Chronologie, die aber, wie ich glaube, beweist, dass bei den deutschen Aerzten in Russland das Bedürfnis nach einer eigenen Zeitschrift besteht. Seit jetzt bald 100 Jahren hat ein Journal das andere abgelöst und am längsten hat das noch jetzt bestehende gewährt.

Sehen wir aber seit dem beendeten Kriege und der überwundenen Revolution einen Aufschwung im geistigen Leben Russlands überhaupt, so ist auch ein Aufschwung unter den deutschen Aerzten wahrzunehmen und dieser soll unserer Wochenschrift zu gute kommen.

In diesem Sinne glaube ich ihr ein gutes Horoscop stellen zu dürfen; ihr ein erfolgreiches weiteres Wirken und Gedeihen wünschend, hoffen wir, dass wir noch lange in ihr den Ausfluss für unsere wissenschaftlichen Bestrebungen finden werden».

Darauf verlas der geschäftsführende Secretär folgende Glückwunschtelegramme: 1) von der Gesellschaft Russischer Aerzte in St. Petersburg, 2) von der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft, 3) von der Gesellschaft practischer Aerzte

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu Riga, 4) von der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval, 5) von dem Verein practischer Aerzte zu Libau, 6) von den Aerzten des Hospitals der Expedition zur Anfertigung von Staatspapieren, 7) von dem Ehrenpräsidenten des Vereins St. Petersburger Aerzte, Dr. Grünewald-Reval, 8) von dem Ehrenmitglied des Vereins, Prof. J. Pawloff-St. Petersburg, 9) von dem Ehrenmitglied des Vereins, Prof. K. Dehio-Dorpat, 10) von correspondierenden Mitgliedern des Vereins, DDr. Bohnstedt und Johansen-Kursk, 11) von Dr. Sender, 12) von Dr. L. Krich-Warschau, 13) von Dr. C. Koch-Reval, 14) von Dr. L. von Lingen.

Zum Schluss überreicht der Präses, Dr. Blessig dem Verein eine neue Präsidentenglocke mit folgenden Worten:

«M. H.! Ihrem Vertrauen, welches mich auch für dieses Jubeljahr unseres Vereins weiter im Amte belassen, verdanke ich die hohe Ehre des Präsidiums in dieser denkwürdigen Festsitzung. Meinem Danke dafür möchte ich einen greifbaren, dauernden Ausdruck verleihen: Sie Alle kennen ja, diese unsere alte Präsidentenglocke mit ihrem matten Ton. Sie ist alt und wir wollen ihr die wohlverdiente Ruhe gönnen. Ich bitte Sie, zur Erinnerung an den heutigen Tag hier diese andere Glocke entgegenzunehmen zu wollen. Auch sie ist ehrwürdig, eine Nachbildung der Kölner Domglocke, und sie hat einen lauten hellen Klang.... «Concordia soll ihr Name sein»!.. Und wenn heute noch die alte Glocke mit dem Schluss dieser Festsitzung das erste Halbjahrhundert im Leben unseres Vereins ausläutet, so soll die neue in unserer nächsten Sitzung das zweite einläuten. Möge das kommende sich ebenso glücklich und fruchtbringend für den Verein gestalten, wie das vergangene, dessen wir heute gedacht!

Und hiermit darf ich wohl — da Niemand weiter sich zum Wort meldet — die Sitzung schliessen und Sie Alle auffordern, sich im Anschluss hieran zum gemeinsamen Festmahl begeben zu wollen».

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 3. December 1908.

Anwesend 58 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Schneider, Wendel. Die Protocolle der Sitzungen vom 29. Oct. und 19. Nov. c. werden verlesen und angenommen.

Demonstrationen vor der Tagesordnung:

1) Dr. Theodor Schwartz: Ein Fall von Poliomyelitis nuclei n. facialis sinistri.

Dr. Th. S. demonstriert ein Kind von 2 Jahren mit einer Poliomyelitis nuclei n. facialis sin. Das Interesse dieses Falles beruht darauf, dass eben nur der nucleus facialis sin. von dem Krankheitsprocess ergriffen ist. Klinisch liegen die Zeichen einer peripheren Facialislähmung aller Zweige mit Entartungsreaction vor; sonst ist nirgends eine Lähmung oder Parese zu constatieren, auch soll zu Beginn der Erkrankung nirgends derartiges bemerkt worden sein. Die Erkrankung setzte vor einem Monat ein: plötzlich hohes Fieber, leichte Benommenheit und, wie es scheint, auch leichte Convulsionen oder Spasmen; nach zwei Tagen Wohlbefinden, doch bemerkte man sofort die Facialislähmung. Eine Organerkrankung liegt nicht vor, sodass unter Berücksichtigung des plötzlichen Beginnes der schweren Allgemeinerscheinungen auch an eine rheumatische Facialislähmung nicht zu denken ist und nur die Poliomyelitis nachbleibt. Fälle dieser Art sind in der Literatur als äusserst selten erwähnt.

(Autoreferat)

2) Dr. G. v. Engelmann: Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme, bemerkenswert durch hochgradige und ausgedehnte Blaseneruption, hervorgehend aus dem in Figuren und in Irisform angeordneten Erythem. Der Verlauf ein typischer, beginnend an Händen und Füssen und sich dann über das Gesicht und den Rumpf ausdehnend.

3) Dr. I. Eliasberg. Ein Fall von Psoriasis Das Bemerkenswerte am vorliegenden Falle bildet 1) das Beschränktgebietensein des Processes auf einen kleinen Teil im oberen Drittel der Streckseite des linken Unterschenkels und 2) das Ausbleiben jeglicher Besserung trotz lange dauernder Behandlung. (Arsen etc.) Die Verwandten des Kranken sind alle gesund.

Dr. M. Hirschberg: Ueber Hauterkrankungen bei chronischer Leukämie. (Autoreferat nicht geliefert worden).

Nach Erledigung der Tagesordnung richtet Dr. Fr. Voss folgende Anfrage an die Herren Fabrikärzte der Gummifabrik Prowodnik.

Von einem Collegen habe er erfahren, dass die Zahl der Bleikranken im Stadtkrankenhause—es handele sich dabei um Arbeiter der Fabrik Prowodnik—ganz bedeutend zugenommen habe. Nun sei es ihm wohl bekannt, dass Bleivergiftungen bei Malern, Schriftsetzern und Arbeitern an Farbenfabriken vorkommen, nicht aber, dass auch auf Gummifabriken Blei in Frage kommen könne.

Eine andere Mitteilung eines zweiten Collegen betrifft einen Arbeiter, der auffallenderweise auch von einer Gummifabrik (aber nicht der oben erwähnten) stammt. In diesem Falle kann vielleicht als schuldige Ursache ein geplatzter und ganz schadhaft gewordener Emailleblelkessel angesehen werden, aus dem die Eltern des Arbeiters und dieser selbst zu essen pflegten. Der Vater des bleikranken Arbeiters—dieser arbeitete gar nicht in der Fabrik selbst, sondern war daselbst Platzarbeiter,—war angeblich gesund, hatte aber einen Bleisaum, ebenso wie die Mutter, die an Bleikolik litt. Wenn auch vielleicht — wie gesagt — in diesem Falle der Kessel die schuldige Ursache sein könnte, so erscheint doch eine Klarstellung dieser Angelegenheit, wenigstens soweit sie die Gummifabrik Prowodnik betrifft, durchaus erwünscht, da sonst an den Gummifabriken der Vorwurf haften bleiben könnte, dass ihr Betrieb gerade die Arbeiter mit Blei vergifte. «Ich möchte daher», schliesst Dr. Voss «an die Herren Fabrikärzte des Prowodnik die Frage richten, ob jetzt vielleicht eine Aenderung der Fabrikationsmethode eingeführt worden ist»?

Discussion:

Dr. G. Kieseritzky, der keinen der Aerzte der Fabrik Prowodnik in der Versammlung mehr anwesend sieht, bestätigt von sich aus als Abteilungsarzt im Stadtkrankenhause das gehäufte Auftreten von Bleivergiftungen an Arbeitern der Fabrik Prowodnik. Er glaubt die Ursache der Erkrankung bei diesem in der Beschäftigung wohl mit Blei enthaltenden Farben sehen zu können. Von Interesse, noch mehr aber von grosser Bedeutung sei der Umstand, dass auch Leute, die nicht auf der Fabrik arbeiten, resp. vor langer Zeit dort gearbeitet haben, erkranken und das auch bei den die Kranken besuchenden Personen oft ein Bleisaum bei darauf hin speciell gerichteter Untersuchung, festgestellt werden konnte; diese hatten nach ihren Angaben z. T. gar keine z. T. geringe Vergiftungserscheinungen gehabt.

Nachtrag: eine sicher begründete Erklärung für das Vorkommen von Bleivergiftungen bei den zuletzt erwähnten Leuten vermag er nicht anzugeben.

Dr. Treu teilt mit, dass die erkrankten Arbeiter aus Abteilungen stammen, wo Blei in Frage käme, besonders komme dieses in Betracht bei den in der Walz-und Mischabteilung beschäftigten. Er zeigt eine hierauf bezügliche genauere Mitteilung zur nächsten Sitzung an.

Dr. G. Kieseritzky.
d. Z. Secretär.

Sitzung vom 17. Dec. 1908.

Anwesend 55 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Lundberg, Jacobsohn, Pinker, Mackaweiski, Saarfels, Lempert.

Das Protocoll der Sitzung vom 3. December wird verlesen und angenommen.

Eingelaufen ein Schreiben des Schulvorstehers Gregor Vielrose. Verlessung desselben.

Dr. W. Treu beantwortet die von Dr. Voss auf der letzten Sitzung gestellte Anfrage (das vermehrte Auftreten von Bleivergiftungen unter den Arbeitern am Prowodnik betreffend):

«Obgleich ich seit 4 Monaten nicht mehr Fabrikarzt am Prowodnik bin, halte ich mich doch in Anbetracht einer von mir behandelten stattlichen Anzahl von an Blei-Intoxication leidenden Arbeitern für berechtigt, dasjenige anzuführen, was mir durch den ersten Chemiker der Fabrik bestätigt wurde: dass nämlich nicht allein jetzt, sondern auch in früheren Jahren ca. 10 pCt. Blei bei der Fabrikation in der Misch- und Walzabteilung verwendet worden ist und eine Aenderung im Betriebe nicht vorgenommen worden ist.»

Punct I. Dr. A. Berkholz demonstriert einen Fall von Tetanie bei einem $1^1/_2$jähr. Kinde.

Patient, jüdischer Abstammung, ist 1 Jahr 6 Monate alt. Eltern und ein älterer Bruder gesund, keine familiäre Belastung; bis vor 1 Jahr wurde das Kind nur an der Mutterbrust ernährt und entwickelte sich angeblich normal; darauf wurde es auf Kuhmilch gesetzt und ist bis jetzt bei reiner Kuhmilchnahrung ohne Beikost geblieben; es trinkt ca. $1^1/_2$ Stof Milch (fast 2 Liter) täglich. Das Kind hat keine acuten Krankheiten durchgemacht und hat nur — namentlich in den letzten 6 Monaten —, an festem Stuhl gelitten. Seit 5—6 Monaten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist das Kind in der Entwickelung zurückgeblieben und seit der Zeit hat sich allmählich folgendes Krankheitsbild entwickelt:

Sehr blasse Farbe, Haut rein, mässiger Turgor, keine Agilität; Knochen normal, keine Drüsenschwellung. Brustorgane bieten normalen Befund. Abdomen aufgetrieben, grosse Leber. Extremitäten in tetanischer Streckung, Pfötchenstellung der Arme und Geburtshelferstellung der Finger, Füsse in Equinusvarusstellung mit Hohlfusscontractur, Oedem der Dorsapedum, ausgesprochene mimische Starre der Gesamtgesichtsmuskulatur. Sehr ausgesprochenes Facialisphänomen, auch die mechanische Unbeweglichkeit der Muskeln ist ausgesprochen (Lippenphänomen—Thiemich), schon auf mittelstarke Geräusche treten heftige Zuckungen am Körper auf.

Die K. Oe. Z. ist < 3,0 M. A. Simme hat einen auffallenden Klang beim Schreien, als ob die Zunge schwer beweglich oder starr wäre. Der Augenhintergrund ist normal. (Dr. Hedenström). Bei der eingeleiteten Therapie (24 Stunden Thee-Diät, dann nur Haferschleim und Mehlabkochungen) besserte sich die Uebererregbarkeit der Nerven und Muskeln innerhalb von 6 Tagen in ganz eclatanter Weise; auch die galvanische Erregbarkeit, gemessen am n. ulnaris ging auf 5 M. A. bei der K. Oe. Z. zurück.

Zum Zweck der Demonstration des Patienten habe ich seit 2 Tagen wiederum ³/₄ L. Milch pro die geben lassen, wobei die Erregbarkeit wiederum merklich anstieg. Die K. Oe. Z. trat heute bereits bei 3 M. A. ein.

Nachtrag: Die Untersuchung des Augenhintergrundes des Patienten durch die DDr. L. Schönfeldt und Baron Krüdener hat ergeben, dass derselbe nicht normal ist, sondern dass der für die Sachssche Krankheit charakteristische Befund vorliegt, d. h. kleiner in der Entwickelung zurückgebliebener n. opticus und ein kirschroter Fleck in der Macula lutea, sodass es sich neben der manifesten Tetanie bei dem Patienten um eine sogenannte amaurotische idiopatische Idiotie handeln dürfte.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Bernsdorff fragt den Vortragenden, wann sich bei dem Kinde die Erscheinungen der Tetanie eingestellt hätten.

Dr. Berkholz: Bis vor einem halben Jahr ist der Gesundheitszustand ein vollkommen guter gewesen, vor ca. 6 Monaten sind dann die ersten Anzeichen der Krankheit bemerkt worden.

Dr. A. Berkholz demonstriert ferner ein 7-jähriges Mädchen mit Bronchiektasie beider Lungen.

Patientin, A. A., ist das vierte von sieben Kindern; die Familienanamnese ist normal; sie leidet seit ihrer Geburt an Husten, der zu Zeiten sich bessert, aber niemals vollkommen vergeht. Mehrmals im Jahre treten Fiebererscheinungen auf zugleich mit vermehrtem Hustenreiz und reichlichen Expectorationen. Der Zustand ist allmählich schlechter geworden, namentlich tritt in letzter Zeit oft am Morgen, aber auch sonst am Tage, sobald Pat. längere Zeit nicht gehustet hat, sehr reichliche Expectoration auf, so dass bis zu ¹/₃ Teeglase Schleim auf einmal expectoriert wird.

Das Kind ist in der Entwickelung zurückgeblieben, Trommelschlägerfinger und -Zehen, schwach entwickelte Muskulatur, geringes Fettpolster, Rachen, Ohren und Nase normal; Herz normal, schlaffe Bauchdecken, Abdominalorgane o. B. Ueber den Lungen vorn vereinzelte bronchitische Geräusche, hinten parallel zur Wirbelsäule in der Höhe der 2—4 Brustwirbels, links bis zum inneren Scapullarrande, rechts etwa bis zur Mitte der Scapula lautes bronchiales resp. amphorisch klingendes Atemgeräusch und viel oder weniger grossblasiges Rasseln, je nachdem das Kind eben ausgegustet hat oder längere Zeit nicht hustete; die Percussion ergibt über diesen Partien einen leereren Schall als über den übrigen Lungenteilen. Tuberkelbacillen sind im Sputum nicht gefunden worden. Ueber die Entstehung der Bronchiektasien lässt sich nur vermutungsweise annehmen, dass sie mindestens in der Anlage angeboren sind und sich allmählich in Folge des Katarrhs vergrössert haben. Für eine im Säuglingsalter überstandene Pneumonie, welche für die Entstehung derselben beschuldigt werden könnte, bietet die Anamnese keine genügenden Anhaltspuncte.

(Autoreferat.)

Discussion:

Dr. L. Bornhaupt wünscht vom Vortragenden zu erfahren, ob hier ein einziger circumscripter Herd resp. zerstreute Herde in einer Lunge oder eine beiderseitige Affection vorliegt.

Dr. A. Berkholz: Es handelt sich hier jedenfalls um mehrere, nicht um eine Caverne, wobei der Process links wohl mehr als auf der rechten Seite entwickelt ist.

Dr. Schabert referiert über einen Fall von angeborener Bronchiektasie bei einem 20—30-j. Manne, bei dem sich als zufälliger Sectionsbefund das typische Bild einer angeborenen ausschliesslich einseitigen Bronchiektasie darbot, und eine Verkleinerung der betr. Lunge bestand. Das Aussehen solch einer Lunge («Wabenlunge») verträgt am besten den Vergleich mit einer Cystenniere. Doppelseitige Processe dieser echten angeborenen Bronchiektasie dürften mit dem Leben unvereinbar sein. Box Einteilung hält sich nicht streng an den Begriff der Congenitalität.

Dr. L. Bornhaupt: Die Chirurgie stehe Fällen, in denen es sich um auf einen Lungenlappen beschränkte Bronchiektasien handelt, nicht ganz machtlos gegenüber. Lenhartz z. B. berichtet über gelungene Resectionen, die sich bis auf einen ganzen Lungenlappen erstrecken.

Dr. Berkholz (Schlusswort) hat nur Bronchiektasien bei 3—4 Monate alten Säuglingen gesehen. Die Frage Dr. Schaberts nach dem % Verhältnis der einseitigen und doppelseitigen Bronchiektasien vermag er nicht zu beantworten. Nach Ansicht von Box führen Pneumonien nur dann zur Bildung von Bronchiektasien, wenn eine Veranlagung dazu vorhanden ist, diese müssen jedoch in jedem Falle vorliegen. Im vorgestellten Falle ist trotz genauer Nachforschung nach einer eventl. vorausgegangener Pneumonie nichts Positives darüber zu erfahren gewesen.

Punct II. Dr. v. Bergmann spricht zur Differentialdiagnose der Nierentumoren.

Vortragender demonstriert eine 2 faustgrosse Pyonephrose mit Steinen, von denen ein grosser Stein in den Ureter hineinragt und ihn völlig obturiert. Patientin hatte im August a. c. ein Trauma erlitten (sie war aus dem Wagen auf die rechte Seite geschleudert worden) und hatte vom September an einen rasch wachsenden Tumor unter dem rechten Rippenrande bemerkt. Anfang November war die Diagnose eines Ovarialtumors gestellt und Patientin der gynäkologischen Abteilung überwiesen worden. Der Tumor war glatt, gegen den Rippenrand nicht deutlich abgrenzbar, fixiert, in die Lumbalgegend nicht verschiebbar. Eine Nephrolithiasis in der Anamnese (vor 6 Jahren Abgang eines Steines), der trübe, viele polynucleäre Eiterzellen und 2‰ Albumen enthaltende Urin, sowie leichte Fieberbewegungen ermöglichten die Diagnose und die colossale (bis mehrere ctm. starke) Schwartenbildung erklärte die Fixierung der Niere, welche erst ausgelöst werden konnte, nachdem die Schwarten bis auf die Nierensubstanz scharf durchtrennt worden waren.

Ein zweiter etwa melonengrosser Tumor der Niere — Retentionsniere — bedingt durch eine Ureterstrictur etwa einen handbreit vom Nierenbecken war gleichfalls fixiert und aus der Lumbalgegend verschoben. Auch hier gab der Urinbefund (Eiterkörperchen, reichlich Cylinder, Albumen 1,25‰) die Möglichkeit der Diagnose, die durch Uretherenkatheterisation bestätigt wurde. Dieser Tumor war ungemein leicht auszulösen. Seine dislocierte und fixierte Lage war wahrscheinlich durch den colossal verdickten (fingerdicken) und durch die Dilatation über der Strictur in den Tumor hineinbezogenen Ureter bedingt.

Dass andererseits eine in die Lumbalgegend verschiebbare Niere doch einen diagnostischen Irrtum zulässt, beweist ein Fall, den Referent am 4. November a. c. operierte. Es handelte sich um eine ca. 60 j. Frau, die vor 2 Jahren und im Oct. 1908 wiederum starke Nierenblutungen gehabt hatte. Seit 3 Jahren bestehen starke Schmerzen in der r. Nierengegend, die ins Becken ausstrahlen. Bei der Aufnahme blutete Patientin nicht. Der leicht trübe Urin enthielt viel polynucleäre Eiterkörperchen, vereinzelte rote Blutkörperchen, kein Albumen. Cystokopisch normale Blase, normal functionierende Ureteren.

Unter dem r. Rippenrande bestand ein etwa 2 faustgrosser Tumor, der sich nicht gegen die Leber deutlich abgrenzen liess, aber exquisit in die Lumbalgegend verschiebbar war, sodass ein Zusammenhang mit der Leber daraufhin ausgeschlossen wurde. Die Operation ergab eine normale Niere, die tief stand und in ganzer Ausdehnung an die vena cava durch Adhäsionen derart fixiert war, dass man sie sehr gut nach hinten in die Lumbalgegend, nicht aber nach aussen, verschieben konnte; der ptotische r. Leberlappen konnte dadurch nicht von ihr abgeschoben werden und so entstand der Eindruck einen Nierentumor vor sich zu haben. Die Stellung des r. Leberlappens maskierte die von hinten her deutlich abzutastende, einen grossen Stein enthaltende Gallenblase. Diese wurde von demselben Schnitt aus entfernt und ergab an ihrer Kuppe ein Carcinom. Diese Fälle beweisen, dass das Postulat, im Nierentumor müsse in die Lumbalgegend hin verschiebbar sein, nicht strict in jedem Falle aufrecht erhalten werden könne, so gute Dienste dasselbe Referenten auch mehrfach erwiesen in Fällen, die mit der Diagnose Nierentumor ins Krankenhaus geschickt, sich als ptotische Leber- oder Darmtumoren erwiesen. Namentlich scheinen entzündliche Processe im Nierenbecken, oder auch solche, die sich in der Nachbarschaft, an der Gallenblase, am Wurmfortsatz abspielen zu extraperitonealen Adhäsionen Veranlassung zu geben, die dann die Niere in eine dislocierte Lage bringen und in dieser fixieren können. Fehlt in solchen Fällen ein positiver Urinbefund, so kann die Diagnose besonders schwer sein.

(Autoreferat.)

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discussion:

Dr. P. Hampeln hebt die grossen Schwierigkeiten hervor, die sich bei der Differentialdiagnose zwischen Nierentumoren und Tumoren besonders des r. Leberlappens herausstellen können. Er habe diese Schwierigkeiten häufiger erfahren und glaube bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen zu sollen. In einem Falle solcher Art lag ein Tumor der Gallenblasengegend vor, der alle Merkmale eines der Leber angehörenden Tumors hatte: dafür wurde der Tumor natürlich nur mit Wahrscheinlichkeit sowohl vom consultierten Chirurgen, als von ihm — auch auf Grund der Anamnese — gehalten. Der Fall nimmt insofern noch besonderes Interesse in Anspruch, als späterhin sich Zeichen einer Compression des Rückenmarkes einstellten. Pat. ging nach Berlin und wurde von Israel wegen eines extramedullären Tumors operiert. Es handelte sich um ein Chondrosarcom des VI. Brustwirbels. Der Tumor in der Gallenblasengegend aber erwies sich, wie ein zur Aufklärung vorgenommener Bauchschnitt ergab, als die dorthin gelagerte, ptotische, vergrösserte Niere. Das Operationsresultat war übrigens ein ausserordentlich günstiges, da Patientin von ihrem Rückenmarksleiden befreit wurde und sich noch jetzt, also nach 7 Jahren guten Befindens erfreut. Veröffentlicht ist der Fall von Israel in der Berl. Klin. Wochenschrift, 1903, Bd. 40. Die dort mitgeteilte Krankengeschichte ist nur dahin zu ergänzen, dass Patientin am 23. Febr. 1901 angab, schon vor 4 Jahren an Beschwerden gelitten zu haben, aber seltener und mit einer folgenden beschwerdefreien Zeit. Einige Monate vor dem Aufnahmetermin waren wieder starke Schmerzen im rechten Hypochondrium aufgetreten (derentwegen sie sich an mich wandte) ausstrahlend in den Rücken und die rechte Schulter. Kein Icterus, keine Magendarmbeschwerden, keine Harnbeschwerden. Schmerzen oft sehr heftig, besonders in linker Seitenlage, in rechter schwindend. Normaler Befund bis auf den inspiratorisch beweglichen, in die Lumbalgegend nicht zurückzubringenden, vielmehr noch weiter nach der linken Abdominalseite zu verschiebenden Tumor von der Form einer vergrösserten Gallenblase, anscheinend mit der Leber nach links direct zusammenhängend. Nach angeordneter Bindenbehandlung stellt sich Patientin im Juli als bedeutend gebessert vor. Angenommen: Verlängerter r. Leberlappen (Riedel), Gallenblasenstein (?). Erst am 15. Mai 1902 stellte sich die Patientin nochmals vor mit seit 1 Monat aufgetretenen Beschwerden anderer Art. Schwäche der Beine, Kreuzschmerzen, die auf ein ganz andersartiges Leiden wiesen, das in keinem Zusammenhang mit den früheren Beschwerden stand. Nach anfänglicher Behandlung durch hiesige Specialisten für Nervenkrankheiten, begab sich Patientin nach Berlin.

Häufiger war das Verhältnis ein umgekehrtes, d. h. es wurde eine ptotische, sog. Sackniere angenommen und es fand sich ein verlängerter rechter Leberlappen. Gerade auf diese Verwechslungsgefahr wolle er aber hinweisen und zugleich vor ihr warnen. Es handelt sich um recht viel Fälle, von denen nur ein paar mitgeteilt sein mögen. In einem Fall von Lungenpleuracarcinom eines Mannes imponierte der rechte, verlängerte, bis zur crista ilei reichende Leberlappen als Nierentumor. Den wahren Sachverhalt deckte die Section auf. Es war der verlängerte rechte Leberlappen.

Ein anderes Mal hatte der Tumor in der rechten Leibeshälfte alle Merkmale einer vergrösserten ptotischen Sackniere, von wechselnder Grösse. Albuminurie, Pyurie, endlich Hämaturie sprachen auch zu Gunsten dieser Annahme; doch gelang es durch Feststellung des scharfen Leberrandes die wahre Natur des Tumors zu erkennen, bei dem es sich um den herabgesunkenen, verlängerten, respiratorisch unbeweglichen, auch in der Lumbalgegend fühlbaren rechten Leberlappen handelte, wie auch die Section ergab. Es lag Schrumpfniere bederseits vor. In einem 4. Fall endlich trat ihm das gleiche Bild an einer Kranken seiner Sprechstunde entgegen. Nach einem Trauma Schmerzen in der rechten Leibeshälfte und ein grösserer, respiratorisch unbeweglicher Tumor. Die Patientin wurde zur Controlle des Falles an einen Chirurgen verwiesen. Sie reiste nach Berlin, wo die Annahme einer Nierenschwellung noch ihrer Angabe zurückgewiesen wurde. Nach ihrer Rückkehr derselbe Befund, Allgemeinerscheinungen einer schweren perniciösen Anämie. Derselbe Localbefund; doch gelang es dieses Mal in Gemeinschaft mit Dr. v. Bergmann durch Feststellung des scharfen medialen und unteren Randes des Tumors, seine Zugehörigkeit zur Leber festzustellen. Tod unter dem Bilde der perniciösen Anämie. Kein Sectionsbefund.

Auf diese Fälle, die s. r. wie ihn, so auch andere zu Täuschungen veranlassen können, wolle er hiermit die Aufmerksamkeit gelenkt haben.

(Autoreferat).

Dr. v. Engelhardt: Im Gegensatz zu den Ausführungen Dr. v. Bergmanns, möchte ich gerade darauf hinweisen, dass der Satz von der Reponibilität der ptotischen Niere geradezu oft an einer irrtümlichen Diagnose Schuld war. Eigene Erfahrungen über das relativ häufige Vorkommen fixierter Senkniere sind mir durch Riedels Arbeit «über die verschobene am falschen Ort durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere» (Deutsche Med. Wochenschrift, NNr. 41, 42, 1907) bestätigt worden. Die differentielle Diagnose kann hier bedeutende Schwierigkeiten machen, gelingt es aber bei dem fraglichen Tumor einen oberen rundlichen Pol zu palpieren und über ihm den scharfen Leberrand in seiner Continuität zu fühlen, so werden wir es nicht mit Senkleber, Riedelschen Lappen, sondern mit einer fixierten Senkniere zu tun haben. Wodurch die Senkniere total oder relativ fixiert wird ist schwer zu sagen. Abgesehen von einer Entzündung der Nachbarorgane, die per contiquitatem die Fixation zu Wege bringen könnte, mag es sich wohl in vielen Fällen um leichte localisierte Entzündungen der Nierencapsel in Folge von Pyelitiden handeln. Dass eine solche, klinisch kaum nachweisbar — durch die Circulationsschwankungen im Abdominalgefässgebiet nach Menstruation und Aehnlichem gereizt — zu recht ausgedehnten Verwachsungen führen kann, haben wir bei der Appendicitis und Cholecystitis kennen gelernt, wo der Befund durchaus nicht immer dem klinisch harmlosen Verlauf entspricht.

Man wird gut tun, bei der Differentaldiagnose rechtsseitiger Abdominaltumoren immer mit der Möglichkeit einer total oder partiell fixierten Senkniere zu rechnen.

(Autoreferat.)

Dr. Schabert: Die Regel der Beweglichkeit der Nierentumoren erleide in der Praxis viele Ausnahmen. Entscheidend wirken auf die Beweglichkeit perinephritische, fixierende Processe oder die Grösse des Tumors; je grösser er werde desto eher werde er unbeweglich. Perinephritische Fixation kommt vor bei malignen Geschwülsten und zweitens bei entzündlichen Durchbrüchen in die Massa adiposa; eine dritte Gruppe bilden die seltenen, rein sclerosierenden Formen der der Perinephritis Dr. Bergmann habe einen solchen von ihm diagnosticierten Tumor vor Jahren operiert; ferner könne die intermittierende Hydronephrose auf der Höhe des acuten Stadiums unbeweglich werden und schliesslich erinnere er sich einer doppelseitigen polycystischen Degeneration, die vollkommen unbewegliche Tumoren lieferte,

Dr. P. Klemm schliesst sich der Ansicht Dr. v. Bergmanns soweit an, als er die Neigung eines Nierentumors sich in die Nierennische zurückzuziehen resp. sich dahin zurückbringen zu lassen bei den Tumoren sensu strictiori den Neubildungen der Niere (Carcinom etc.) für erwiesen erachtet und dieses Moment bei der Diagnose für massgebend hält, im Gegensatz zu den entzündlichen und fixierten Tumoren, bei denen diese Tendenz nicht vorhanden ist.

Dr. v. Bergmann: Er habe ganz allgemein von Nierentumoren gesprochen und nicht speciell die Neoplasmen gemeint. Finde man einen Nierentumor, so stehe man eben vor der Frage, ob es sich um einen entzündlichen Tumor oder um ein Neoplasma handelt. Das von ihm angeführte diagnostische Hilfsmittel sei ganz besonders Leber- und Darmtumoren gegenüber zu benutzen. Eine Infection der adiposa brauche noch keine Fixierung zu bedingen. Wenn man die Diagnose einer fixierten Niere stellen wolle, müsse man auf die Anamnese, die vorliegenden Erscheinungen, den Urinbefund zurückgehen. Finde man keine directen Anhaltspuncte, dann solle man sich hüten eine fixierte Niere anzunehmen.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

1483 Sitzung vom 12 Januar 1909.

Anwesend 69 Mitglieder und als Gäste die Herren Werbatus aus Bad Elster, Lundberg, Walter, Saarfels, Böttcher.

Eingelaufene Schriften: Ein Sonderabdruck, «Zur Lepra tuberosa der oberen Luftwege» von Dr. P. Bergengrün Abdruck aus dem klinischen Jahrbuch Bd. 19 G. Fischer. Jan. 1908!

Das Protocoll der Sitzung vom 17. XII. 1908 wird verlesen und angenommen.

Dr. H. Bosse referiert über einen Fall von «kryptogenetischer Pleuro-Pericarditis». (Das Referat wird im Centralblatt für innere Medicin veröffentlicht werden).

Dr. P. Hampeln bemerkt zum vorgestellten Falle, dass man bei der grossen Zahl auffallender Erscheinungen gut tue, von vorneherein die Grenze zwischen tatsächlich Vorhandenem und Hypothetischem zu ziehen. Sicher lag seiner Ansicht nach, bevor der Kranke in die Behandlung von Dr. B. eintrat, eine durch die gewöhnliche Untersuchung und die Probepunction festgestellte seröse Pleuritis links vor, deren Ursache unbekannt war. Die anfänglichen heftigen Abdominalerscheinungen, konnten sehr wohl, worauf von ihm an der Hand ein-

schlägiger Fälle schon vor Jahren hingewiesen worden ist, Fernsymptome allein der Pleuritis sein. Hierzu deklarierte sich in späterer Zeit eine gleichfalls seröse Pericarditis, mit Zeichen der Herzinsufficienz. Das sei eine Feststehende; die eigentliche Ursache aber dieser Serositis war und ist auch jetzt noch eine hypothetische. Auffallend blieb das lange, Monate währende, durch die seröse Serositis nicht erklärte, recht hohe Fieber. Dieses berechtigt auch seiner Annahme nach an einen subphrenischen Abscess oder eine subphrenische Eiterung im allgemeinen zu denken. Die Annahme eines eigentlichen Abscesses aber fand seines Erachtens in den klinischen Erscheinungen keine Unterstützung und musste aufgegeben werden. Eher käme noch eine Cholecystitis in Betracht. Endlich wäre an Tuberculose als ein die Serositis erklärendes Moment zu denken. Er erinnere sich eines ähnlichen Falles aus seiner Praxis, in dem sich späterhin die Tuberculose deklarierte. Doch sei das, wie gesagt, alles hypothetisch. Es fehlen auch Blutkörperchenzählungen und Tuberculinreaction. Beachtenswert erscheine ihm der auffallende therapeutische Erfolg mit der Jodipininjection. Von der brillanten diuretischen und zugleich den Körper rasch entwässernden Wirkung des Jodipins habe er sich selber überzeugt. Diese Wirkung des Jodipins sei ihm bisher unbekannt gewesen und sei wohl zu beachten.

(Autoreferat).

Dr. Schabert hält die von Dr. Bosse im vorliegenden Falle aufgestellten Hypothesen für sehr unwahrscheinlich. Das Abgekapseltwerden eines subphrenischen Abscesses und nachfolgende Verschwinden desselben sei ebensowenig gut möglich, wie der Durchbruch eines pericarditischen, nicht eitrigen Exsudates in die Pleurahöhle.

Dr. Bosse glaubt doch trotz des von Dr. Hampeln Angeführten bei der Annahme eines subphrenischen Abscesses verbleiben zu müssen. Dass ein grosses Exsudat im Herzbeutel vorgelegen habe, sei seiner Ansicht nach zweifellos erwiesen. Den Uebertritt des Exsudates — den von ihm gebrauchten Ausdruck «Durchbruch» wünscht er so verstanden zu sehen—halte er durch das Auftreten einer normalen Herzdämpfungsfigur und den Nachweis eines gleichzeitig aufgetretener Pleuraexsudates ebenfalls für erwiesen.

Dr. P. Hampeln. Die Annahme eines hier bestanden habenden subphrenischen Abscesses sei klinisch nicht begründet und daher auch gar nicht zu discutieren. In Betreff des pericardischen Exsudates, bemerkt Dr. H., dass Durchbrüche nicht eiteriger Exsudate kaum vorkommen dürfen, während ein Durchsickern des pericardialen Inhaltes durch die Punctionsöffnung gewiss vorkommen kann und von ihm selber direct beobachtet worden ist. Er habe daher stets, zwecks Verbindung des Herzbeutels mit der Pleurahöhle gerade die extramamilläre Punction des Herzbeutels durch die Pleura hindurch vorgeschlagen.

Dr. Krannhals hat den vorgestellten Fall einige Zeit hindurch im Krankenhause beobachten können, wohin derselbe mit der Diagnose Pericarditis geschickt worden war. Ein pericardiales Exsudat brauche nicht stets die typische Dreiecksform aufzuweisen, der Process könne sich mehr links hinten abspielen und hier zu einer Dämpfung führen. Er habe sich daher auch vorgenommen, derartige pericardiale Exsudate jedesmal vom Rücken aus durch Pleurasack und Lunge hin durch zu punctieren. Die hier nachweisbar gewesene Lebervergrösserung sei wohl durch Stauung zu erklären, ein die Leber nach unten hin dislocierendes ursächliches Moment anzunehmen, sei nicht nötig. Es dürfte sich im vorliegenden Falle um eine acut einsetzende und monatelang sich hinziehende Myo-Pericarditis mit sich anschliessender Exsudation in den Pleura- und Pericardialsack gehandelt haben («infectiöse Serositis»). Interessant und nachzuprüfen wäre die hier bemerkte diuretische Wirkung des Jodipins.

Dr. P. Hampeln. Ihm sei es wohl bekannt, dass ein pericarditisches Exudat Erscheinungen hervorrufen könnte, die den Untersuchenden an eine Pneumonie oder Pleuritis denken lassen können. Anatomisch aber nicht gut möglich erscheine es, dass ein solches Exsudat bis an die hintere Wand gedrängt werden könne. Im vorliegenden Falle hat es sich jedenfalls in erster Linie um ein Pleuraexsudat gehandelt.

Dr. G. Kieseritzky.
d. z. Secretär.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 16. März 1909.

I. Vor der Tagesordnung demonstriert Albanus einen Patienten mit Deformität des linken Rippenbogens. Von der 8. Rippe an abwärts endigen die linken Rippen frei und sind kürzer als normal, infolgedessen liegt das Herz unmittelbar unter der Hautmuskelwand, etwas tiefer als normal, seine Pulsation ist sehr deutlich sicht- und fühlbar, an seiner Spitze ist ein systolisches schabendes Geräusch zu hören; ob es pericarditischen Ursprungs ist, ist nicht sicher. Die Rippendeformität ist auf rachitischer Basis entstanden.

II. Dombrowski hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Casuistik der Nierengeschwülste mit Demonstration von Präparaten. Im Laufe der letzten 3 Jahre sind im hiesigen Börsenhospital folgende 6 Fälle von Nierengeschwülsten operiert worden:

1) Eine solitäre Nierencyste. Die 27-jährige Patientin hatte seit Jahren an Wanderniere gelitten, welche in der letzten Zeit gewachsen war, in der rechten Seite eine verschiebliche zweifaustgrosse Geschwulst bildete. Die Diagnose wurde auf Hydronephose gestellt. Bei der Operation (Lumbalschnitt) wurde eine grosse Cyste am unteren Nierenpol mit trübem serösen Inhalt gefunden. Sonst war die Niere normal. Nach Exstirpation der Cyste bis auf ihren Fusspunkt, war die Niere nach Rotter fixiert. Der Heilungsverlauf war bis auf Fieber in den ersten Tagen, welches nach Entfernung des Tampons fiel, ein glatter. Jetzt nach mehr als $1^1/_2$ Jahren ist die Operierte ganz gesund.

2) Eine Pyonephrose. 42-jährige Patientin hatte Jahre lang an intermittierender Hydronephrose gelitten, bis Schüttelfröste, Schmerzen, Erbrechen, Körperverfall zur Operation drängten. Im Februar 1907 fand sich in der rechten Nierengegend eine kindskopfgrosse Geschwulst; der Uretherenkatheterismus lieferte rechts viel Eiter, die Phloridzinreaction war positiv. Lumbalschnitt. Die Punction des Sackes ergab eine seröseitrige Flüssigkeit. Exstirpation der Niere. Tamponade. Im April 1907 geheilt entlassen. — Am demonstrierten Präparat sieht man die sehr stark gedehnten Nierenkelche, kaum noch secretionsfähiges Gewebe. Die mikroskopische Betrachtung lässt Stellen entdecken, welche Verdacht auf eine Neubildung (Angiosarkom) erwecken.

3) Maligner Tumor. 4-jähriges Kind, schwächlich; bei der Grossmutter war durch Probelaparotomie ein Nierensarcom festgestellt worden. Hier war 2 Monate vor der Operation noch keine Geschwulst zu finden gewesen, während zu dieser Zeit ein zweifaustgrosser, beweglicher, höckeriger Tumor getastet werden konnte. Nephrektomie. Nach einem Monat gesund entlassen. Bisher kein Recidiv.

4) Tuberculose der Nieren.

I. Fall. 16-jähriger Knabe mit Blasenbeschwerden, Urindrang, Incontinenz der Blase, Harn enthält sehr viel Eiter. Interne Therapie war erfolglos. Durch die Operation wurde ein grosser tuberculöser Sack entfernt, jedoch besserte sich der Zustand darnach nicht, die Schwäche nahm zu, in den Lungen und im Darm traten manifeste tuberculöse Processe auf, es bildete sich eine Kotfistel, eine spina ventosa kam hinzu. Nach 2-jähriger Krankheitsdauer entzog sich Pat. der weiteren Beobachtung.

II. Fall. 46-jährige Patientin. In der rechten Nierengegend eine Geschwulst, welche sich bis Kindskopfgrösse vergrösserte und unbeweglich wurde. Es traten Schmerzen hinzu, und der Allgemeinzustand verschlechterte sich. Der Uretherenkatheterismus lieferte rechts einen Urin mit viel Leukocyten und Erythrocyten, links einen normalen Urin. Die Phloridzinprobe war links positiv. Der Lumbalschnitt führte auf grosse Schwarten, welche sich nicht alle entfernen liessen. Nephrektomie. Der postoperative Verlauf war ein sehr langwieriger, vom Mai 1908 bis Januar 1909. Jetzt hat sich Pat. sehr erholt, die Urinanalyse gibt ganz normale Befunde. Am Nierenpräparat sieht man im Becken einen grossen Korallenstein.

III. Fall. 38 jähriger Mann. Aus völliger Gesundheit heraus erkrankte Pat. am 9. Juli 1908 plötzlich an heftigen Schmerzen in der linken Nierengegend, er fieberte bis 38,6, bemerkte das Wachsen einer grossen Geschwulst im Leibe, kam herunter. Im Hospital wurde in der linken Nierengegend ein mannskopfgrosser Tumor constatiert, der auf Berührung sehr schmerzhaft war. Der Uretherenkatheterismus entleerte links keinen Urin. Am 13. August 1908 wurde per Lumbalschnitt die linke Niere exstirpiert, es fanden sich wenig Schwarten, die Wand des Pyonephrosesackes riss ein. Die Temperatur fiel nach der Operation, Pat. erholte sich, wurde vom 20. September 1908 an ambulant behandelt und im November 1908 als geheilt entlassen.

Bis jetzt befindet sich Pat. in gutem Zustande. Zur Illustration der Wichtigkeit der neueren Unternehmungsmethoden für die Nierendiagnostik führt Vortr. noch einen von Dr. Wichert operierten Fall an. Es bestanden grosse Blasenbeschwerden, Fieber, Schwäche. Die Cystoskopie gelang nicht wegen Blasenblutung. Die rechte Niere fühlte sich bedeutend vergrössert an, beim Lumbalschnitt auf sie erwies sie sich jedoch normal, nur hypertrophisch. Der Vorschlag, nach einigen Tagen die linke Niere zu operieren, wurde nicht angenommen. Nach einigen Monaten trat der Tod an Tuberculose der Lungen und des Darmes ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion:

Tiling: Bei der Fixation der Nieren ist das Durchschneiden der Nähte an der Kapsel ein unangenehmes Ereignis. Der Ratschlag, die Kapsel zurückzupräparieren, sie doppelt zu legen und auch Parenchym mitzufassen, sichert auch nicht vor dem Durchschneiden der Nähte, wenigstens durch das leicht rissige Parenchym, und kann durch letzteres Moment zur Bildung einer Nierenfistel führen, wie er dies in einem Falle erlebt hat.

Wladimiroff: Wie verhält sich die Indigocarminprobe bei kranken Nieren? Bei experimenteller Hydronephrose hat er in reinen Fällen durch die Probe blau gefärbte Nierenteile gefunden.

Dombrowski: Das Gelingen der Probe hängt ab von der Menge des noch gesunden und functionstüchtigen Nierengewebes. Die Methylenblaumethode ist daher verlassen worden, weil diese Substanz auch ohne Vorhandensein functionierenden Nierengewebes durch die Nieren geht.

Schiele schildert den Gang der Nierenuntersuchung in der Casper'schen Klinik, die eine Combination aller Proben in sich schliesst. Auf diesem Wege wird sehr genau erniert, welche Niere krank ist, oder wenn beide Nieren erkrankt sind, welche in stärkerem, welche in geringerem Grade erkrankt ist. Schiele legt sehr viel Wert auf die Indigocarminprobe.

Masing: Wie verhält es sich mit der Heilung bei primärer Nierentuberculose, wenn die andre Niere und die Blase auch erkrankt sind? Kann die Exstirpation der stärker erkrankten Niere wirklich eine Heilung herbeiführen?

Dombrowski: Die Heilung kann direct mit dem Cystoskop nachgewiesen werden, ferner aus dem klinischen Verhalten, aus dem Schwinden der Tuberkelbacillen. Heilung ist natürlich nur möglich bei mässiger Erkrankung der anderen Niere oder der Blase.

Kernig verfügt über 2 Fälle von Nierentuberculose, welche nach fast zweijährigem Aufenthalte in Davos fast völlig geheilt zurückgekehrt sind. Die Möglichkeit einer Heilung ohne Operation ist also principiell zuzulassen. Bei Frauen ist differentialdiagnostisch die Genitaltuberculose zu berücksichtigen. Als diagnostisches Charakteristicum für Nierentuberculose wird das Aussehen der Eiterkörperchen angeführt, ihr Rand sei wie angefressen, nicht scharf.

Dombrowski: Nicht jeder Fall von Nierentuberculose ist sofort zu operieren. Es soll erst abgewartet und anders behandelt werden; tritt keine Besserung ein, so ist alsdann die Operation indiciert.

III. Dr. Heryng aus Warschau (als Gast) demonstriert einen Apparat zur Milchsterilisation ohne Zerstörung der natürlichen Fermente und Antitoxine. Das Constructionsprincip ist dasselbe wie bei den durch Zerstäubung wirkenden Dampfinhalationsapparaten.

Die rohe Milch wird im Apparat durch den Dampf in allerkleinste Partikelchen ($^1/_{500}$—$^1/_{800}$ mm. im Durchmesser) zerteilt, diese nehmen das ganze Quantum Wärme, welches durch Dampf oder heisse Luft hineingebracht wird, auf, erhitzen sich rasch und gleichmässig, condensieren sich alsdann in der Kammer des Apparates, laufen in ununterbrochenem Strahle aus dem Abflussrohre, welches mit einem Kühlapparate verbunden ist, und sammeln sich in gekühltem Zustande als gebrauchsfertige sterilisierte Milch. Die Vorzüge dieser Methode bestehen in folgendem:

1) Die Milch behält ihre physischen Eigenschaften: Farbe, Geruch, Geschmack; Fette und Zucker werden nicht verändert.

2) Die Eiweisskörper unterliegen keiner Zerstörung.

3) Solche Milch bleibt unverändert im Laufe von 6—8 Tagen bei einer Temperatur von 6° C., gährt nicht; sie gerinnt nicht vor 8—12 Tagen, wenn sie bei einer Temperatur von 4° C. und im Dunkeln aufbewahrt wird.

4) Beim Centrifugieren gibt sie eine sterile Butter.

5) Falls mit Dampf bearbeitet, enthebt die Beimischung sterilen Wassers in einer Menge von 10—20% der Notwendigkeit innerhalb gewisser Grenzen, bei der Ernährung von Brustkindern die Milch mit Wasser zu verdünnen, was eine gewisse Garantie gegen Infection mit Bacterien bietet.

6) Die Gleichförmigkeit der Milch bleibt nicht ohne Einfluss auf ihre Verdauung und Assimilierung durch den kindlichen Organismus.

7) Der Apparat zeichnet sich durch Einfachheit in der Construction und Anwendung aus. Dank der entsprechenden Anordnung des Condensators (Anbringung einer Klappe) hält sich die Temperatur der Milch innerhalb 75°—80° C.

8) Wurde die rohe Milch künstlich mit Tuberkel-, Typhusbacillen, Streptococcen, Staphylococcen, bac. mesentericus vulgatus inficiert, so wurden diese Bacterien durch diese Methode abgetötet bei einer Temperatur, welche um 10° C. niedriger war, als bei der Pasteurisation.

9) Der Condensator mird mit Wasserdampf (Temp. 98° C.) erilisiert, der im Dampfkessel des Apparates sich entwickelt. Die pulverisierte Milch wird in vorher sterilisierte Flaschen gesammelt.

10) Nach Abkühlung auf 4° C. wird die Milch in Eisschränken oder in Thermoflaschen bei entsprechender Temperatur aufbewahrt.

11) 250 ccm. Milch werden im Lauf von 5 Minuten bei $^1/_4$ Atmosphärendruck pulverisiert.

12) Sterilisation der Flaschen und des Condensators dauert nur 5 Minuten. Der ganze Process der Sterilisation erfordert nur 10 Minuten, während nach der Soxleh t'schen Methode die Milch ungefähr $^1/_2$ Stunde gekocht wird.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Auszüge aus den Protocollen des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.

2. Sitzung vom 8. Februar 1908.

Vorsitzender: A. Netschajew.
Schriftführer: V. Stühlern und G. Zeidler.

1) K. Heinrichsen demonstriert eine 45-jährige Kranke mit Elephantiasis der rechten unteren Extremität. Von Kindheit an war die rechte Extremität stets dicker als die linke. Grosse Gehbeschwerden. Vor 4 Jahren entstand an der Plantarseite des rechten Fusses ein Geschwür. Seitdem hat der Umfang des Beines stark zugenommen. Das Auftreten schmerzhaft aber nicht unmöglich. — Gesamtgewicht der Frau 400 Pf. Das rechte Bein wesentlich deformiert. Am fast kindlichen Fuss bloss 4 nach hinten und unten gebogene Zehen. Bewegungen im Kniegelenk sehr beschränkt. Die Kranke vermag die Extremität nur wenig zu heben. An der Plantarseite eine etwa 4 cent. lange bis zum Knochen reichende Wunde. Die Wundränder kallös verdickt; — der Ausfluss stinkend. Die Haut der ganzen Extremität verdickt. Am Ober- und Unterschenkel einzelne Einschnürungen von beträchtlicher Tiefe die ganze Circumferenz umgebend. Der Umfang des rechten Oberschenkels ist um 39 cent., der des rechten Unterschenkels um 38 cent. dicker als die entsprechenden Abschnitte der linken Extremität. Im Röntgenbilde imponieren die tiefen Schnurfurchen und eine bemerkenswerte Bildungsanomalie der Tarsalknochen, welche überhaupt nicht nachgewiesen werden können. Der Metatarsus ist vorhanden; — der Talus sehr flach. Die von L. Krever vorgenommene Untersuchung ergab, dass die Scleral- und Rachenreflexe herabgesetzt waren. Die Patellarreflexe nicht auslösbar. Die Sensibilität normal, mit Ausnahme der untersten Abschnitte der deformierten Extremität. Sonstige pathologische Erscheinungen von Seiten des Nervensystems nicht nachweisbar. — An der Kranken wird die hohe Oberschenkelamputation ausgeführt werden.

Discussion.

J. Grekow weist auf die seltene Bildungsanomalie der Tarsal- und Metatarsalknochen hin. — Die Amputation ist indiciert im Hinblick auf das Ulcus an der Fussohle, welches an ein mal perforant erinnert.

2) W. Tschistosserdow: Die im Männlichen Obuchowhospital im Laufe des letzten Decenniums beobachteten Fälle von subcutaner traumatischer Darmruptur. (Erscheint im Russkij Wratsch).

Discussion:

Prof. H. Zeidler: Auf Grund eines so grossen Materials, wie es vom Vortr. gesammelt worden ist, erscheint es durchaus berechtigt, Schlussfolgerungen zu ziehen. Wie die Resultate zeigen, beträgt die Mortalitätsziffer der in den ersten 6 Stunden nach dem Trauma operierten Fälle ungefähr 50 pCt. In den Fällen, welche später als nach 6 Stunden zur Operation kamen, ist die Mortalitätsziffer wesentlich höher. Aus diesem Grunde ist in allen Fällen von Darmruptur ein möglichst schnelles operatives Eingreifen geboten. Dank unserem grossen Material im Obuchowhospital ist es uns gelungen, die Diagnose der Darmruptur nahezu fehlerlos zu stellen. Darauf weist unter anderem auch der Umstand hin, dass im letzten Decennium bloss 3 Probelaparatomien bei Verdacht auf Darmruptur vorgenommen wurden.

A. Netschajew spricht die Hoffnung aus, dass nach weiterer Sichtung dieses riesigen Materials die Möglichkeit der genauen Differentialdiagnose zwischen Ruptur dieses oder jenes Darmabschnittes und des Mesenteriums in Erwägung gezogen werden könne.

3) G. Isserson: Zur Casuistik der gonorrhoischen Endocarditis. (Erscheint im Druck).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion:

V. Stühlern macht darauf aufmerksam, dass die zweimalige Blutuntersuchung einen Monat vor dem Exitus ein negatives Resultat ergab, während 40 Stunden vor dem Tode im Blute Gonococcen nachgewiesen werden konnten. Wahrscheinlich erscheint es, dass zur Zeit der letzten Blutuntersuchung die bactericide Kraft des Blutes geringer geworden war, was einer Vermehrung der Gonococcen günstig gewesen ist.

Der Vortr. erwähnt, dass im allgemeinen weniger Wert auf die bactericiden Eigenschaften des Blutes, als auf die technische Seite der Blutuntersuchung gelegt wird.

4) J. Grekow: Ueber die Perityphlitis in der Gravidität und im Wochenbett. (cf. Protocolle der Russischen Geburtshilflich-Gynäkologischen Gesellschaft in St. Petersburg, Sitzung v. 20. März 1908. Referiert Russkij Wratsch 1908; Nr. 24 und Shurnal akuscherstwa i ginekologii Bd. XXII).

Discussion:

Prof. H. Zeidler: Ich finde, dass die vom Vortr. berührte Frage ein grosses Interesse bietet und die angeführten Fälle in hohem Grade lehrreich sind. Ich verfüge selbst über 5 Fälle von katarrhalischer Appendicitis, welche während der Gravidität im Intervall zur Operation kamen. In diesen Fällen beobachtete ich vollkommen normalen postoperativen Verlauf. Die Schwangerschaft erlitt keine Unterbrechung. In einem Fall erfolgte innerhalb der Gravidität ein Anfall von Perityphlitis, welcher bei conservativer Behandlung abklang. Die Schwangerschaft fand ihren normalen Abschluss, und die Geburt ging ohne Störung von statten. Nach einiger Zeit wurde zur Operation im Intervall geschritten, bei welcher ein circumscripter Eiterherd gefunden wurde, welcher zum Glück für die Patientin intra partum nicht zur Perforation gekommen war. Dieser Fall beweist meiner Meinung nach klar die Notwendigkeit der Frühoperation in den mit Gravidität complicierten Fällen von Appendicitis. Die primäre Naht der circumscripten perityphlitischen Abscesse erscheint mir sehr gewagt, da auch im günstigsten Fall die Vorteile der Naht sehr gering sind. Auch in einem Fall des Vortr. mussten die Nähte wieder entfernt werden. Dagegen erscheint die Tamponade weit ungefährlicher. Verläuft der Fall günstig, so können die Tampons nach 48 Stunden wieder entfernt werden.

Der Vortr. macht geltend, dass er in dem erwähnten Fall auf ein Einführen des Tampons zum Uteruswinkel verzichtet hat, um keine Wehen auszulösen.

W. Wastèn bestätigt die Tatsache, dass durch Tamponade Wehen hervorgerufen werden können.

A. Anissimow berichtet über einen gemeinsam mit Zeidler beobachteten Fall, in welchem bei einer im 7. Monat graviden Frau ein Anfall von Appendicitis erfolgte. Es kam zur Frühgeburt, wobei ungeachtet der vorgenommenen Operation Exitus erfolgte.

Prof. H. Zeidler: Die Kranke starb an Wochenbettfieber und nicht an den Folgen der Appendicitis, welche durch die Operation gehoben worden war.

W. Wastèn: Die Perityphlitis im Wochenbett gehört zu den ernsten Erkrankungen. Mit dem Wehenbeginn lösen sich unaufhaltsam die vorhandenen Verklebungen, in der Folge resultiert unaufhaltsam eine diffuse Peritonitis. Zum Glück ist diese Complication nicht sehr häufig. Einer meiner Fälle aus der Privatpraxis ist in dieser Hinsicht sehr lehrreich: Eine gravide Frau erkrankt mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und Fieber. Wie gewöhnlich in solchen Fällen, kein deutliches Infiltrat palpabel. In solchen Fällen halte ich mich an ein Merkmal, welches, soviel mir bekannt, noch nicht beschrieben, immerhin einige Anhaltspuncte bietet. Per vaginam ist an der Beckenwand ein Infiltrat als kleines Kissen, welches sich nach oben zu verbreitert, zu fühlen. Ich fand eine sofortige Operation angezeigt. Der consultierte Chirurg fand die Diagnose zu wenig begründet und schlug die Operation ab. Sehr bald darauf erfolgte der partus und die Kranke starb an allgemeiner Peritonitis. Die Differentialdiagnose der Perityphlitis und der entzündlichen Processe der Adnexe ist in einem gewissen Stadium äusserst compliciert und Verwechselungen durchaus möglich. Es sind sogar Verwechslungen mit Tubenruptur bei Extrauteringravidität vorgekommen, auch Tuberculose und Actinomykose der Adnexe ist in Betracht zu ziehen.

Der Vortr. stellt die Frage, ob unter gewissen Umständen die künstliche Frühgeburt am Platz ist.

W. Wastèn verneint entschieden diese Frage, die seiner Meinung nach unter Umständen sogar Schaden bringen kann.

A. Netschajew: Aus dem interessanten Vortrag Grekows ist die Feststellung des geeignetsten Zeitpunctes für die Operation das wichtigste Moment. Andererseits ist die practische Frage von Wichtigkeit, ob wir verpflichtet sind, einem Mädchen ante matrimonium nach stattgehabtem wenn auch nur einmaligem Anfall die Intervalloperation anzuraten.

5) A. Pawlow: Zur Symphysenruptur innerhalb der Geburt. (Mit Demonstration eines Präparates).

Nach Verlesung der Krankengeschichte und kurzer Erwähnung der einschlägigen Literatur kommt der Vortr. zum Schluss, dass die hauptsächlichsten ätiologischen Momente der Symphysenruptur in den Veränderungen der Knorpel und Knochen des Beckens liegen. Die Prognose ist günstiger, wenn keine septischen Erscheinungen hinzutreten. Zur Behandlung empfiehlt sich ein Beckenverband beliebigen Musters.

Discussion:

W. Wastèn hält den beschriebenen Fall für ungemein selten. Er könne sich nur noch eines einzigen ähnlichen Falles erinnern. Die Symphysenzerrung ist weit häufiger.

6) W. Dmitrijew: Zur Frage der metastatischen Leberabscesse.

Innerhalb 4 Monaten beobachtete der Vortr. 3 Fälle von metastatischer Leberabscedierung. Die primären Herde lagen an der oberen Extremität. Alle 3 Fälle kamen unter dem Bilde der Allgemeininfection ad exitum. In einem Fall wurde zur Operation geschritten, der Eröffnung des Leberabscesses. Bei der Autopsie wurde im Umkreise des eröffneten Abscesses noch 5 weitere Herde gefunden. Auch in den übrigen Fällen waren die Leberabscesse multipel.

Discussion:

A. Netschajew beobachtete gleichfalls in relativ kurzer Zeit 4 Fälle von metastatischen Leberabscessen.

Referent: E. Hesse.

---

3. Sitzung vom 7. März 1908.

Vorsitzender: A. Netschajew.

Schriftführer: V. Stühlern und G. Zeidler.

1) W. Tschistosserdow: Zur Casuistik der Fremdkörper in der Blase.

Vor 3 Monaten, — berichtet der Kranke, — führten ihm angetrunkene Kameraden einen Strohhalm in den Harnkanal ein. Seitdem verspürt der Pat. beim Urinieren stechende Schmerzen. Nach 1 Monat begannen die Testikel zu schwellen. Kleine Strohhalmstückchen gehen zeitweise mit dem Harn ab, welcher bis zu 30 Mal am Tage entleert werden muss. Mit dem Metallkatheter gelingt es einen Stein zu diagnosticieren. Blasencapacität 50 cc. Der Harn trübe, alkalisch, $^1/_8$ ‰ Eiweiss. Am Scrotum 2 Fistelgänge, die zur verdickten, höckerigen Epididymis führen. Die Prostata weich und vergrössert. — Es wird in Trendelenburgscher Lage zu Sectio alta geschritten. Es findet sich ein etwa 10×2 c. grosser Phosphatstein, in dessen Centrum sich der Strohhalm befindet. Nach einem Monat post operationem ist der Harn klar, sauer; — kein Eiweiss. Die Fistelgänge vernarbt, die Epididymis normal. — Bemerkenswert ist am vorliegenden Fall der Umstand, dass die Zeit der Steinbildung genau bekannt ist, und hervorzuheben wäre ferner das schnelle Sistieren der entzündlichen Erscheinungen des Nebenhodens nach vorgenommener Operation.

W. Wastèn: Die Fremdkörper der Blase werden im allgemeinen häufiger bei Frauen beobachtet. Ich habe 4 derartige Fälle zu verzeichnen. In 2 Fällen handelte es sich um Haarnadeln, in einem Fall um einen Bleistift und im vierten Fall um ein Kirchenlicht. In den beiden ersten Fällen wurden die Fremdkörper durch die Colpocystotomie, in den letzteren beiden per urethram entfernt.

B. Cholzow: In 2 Fällen beobachtete ich in der Harnblase abgebrochene Teile Nelatonscher Katheter. In einem Fall blieb die Urethrotomia externa ohne Erfolg, — erst durch die Sectio alta gelang es den Katheter zu entfernen.

Prof. H. Zeidler ist es gelungen in 3 Fällen (Katheter, Wachslicht und Haarnadel) den Fremdkörper aus dem Harnkanal zu entfernen.

A. Alexandrow beobachtete einen Geisteskranken, welcher sich eine Cigarrenspitze in die Urethra eingeführt hatte, wobei es gelang den Fremdkörper auf operativem Wege zu entfernen. Später kam derselbe Kranke an Oesophagusperforation ad exitum, nachdem er eine Stecknadel verschluckt hat.

2) J. Grekow: Ueber den Darmverschluss in Verbindung mit den Erkrankungen des Wurmfortsatzes. (Erscheint im Druck).

3) L. Stuckey demonstriert einen Patienten, welcher wegen Leberechinococcus nach Bobrow operiert worden war. Die Methode besteht in Exstirpation der Echinococcusblase, Eingiessung von physiologischer Kochsalzlösung und primärer Naht. Im postoperativen Verlauf wurde eine Thrombose der linken Femoralvene beobachtet. Heilung per primam.

Prof. H. Zeidler: Die Bobrowsche Methode hat in diesem Fall zu sehr gutem Resultat geführt. Der Kranke wurde nach 2 Wochen geheilt entlassen. Wegen Abkürzung des postoperativen Verlaufes ist dieser Methode der Vorzug zu geben.

4) K. Akimow-Peretz: Ein Fall von Gallenblasenperforation in den Darmkanal. (Mit Demonstration eines path.-anat. Präparates).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. H. Zeidler: Am Material des Obuchowhospitals habe ich im Anschluss an Cholelithiasis noch keinmal Darmverschluss beobachten können. In einem Fall mit präciser Anamnese, in welchem Abgang von grösseren Gallensteinen beobachtet worden war, gelang es bei der Operation bloss Verwachsungen der Gallenblase mit dem Duodenum zu constatieren. In der Gallenblase wurden Steine gefunden. — Keine Perforation.

Der Vortr. Nach statistischen Angaben englischer Autoren fielen auf 360 Fälle von Darmverschluss, 8 Fälle von Gallensteineinklemmungen. Körte beobachtete 15 Fälle von Gallensteinileus, wobei in der Hälfte der Fälle keinerlei Gallensymptome constatiert werden konnten.

Prof. A. Moissejew: Gelegentlich einer Autopsie sah ich in einem Fall eine Anastomose zwischen Gallenblase und Darm: — die Oeffnung war für 2 Querfinger durchgängig. Das Duodenum war dilatiert und verdünnt. An der Perforationsstelle narbiges Gewebe. Da weder anamnestisch noch während der Autopsie irgendwelche Veränderungen des Gallensystems constatiert werden konnten, hat es sich wohl um ein Duodenalulcus gehandelt, welches in die Gallenblase perforiert war.

5) Priv.-Doc. A. Ssokolow demonstriert aus dem pathol.-anat. Institut des Obuchowhospitals folgende Präparate:

1) 2 Fälle von Aneurysma dissecans der aorta ascendens mit Perforation ins Pericardium. In einem Fall war der Riss im inneren Blatt parallel der Gefässaxe gegangen, im zweiten Fall in querer Richtung.

2) 1 Fall von Spontanruptur der Milzcapsel im Verlaufe von Rückfallfieber mit letaler Blutung in die Bauchhöhle.

6) B. Cholzow: Zur Frage der klinischen Diagnose der Nierenanomalien. (cf. Russkij Wratsch 1908; Nr. 38 und Protocolle der Russischen Gesellschaft für Urologie v. 2./IV. 1908).

Prof. A. Moissejew: Ich verfüge über 6 Fälle von Nierenanomalien, welche ich noch nicht publiciert habe, darunter waren auch einige Fälle von Nierendystopie. In einem Fall war die Niere bis zum Promontorium herabgesunken.

A. Jagodinsky: Wie oft beobachtet man im allgemeinen Nierenanomalien beim Erwachsenen? Im Oldenburger Kinderhospital beobachteten wir auf 5000 Autopsien 0,1 pCt. hufeisenförmige Nierenformen.

Der Vortragende: Nach statistischen Daten kamen auf 27000 Sectionen folgende Anomalien: Fehlen einer Niere 0,04 pCt., hufeisenförmige Niere 0,03—0,06 pCt. — Die Dystopien sind ungemein selten.

A. Netschajew: Wenn man das Material des Obuchowhospitals in Betracht zieht, so ist die hufeisenförmige Niere nicht allzu selten. Das Fehlen einer Niere wurde ausserordentlich selten beobachtet.

7) F. Syssojew: Zur Frage der Hypernephrome. (Erscheint im Druck).

Prof. A. Moissejew: In der letzten Zeit habe ich 2 Fälle von Hypernephrom beobachtet. In einem Fall ging der etwa doppeltfaustgrosse Tumor von der linken Nebenniere aus; klinisch war eine Vergrösserung der Milz angenommen worden. Im anderen Fall war der Tumor etwa walnussgross; in der Leber grosse metastatische Knoten, welche auch klinisch diagnosticiert worden waren. Die Frage der Histogenese der Hypernephrome ist noch nicht endgiltig geklärt; — das histologische Bild ist inconstant. In jungen Tumoren herrscht meist alveoläre Struktur vor, — in älteren Fällen dagegen liess sich meist Bindegewebe constatieren.

K. Akimow-Peretz: Ich beobachtete einen ähnlichen Fall. Die linke Nierengegend war geschwellt, — Haematurie und erhöhte Temperatur. Es wurde Nierentuberculose angenommen, obgleich die bacteriologische Untersuchung negativ ausgefallen war. Der Tod trat unter Erscheinungen von Uraemie ein. Die Section ergab ein Hypernephrom der linken Niere. Bemerkenswert ist an diesem Fall die erhöhte Temperatur.

Der Vortr. hat an seinen Fällen keine Temperatursteigerungen beobachten können.

Prof. A. Moissejew meint die Fiebererscheinungen durch entzündliche und degenerativ-necrotisierende Vorgänge im Tumor erklären zu können.

J. Grekow: In einem Fall des Vortr. war trotz eitriger Pyelitis kein Fieber aufgetreten. Charakteristisch für diese Tumoren ist ihr langsamer Wachstum und die Neigung zu Knochenmetastasen. Ein genaues Studium des histologischen Bildes dieser Tumoren würde, soviel ich beurteilen kann, öfters die Malignität constatieren lassen.

B. Cholzow: Die klinische Bedeutung der Hypernephrome ist der der malignen Nierentumoren gleich. Die Frühdiagnose dieser beiden Neubildungen ist sehr schwer, da es an constanten und markanten Symptomen fehlt. Aus diesem Grunde ist die Probenephrotomie öfter angezeigt, als sie bisher angewandt wird. Referent E. Hesse.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der Professor der Militär-Medicinischen Akademie, Ehren-Leibchirurg Dr. S. Fedorow ist zum beratenden Mitglied des Medicinalconseils gewählt worden.

— Der Primararzt der gynäkologischen Abteilung des städtischen Obuchowhospitals Dr. W. Wasten ist zum Ehren-Mitglied der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Petersburg gewählt worden.

— Am 19. Mai 1909 kann der Director des Instituts für experimentelle Medicin und Chef-Redacteur des «Russkij Wratsch» Prof. Dr. W. W. Podwyssotzki auf eine 25-jährige ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit zurückblicken.

— Ernannt: der Gehilfe des Bezirks-Militärmedicinalinspektors des Wilnaschen Militärbezirks Wirkl. Staatsrat Kasanli — zum Korpsarzt des Grenadierkorps; der Divisionsarzt der 43. Infanteriedivision Staatsrat Kosmatschewski — zum Gehilfen des Bezirks-Militärmedicinalinspectors des Wilnaschen Militärbezirks.

— Im vorigen Jahr bildete sich in Petersburg eine Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfeleistung im Kampfe gegen Infections- und Kinderkrankheiten, um auf diese Weise der hohen Sterblichkeit der Kinder in Petersburg zu steuern. Die Gesellschaft beschloss, ein Hospital mit 100 Betten für die Mittelklasse der Residenzbevölkerung einzurichten und zu dem Zweck die Stadtverwaltung um kostenlose Abtretung eines Grundstücks zu ersuchen. Nun ist der Gesellschaft ein städtisches Grundstück von 4694½ Quadr. Faden auf dem Smolenski Felde am Mittleren Prospect bei der 23. und 24. Linie kostenlos zur Verfügung gestellt worden, jedoch mit der Bedingung, dass in 3 Jahren alle Gebäude fertiggestellt werden müssen und das Hospital eröffnet werden muss. Widrigenfalls fällt das Grundstück mit allen inzwischen aufgeführten Gebäuden der Stadtverwaltung zu.

— Bei der Pirogowschen Aerzte-Gesellschaft ist eine Prämie auf den Namen des verstorbenen Präsidenten des Verwaltungsrats Dr. G. N. Gabritschewski gegründet worden. Das Capital, welches sich aus Stiftungen der Witwe des Verstorbenen und Spenden anderer Personen gebildet, hat eine Höhe von 3000 Rbl. erreicht. Weitere Spenden werden noch in Empfang genommen. Als Prämie werden jährlich die Zinsen vom Capital 1) für Arbeiten aus dem Gebiete der Infectionskrankheiten und deren Bekämpfung und 2) für populär-gehaltene Arbeiten über öffentliche Gesundheitspflege und Hygiene verliehen. Die Prämie wird abwechselnd für die 1. und 2. Gruppe von Arbeiten jedes Jahr ausgezahlt. Die erste Concurrenz für wissenschaftliche Arbeiten findet am 23. März 1910, für populäre Arbeiten am 23. März 1911 statt.

— An der Moskauer Universität ist der Lehrstuhl für chirurgische Hospitalklinik für vacant erklärt worden. Anmeldungen von Candidaten werden bis zum 5. Juni 1909 angenommen.

— Welche Schwierigkeiten mitunter der Aenderung der Statuten einer wissenschaftlichen Gesellschaft erwachsen können, ist aus folgender Mitteilung, die wir der «Wratschebnaja Gaseta», Nr. 17 entnehmen, zu ersehen:

Die Charkower medicinische Gesellschaft beschloss im Jahre 1906 nach 50-jährigem Bestehen, ihre Statuten umzuarbeiten und reichte im Mai desselben Jahres das Project der neuen Statuten gemäss dem § 21 der temporären Regeln vom 4. März 1906 dem damaligen tempor. General-Gouverneur zur Registrierung ein. Letzterer antwortete, dass ein Gesuch um Statutenveränderung an den Minister des Innern zu richten sei. Sich auf das ministerielle Circular vom 22. Juli 1906 berufend, suchte die Charkower med. Gesellschaft zum zweiten Mal um Registrierung des projectierten Statuts nach. Hierauf erwiderte der General-Gouverneur, dass Gesellschaften und Vereine, die vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 4. März 1906 gegründet sind und ihre Statuten verändern wollen, zuerst ihren Verein auflösen müssen und dann mit neuen Statuten wieder entstehen können. Dagegen legte die Gesellschaft Klage beim Minister des Innern ein und sandte an ihn ein Telegramm. Am 5. September 1907 erhielt die Gesellschaft die Antwort, dass die Frage der Statutenveränderung der Gesellschaft in der nächstfolgenden Sitzung der Behörde beraten werden würde. Trotz dieser ministeriellen Nachricht, fand die Sitzung der Gouvernementsbehörde für Registrierung von Gesellschaften erst am 14. December 1907, d. h. nach Verlauf von fast 3½ Monaten statt. Zu dieser Sitzung sandte die Gesellschaft ihren Secretär Dr. Ssergiewski, der aber zur Sitzung erst zugelassen wurde, als die neuen Statuten der Gesellschaft bereits nicht bestätigt waren. Gegen diesen Beschluss der Behörde legte die Gesellschaft Protest beim Senat ein, der am 10. März 1909 die Verfügung traf, den Beschluss

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Behörde zu cassieren und die Behörde mit einer nochmaligen Durchsicht der Angelegenheit zu beauftragen.

— Der 2. Congress für pädagogische Psychologie findet in St. Petersburg am 1.—5. Juni statt. Vorsitzender des Organisationscomitees ist Prof. W. Bechterew. Das Congressbureau befindet sich in St. Petersburg: Potemkinskaja 5.

— «Für den Alvarenga-Preis (M. 800.—) hat die Hufelandische Gesellschaft das Thema: «Die Blutdrucksteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Standpunct» gestellt. Mit einem Motto versehene Arbeiten sind in deutscher Sprache in 2 Exemplaren bis zum 1. März 1910 an Herrn Prof. H. Strauss, 1. Schriftführer der Hufelandischen Gesellschaft, Berlin W. 50, Kurfürstendamm 239, zu senden, und es ist der Name des Einreichenden in einem verschlossenen, das Motto als Aufschrift tragenden, Convert anzugeben.

— Am 6. Mai (n. St.) fand in Karlsbad eine Feier zu Ehren des ersten akademischen Lehrers der Balneologie, weil. Professor Josef von Löschner statt, die von den karlsbader ärztlichen Vereinen aus Anlass des 100. Geburtstages Löschners veranstaltet worden war.

— Am 18. Mai (n. St.), dem 100. Sterbetage des Erfinders der Percussion, Dr. L. Auenbrugger fand in Wien die feierliche Enthüllung der vom Wiener medicinischen Doctorencollegium und der k. k. Gesellschaft der Aerzte gestifteten Gedenktafel statt, die am Sterbehause des grossen Arztes, I, Neuer Markt 9, angebracht ist. In der von der Gesellschaft der Aerzte veranstalteten Festversammlung hielt Prof. Neuburger die Festrede. Prof. E. v. Töply würdigt die Bedeutung Auenbruggers in einem Aufsatz in Nr. 20 der Wiener Medicinischen Wochenschrift.

— Die 13. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie findet am 2.—5. Juni in Strassburg statt.

— Der 12. internationale Congress gegen den Alcoholismus findet vom 18. bis zum 24. Juli in London unter dem Ehrenpräsidium des Herzogs von Connaught statt.

— Der erste Congress der Far Eastern Association of tropical medicine findet vom 1. bis zum 6. März 1910 in Manila statt.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta wurden vom 21. bis zum 27. März 143 Todesfälle infolge von Cholera registriert.

— Verbreitung der Pest. In Aegypten fanden von 17. bis zum 23. April 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle an Pest statt. — Im Bezirke Muansa (Deutsch-Ostafrika) starben an der Pest 60 Personen. — In Singapore wurde am 5. April ein Fall von Pesterkrankung constatiert. — In Honkong erkrankten vom 28. Februar bis zum 6. März 3 Chinesen und starben 2. — In der Hafenstadt Arica (Chile) wurden im März mehrere Pestfälle constatiert. — In Sydney (New-South Wales) erkrankten in der letzten Woche des März 5 Personen und starben 2. — In Bunbury (West-Australien) erkrankten 2 Matrosen an der Pest. — Von den in Nr. 17 erwähnten verdächtigen Pesterkrankungen auf dem Dampfer «Rubens» erwiesen sich bei der bacteriologischen Untersuchung 2 als Pestfälle. Die übrige Mannschaft wurde nach 5-tägiger Quarantäne als gesund entlassen.

— Am 6. Mai erkrankte in St. Petersburg an der Cholera 1 Person, starben 0, genasen 0; in den Hospitälern verblieben in Behandlung 12. Seit dem Beginn der Epidemie sind 10379 Personen erkrankt, 4019 gestorben und 6347 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 12. bis zum 18. April 1909 495 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 25, Typh. exanth. 9, Febris recurr. 67, Pocken 20, Windpocken 6, Masern 104, Scharlach 70, Diphtherie 85, acut. Magen-Darmkatarrh 34, Cholera 6, an anderen Infectionskrankheiten 69.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12105. Darunter Typhus abdominalis 399, Typhus exanth. 29, Febris recurrens 308, Scharlach 236, Masern 121, Diphtherie 148, Pocken 74, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 22, crupöse Pneumonie 156, Tuberculose 589, Influenza 270, Erysipel 96, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 89, Lepra 0, Syphilis 519, venerische Krankheiten 288, acute Erkrankungen 1996, chronische Krankheiten 1766, chirurgische Krankheiten 1416, Geisteskrankheiten 3198, gynäkologische Krankheiten 229, Krankheiten des Wochenbetts 48, verschiedene andere Krankheiten 99.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 874 + 50 Totgeborene + 42 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 6, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 2, Pocken 5, Masern 37, Scharlach 19, Diphtherie 12, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 51, katarrhalische Pneumonie 99, Erysipelas 7, Influenza 5, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 5, Magen-Darmkatarrh 52, andere Magen- und Darmerkrankungen 42, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 59, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 284.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 19. bis zum 25. April 1909 519 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 41, Typhus exanthem 10, Febris recurrens 67, Pocken 22, Windpocken 8, Masern 126, Scharlach 64, Diphtherie 85, Cholera 10, acut. Magen-Darmkatarrh 18, an anderen Infectionskrankheiten 68.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12029. Darunter Typhus abdominalis 420, Typhus exanth. 32, Febris recurrens 315, Scharlach 226, Masern 120, Diphtherie 152, Pocken 72, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 12, crupöse Pneumonie 148, Tuberculose 586, Influenza 266, Erysipel 91, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 90, Syphilis 530, venerische Krankheiten 275, acute Erkrankungen 1962, chronische Krankheiten 1725, chirurgische Krankheiten 1421, Geisteskrankheiten 3199, gynäkologische Krankheiten 227, Krankheiten des Wochenbetts 48, verschiedene andere Krankheiten 101.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 874 + 37 Totgeborene + 50 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 8, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 1, Pocken 8, Masern 43, Scharlach 16, Diphtherie 14, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 44, katarrhalische Pneumonie 106, Erysipelas 7, Influenza 13, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 17, Dysenterie 1, Cholera 4, Magen-Darmkatarrh 53, andere Magen- und Darmerkrankungen 42, Alcoholismus 3, angeborene Schwäche 59, Marasmus senilis 23, andere Todesursachen 271.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Moskau am 24. April Dr. A. G. Andrejewskij. 2) Am 3. Mai in Berlin der bekannte Statistiker. Prof. Dr. Guttstadt im Alter von 70 Jahren. 3) Dr. S. Conner, früher Professor der Chirurgie am Medical College of Ohio in Cincinnati. 4) Prof. Dr. Dujardin-Beaumetz in Paris. 5) Dr. Gerald Francis Yeo, Prof. der Physiologie am King's College in London. 6) Dr. Frank W. Draper, Prof. der gerichtlichen Medicin an der Harvard Universität in Boston.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 12. Mai 1909.

Ausschliesslich geschäftliche Sitzung: Endgiltige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts.

Etwaige Anträge zum Project können nur noch bis zu dieser Sitzung dem geschäftsführenden Secretär eingereicht werden.

Die Mitglieder des Vereins werden gebeten, möglichst zahlreich zu erscheinen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Mai 1909.

Tagesordnung: E. Blessig: Statistisches aus der St. Petersburger Augenheilanstalt für das Jahrzehnt 1899—1908.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

A. Fournier. Kann ich geheilt werden? Verlag Josef Safar. Wien und Leipzig. 1909.

R. Goldschmidt. Die Fortpflanzung der Tiere. Verlag B. G. Teubner. Leipzig. 1909.

P. Th. Müller. Vorlesungen über Infection und Immunität. Verlag Gustav Fischer. Jena. 1909.

Sigm. Freud. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Verlag Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

Schumburg. Die Geschlechtskrankheiten. B. G. Teubner. Leipzig. 1909.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 20 St. Petersburg, den 16. (29.) Mai 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

Von

Dr. Blacher-Petersburg.

(Vortrag, gehalten auf dem V. Estländischen Aerztetage zu Reval).

M. H.! Die rationelle Therapie der Infectionskrankheiten hat 2 Factoren ins Auge zu fassen: die Krankheitserscheinungen und die Krankheitsursachen. Die Beeinflussung der Krankheitserscheinungen — die symptomatische Therapie — kann ich wegen Kürze der Zeit nicht erörtern; ich werde mich lediglich darauf beschränken, die ätiologische Therapie, also die Beeinflussung der Krankheitsursache beim Scharlach kurz zu besprechen.

Zur ätiologischen Bekämpfung des Scharlachs verfügt die Serumtherapie über ein Mittel, dessen Bewertung auf der Voraussetzung begründet ist, dass der aus dem Herzblute einer Scharlachleiche herauscultivierte Streptococcus in engster Beziehung zur Aetiologie des Scharlachs steht; es ist dieses das „Mosersche monovalente Scharlachstreptococcenserum". Entspricht diese Voraussetzung der Wirklichkeit, so würde die Behandlung mit dem Moserschen Serum als eine specifische antitoxische und antiparasitäre Therapie angesehen werden müssen.

Wie steht es aber nun mit der ätiologischen Rolle des Streptococcus?

Haben wir genügende Anhaltspuncte dafür, dass der Streptococcus, der doch bei so vielen anderen Erkrankungen eine ominöse Rolle spielt, gerade beim Scharlach eine so grosse ätiologische Bedeutung hat?

Die Ansicht, dass der Streptococcus der alleinige Erreger des Scharlachs sei, ist durchaus nicht neu; schon in den achtziger Jahren ist diese Ansicht von Klein und Babes ausgesprochen worden. Eine grössere Bedeutung ist den Bluntuntersuchungen von Baginsky und Sommerfeldt beizulegen, welche die Resultate ihrer Untersuchungen folgendermassen resümieren: „Die Constanz der Anwesenheit des Streptococcus bei den an Scharlach Verstorbenen macht denselben für den Scharlachprocess bedeutsam. Die klinischen Erscheinungen lassen sich wohl ableiten aus der Verbreitung des Streptococcus in den Organen und der Giftigkeit seiner Stoffwechselproducte". Diese Schlussfolgerung wurde von den Gegnern der Streptococcenätiologie, insbesondere den Schülern Heubners (Haugk, Jochmann) lebhaft angefochten.

In der Tat können im Blute der Scharlachleichen nicht immer Streptococcen nachgewiesen werden und zwar in den Fällen von sog. fulminantem Scharlach, wo der Tod nach den ersten 24 Stunden der Erkrankung eintritt; auf Grund eigener Untersuchungen kann ich diese negativen Befunde bestätigen. Doch was beweisen diese Befunde? Müssen denn alle an einer Streptococceninfection Erkrankten an Bacteriämie zu Grunde gehen? Ist nicht die deletäre Wirkung der Toxine und Endotoxine von hochvirulenten Streptococcen hinreichend, um den Tod eines Individiums mit niedrigem Immunitätsgrade zu bedingen? Ich brauche nur an die hochgradigen Intoxicationserscheinungen bei Diphtherie und Tetanus zu erinnern, welche sogar z. B. beim Tetanus, zustande kommen können, ohne dass eine bedeutende Vermehrung der Krankheitserreger stattfindet, denn nur mit Mühe gelingt es uns, Tetanusbacillen im Primäraffect aufzufinden.

Wichtiger ist die Frage, ob es Scharlachfälle gibt, bei denen nirgends im Organismus Streptococcen aufzufinden wären. In der gesamten Literatur ist nur ein solcher Fall von Jochmann beschrieben worden, doch auch der ist nicht einwandsfrei; alle anderen Autoren hatten nur positive Befunde. Somit wäre die Tatsache bewiesen, dass der Streptococcus bei Scharlach ein constanter Bacterienbefund ist, damit wäre aber auch zugleich eine von den 3 Forderungen erfüllt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche Koch für den Beweis der Specificität eines Krankheitserregers gestellt hat.

Die zweite Kochsche Forderung lautet: der betreffende Mikroorganismus darf nicht häufig gefunden werden bei andersartigen Erkrankungen oder bei gesunden Menschen bezw. Tieren. Diese Forderung bedingt eine Differenzierung der Scharlachstreptococcen von ihren Gruppennachbarn, dem Streptococcus pyogenes, erysipelatis, mucosus, der Pferdedrüse u. s. w. Es muss zugegeben werden, dass die bacteriologischen und biologischen Untersuchungsmethoden, über die wir zurzeit verfügen, nicht imstande sind, eine feste Grenze zwischen den verschiedenen Streptococcenarten zu ziehen. Das Agglutinationsphänomen, welches auf Grund der Arbeiten von Moser, Salge und Hasenkopf für eine Specifität des Scharlachstreptococcus zu sprechen schien, ist in jüngster Zeit als nicht specifisch erkannt worden. Die Schwierigkeiten, welche sich bei der Differenzierung der verschiedenen Streptococcenarten ergeben, sind, meiner Meinung nach, dadurch zu erklären, dass unsere jetzigen Untersuchungsmethoden zu grob sind, als dass sie auf feinere biologische Differenzen einer Bacteriengruppe, dem menschlichen Organismus gegenüber, eingestellt werden könnten. Ich könnte zur Begründung meiner Annahme folgendes anführen: obgleich, wie schon erwähnt, bacteriologisch die einzelnen Streptococcenarten, oder richtiger Streptococcenstämme, nicht voneinander unterschieden werden können, so ist doch bei ihnen eine gewisse Zähigkeit zu constatieren, mit der sie an ihren Specialeigenschaften festhalten. Diese Specialeigenschaften äussern sich aber nur im Körper, nicht auf Nährböden oder Objectträgern, können also bis jetzt ausserhalb des Organismus nicht festgestellt werden.

Ferner glaube ich den bei der Scharlachvaccination auftretenden Symptomen in dieser Hinsicht eine grosse Bedeutung beimessen zu müssen. Es handelt sich nämlich bei der von Gabritschewsky empfohlenen Vaccination um Einspritzen abgetöteter Reinculturen von Scharlachstreptococcen, und zwar ruft diese Einspritzung eine dem Scharlach vollkommen identische Erkrankung hervor, die von leichtem Scharlach nicht zu unterscheiden ist. Das Exanthem ist dabei in den meisten Fällen nicht nur „scharlachähnlich“, wie bei der Serumkrankheit, sondern echt scharlachartig — feinstippig, wobei auch Anginen auftreten können.

Mit diesen Symptomen bei der Immunisierung mit Scharlachvaccine sind wir, wenn auch nicht einwandsfrei, der dritten Forderung von Koch nähergetreten, welche verlangt, dass durch künstliche Uebertragung des Erregers in Reincultur im Organismus das der Krankheit analoge Krankheitsbild ausgelöst werden muss.

Sie sehen, m. H., dass die Specifität des Streptococcus beim Scharlach fürs erste nicht eiwandfrei beweisen werden kann, doch unterliegt es keinem Zweifel, dass er beim genannten Krankheitsprocess unbedingt eine grosse Rolle spielt: wir müssen eben im Auge behalten, dass der menschliche Organismus ein feineres Reagens für die Differenzierung der Streptococcenstämme ist als Culturen und Tierversuch, und die Wissenschaft hat in dieser Frage ihr letztes Wort noch nicht gesprochen.

Ich möchte noch hinzufügen, dass die prophylactischen Masseninjectionen mit der Gabritschewskyschen Scharlachvaccine, welche in Russland, namentlich von Landschaftsärzten, vorgenommen wurden, eine bedeutende Herabsetzung der Scharlachmorbidität bis auf 2% und weniger zur Folge hatten (Langowoi, Schamarin, Nikitin): dieses Resultat liefert einen weiteren Beitrag zum Beweise der Specifität der Scharlachstreptococcen.

Von derselben Ansicht ausgehend, hat Moser zur Behandlung des Scharlachs das von ihm hergestellte monovalente Antistreptococcenserum vorgeschlagen. Mit diesem Serum (Bezugsquelle: Moskauer Universitätslaboratorium) sind die Fälle behandelt, über welche ich mir erlauben werde, Ihnen, m. H., zu berichten.

Zur Beurteilung der Serumwirkung teilt Moser die zu behandelnden Fälle je nach der Prognose in 4 Kategorien ein:

I. Gruppe: leichte Fälle.
II. Gruppe: mittelschwere Fälle.
III. Gruppe: sehr schwäre Fälle.
IV. Gruppe: letale Fälle.

Wenn wir imstande wären, in jedem einzelnen Falle die Prognose richtig zu stellen oder wenigstens mit Sicherheit die Erkrankten in die 2 letzten Gruppen, „sehr schwer“ und „letal“ unterzubringen, wie es fast bei der Diphtherie der Fall ist, so würde die Sterblichkeitsziffer ohne weiteres ausschlaggebend sein. Leider ist das aber nicht der Fall. Eine annähernd richtige Prognosestellung bei Scharlach setzt grosse Erfahrung voraus und ist sogar, meiner Meinung nach, in den meisten Fällen bis zum dritten Tage überhaupt nicht möglich, ausgenommen die fulminanten Fälle, wo der Tod spätestens am dritten Tage eintritt.

Welche Anhaltspuncte haben wir nun für eine richtige Prognosestellung?

Das Hauptgewicht ist auf die Erscheinungen zu legen, die vom Herzen ausgehen, doch müssen wir stets im Auge behalten, dass eine hohe Pulsfrequenz eine dem Scharlach eigentümliche Erscheinung ist und durchaus keine schlechte Prognose involviert; dagegen ist die Beschaffenheit des Pulses für eine schlechte Prognose ausschlaggebend, selbst wenn die Frequenz keine grosse ist und zwar: kleiner, weicher, fadenförmiger Puls. Bei grösseren Kindern sind dumpfe Töne, besonders Pendelrhythmus, ein böses Zeichen. Ferner leichtes Auskühlen und Cyanose der Extremitäten, besonders cyanotisches Exanthem, auch Jaktation geben wichtige Fingerzeige für die Prognose.

Von den Intoxicationserscheinungen lassen folgende auf die Schwere des Falles schliessen: starre, weite Pupillen, profuse Diarrhöen, grosse Unruhe, dagegen sind die stürmischen Erscheinungen, wie heftige Delirien, Aufspringen vom Bette und Bewusstlosigkeit nicht zu ernst zu nehmen, denn diese Symptome sind, wie auch die Pulsfrequenz, eine Eigentümlichkeit des Scharlachgiftes und von der individuellen Disposition abhängig. Das Auftreten grosser hämorrhagischer Papeln an den unteren Extremitäten ist ein böses Zeichen.

Auch die Fiebertemperatur lässt einige Schlüsse auf den weiteren Verlauf der Erkrankung zu: die absolute Höhe der Temperatur hat nach einer Statistik, die von mir auf Grund der Beobachtung von 600 Masernkranken zusammengestellt ist, einige Bedeutung; die Mortalität betrug bei einer Temperatur von 40,5°: 50 pCt., bei 41° — 80 pCt. Ausserdem ist bei Temperaturen über 39° das Vorhandensein einer febris continua ein schlechtes Zeichen. Im allgemeinen muss jedoch zugegeben werden, dass die Prognosestellung bei Scharlach sehr schwierig ist und dass sie durch den nicht seltenen plötzlichen Wechsel in den Erscheinungen von einem Tage zum anderen noch besonders erschwert wird; unter den gegebenen Umständen ist also auch eine objective Kritik der Serumwirkung nicht gerade leicht.

Bei der therapeutischen Beurteilung der Serumwirkung kommen hauptsächlichen zwei Momente in Betracht; 1) der klinische Verlauf und 2) die Mortalität.

Was den klinischen Verlauf anbetrifft, so äussert sich die Serumwirkung folgendermassen: etwa 4 Stunden nach der Injection fängt die Temperatur an,

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu fallen, und zwar ist in 12—24 Stunden das Maximum des Temperaturabfalles erreicht; nun kann die Temperatur auf der Norm verbleiben oder es kann wieder ein Anstieg erfolgen; das ist die sog. secundäre Curve; zugleich mit dem Temperaturabfall bessert sich auch das Allgemeinbefinden, und es tritt spontane Euphorie ein. Der Puls wird ruhiger und voller, die Cyanose schwindet, die Herztöne werden deutlicher, das Exanthem blasst ab und die Zunge wird wieder feucht.

Nun sehen wir aber auch bei normalem Verlauf des Scharlachs, ohne dass Serum eingespritzt wird, kritische Temperaturabfälle auftreten. Sie haben ihren Grund augenscheinlich darin, dass der Organismus auf das Eindringen des Scharlachvirus sofort mit Ueberproduction von Antikörpern reagiert, wobei eine Entlastung des Organismus von Bacteriengiften und -stoffen stattfindet, welche einen kritischen Temperaturabfall zur Folge hat (active Immunisierung). Dieselben Erscheinungen treten zu Tage, wenn die Immunkörper durch Seruminjectionen en masse künstlich in den Organismus eingeführt werden (passive Immunisierung). Bei normalem Verlauf des Scharlachs tritt ein kritischer Temperaturabfall verhältnismässig selten auf, während er nach Seruminjectionen fast constant auftritt. Dieser constante Temperaturabfall bei der Serumbehandlung, der ohne weiteres durch statistische Daten bekräftigt werden kann und der mit einer augenscheinlichen Besserung des Allgemeinbefindens einhergeht, ist zweifelsohne für einen Beweis der therapeutischen Wirkung des Scharlachserums aufzufassen.

Das zweite Moment, welches bei der therapeutischen Wirkung eines Serums in Betracht kommt, ist die Herabsetzung der **M o r t a l i t ä t**. Dieser Frage ist statistisch ziemlich schwer beizukommen, da ja die Mortalität, abgesehen von den therapeutischen Massnahmen, von den verschiedensten Factoren, unter denen der genius epidemicus eine hervorragende Rolle spielt, abhängt. Speciell bei Scharlach spielt auch der Umstand mit, dass die Injectionen, wegen der grossen Serummengen, deren man zur Therapie benötigt, meistens nur in schweren Fällen angewandt werden, also sich die Statistik nur auf die schweren Fälle (etwa mit der Prognose II, III und IV) beziehen kann. Zur Beurteilung der Verringerung der Mortalität als Folge der Scharlachserumtherapie bedient man sich folgender Methoden: 1) man vergleicht die Mortalität der 3 Gruppen mit Prognose II, III u. IV von Serumbehandelten mit der Mortalität der entsprechenden Gruppen vor der Serumperiode. Sowohl **M o s e r** als auch russische Autoren (E g i s, L a n g o w o i), welche über etwa 400 Fälle verfügen, geben folgende Mortalitätsziffern an: vor der Serumperiode — 47 pCt., bei Serumbehandlung — 16 pCt. 2) man teilt die mit Serum behandelten Kranken in Gruppen, je nach dem Krankheitstage der ersten Seruminjection; dabei ergibt es sich, dass Kranke, die am 1. Tage injiciert wurden, eine Mortalität von 0 pCt. ergeben, am 2. Tage injicierte — 4 pCt., am 3. Tage — 8 pCt., am 4. Tage — 15 pCt., am 5. Tage — 25 pCt., am 6. Tage — 35 pCt. u. s. w. (Durchschnittszahlen nach M o s e r, E g i s, L a n g o w o i, M e n s c h i k o f f, M o l t s c h a n o f f, B l a c h e r). Also je später die Serumbehandlung in Anwendung kommt, desto grösser ist die Mortalität.

Ich will zum Schlusse nicht unerwähnt lassen, dass die Serumbehandlung des Scharlachs auch ihre **N a c h t e i l e** hat: in erster Linie wären die zur Behandlung erforderlichen grossen Serummengen zu nennen; diese Unbequemlichkeit lässt sich nicht umgehen, da wir bis jetzt ein dem menschlichen Organismus entsprechendes Testgift nicht besitzen, und weil die Darstellung eines hochwertigen Serum, noch nicht gelungen ist. Jede Serie des Serums muss vorher in der Klinik an den Patienten selbst versucht werden. Die in Betracht kommenden Serummengen sind nicht für jeden Patienten indifferent, daher würde ich Seruminjectionen nur für schwere Fälle empfehlen; es soll aber dabei nicht abgewartet werden, bis die Herzkraft schon ganz darnieder liegt, sondern es muss sofort, sobald sich ein Fall als schwer erwiesen, injiciert werden: für fulminante Fälle am ersten Tage, für die übrigen am 2.—3. Tage. Was die Technik der Injection anbetrifft, so möchte ich nachdrücklich betonen, dass sie, zur Verhütung von Abscessen, die leicht entstehen können, unter allen Cautelen der Asepsis und auch mit geeigneten Apparaten ausgeführt werden muss.

Auf Grund meiner **l e t z t e n E r f a h r u n g e n** inbetreff der Behandlung des Scharlachs mit Scharlachstreptococcenserum in dem städtischen Kinderhospital in St. Petersburg bis März 1909, möcht ich mein Urteil darüber folgendermassen **z u s a m m e n f a s s e n**:

Wir besitzen in dem monovalenten Moserschen Scharlachstreptococcenserum ein mächtiges Mittel zur Behandlung des Scharlachs. Seine fast constante günstige Wirkung, welche sich in starkem Temperaturabfall, auffallender Besserung des Allgemeinbefindens und eventuell in dem Stillstande des necrotischen Processes auf der Rachenschleimhaut und in den Drüsen äussert, tritt nur bei frühzeitiger Injection (1.—3. Tag) und zuweilen für einen nur beschränkten Zeitraum (von etwa 5—7 Tagen) ein. Andererseits muss aber auch mit den Nachteilen der Serumbehandlung gerechnet werden: die Ueberschwemmung des kranken Organismus mit grossen Mengen Pferdeserum (150,0—300,0) ist weder für ihn, noch für den weiteren Verlauf der Krankheit indifferent; es kann nach etwa 7 -20 Tagen eine gefahrdrohende Serumkrankheit sich einstellen, welche mit hohem, zuweilen langwierigem, remittierendem Fieber einhergeht. In diese Zeit fällt leider auch das Aufflackern der bisher latenten Streptococcenprocesse, und es treten daher, bei der Serumbehandlung die sogenannten secundären Complicationen, wie Lymphadenitis, Pneumonie, Ohrenaffectionen u. a. zuweilen mit grosser Heftigkeit, in Begleitung von hämorrhagischem Exanthem auf. Ich kann diese Erscheinungen nicht anders erklären, als durch einen infolge der Serumkrankheit bedingten Absturz der Immunstoffe. Glücklicherweise habe ich solche Fälle nur bei sehr heftigem Scharlach gesehen und bei Kranken, die schon durch andere Infectionen, wie Tuberculose, Diphtherie, Masern u. a. stark geschwächt waren.

Die Indicationen zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.

Vortrag, gehalten auf dem XX. Livländischen Aerztetage in Riga. August 1908.

Von

Dr. med. G. v. E n g e l m a n n.

Dirig. Arzt der Abteilung für venerische, Hautkrankheiten und Krankheiten der Harnorgane am Stadtkrankenhause zu Riga.

M. H. Die Behandlung der Prostatahypertrophie hat durch die Ausbildung der chirurgischen Behandlungsmethoden in den letzten Jahrzehnten eine bedeutende Förderung und Ausgestaltung erfahren. Trotz der anfänglich ablehnenden Haltung der Autoritäten auf dem Gebiete der Urologie, von denen z. B. G u y o n, noch am Ende der 80-er Jahre des verflossenen Jahrhunderts die **M ö g l i c h k e i t** einer Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie bestritt*), hat sich diese Radicalbe-

*) G u y o n, Leçons cliniques. Paris. 1888.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handlung zu einer immer erfolgreicheren und immer allgemeiner anerkannten Methode entwickelt. Wir sind jetzt in der Tat imstande den, von Harnretentionen mit ihren Folgen geplagten, Prostatikern radicale Abhilfe zu schaffen, sie von dem Katheterleben mit seinen Gefahren vollkommen zu befreien. Die Methoden, die dabei von den einzelnen Operateuren in Anwendung gebracht werden, sind verschiedenartig, über die Vorzüge und Nachteile derselben herrscht zur Zeit noch ein lebhafter Meinungsstreit. Wer eine grössere Reihe von Prostatikern zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hat; der weiss, ein wie ungemein vielgestaltiges Bild dieses Leiden darbietet in Bezug auf die Art und die Schwere der Störungen und Beschwerden, sowie der Complicationen, die es im Gefolge hat. Schon a priori wird man daher nicht von einer Behandlungsmethode allein alles Heil erwarten dürfen. Dass die Erfinder und Förderer eines bestimmten Verfahrens die damit erzielten Erfolge mit besonders liebevollen Augen betrachten und die Anwendung gerade dieses Verfahrens möglichst ausgedehnt wissen wollen, ist begreiflich und natürlich. Zu einer objectiven Beurteilung des factischen Wertes sowie der Grenzen der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Methoden kann erst die Abwägung der gewonnenen Resultate gegeneinander führen und damit die Indicationen für ihre Anwendung feststellen.

Die heutzutage in Frage kommenden Eingriffe zerfallen entsprechend den verschiedenen Zielen, welche sie erstreben und den Angriffspuncten, von denen sie ausgeben, in 3 Gruppen: I. Sind zu erwähnen die palliativen Methoden, die ohne sich gegen das Grundleiden zu richten, nur eine Befreiung der Patienten von gefahrdrohenden oder quälenden Beschwerden bezwecken, vor allem bei der Harnverhaltung eine Entleerung der Harnblase ermöglichen sollen, wo der Katheter nicht ausreicht oder infolge acuter Anschwellung, Verletzungen oder falscher Wege nicht eingeführt werden kann. Hier kommt in erster Linie die Blasenpunction mittelst des Capillartrocars in Frage. Der an sich ungefährliche Eingriff soll natürlich nur unternommen werden, wenn der Katheterismus mit verschieden geformten Instrumenten in der Tat nicht gelingt, hier ist er sicher mehr zu empfehlen als jeder forcierte Katheterismus.

Während diese capilläre Punction nur als Notbehelf, einem acuten Bedürfnis entsprechend in Anwendung kommt, wird der typische Blasenstich, mittelst des Fleurenschen Trocars mit Anlegung einer Blasenfistel vorgenommen, um für mehr oder weniger lange Zeit einen Ausweg für den Urin zu schaffen, wo der Katheterismus dauernd erschwert oder unmöglich ist oder die Application des Verweilkatheters nicht vertragen wird resp. dieser ungenügend functioniert.

Als vorübergehende Aushilfe bis zur Einleitung eines radicaleren Verfahrens oder in Fällen, wo eine jede eingreifende Operation durch den Allgemeinzustand des Patienten sich verbietet, hat diese Operation auch heutzutage noch ihre Berechtigung, allein abgesehen davon, dass die Fistel nie dicht schliesst und dem Patienten, trotz Anlegung eines Recipienten, grosse Beschwerden verursachen kann, bietet sie den Nachteil, dass eine hochgradigere Cystitis dabei nicht genügend behandelt werden kann, da die dicken Eitermassen sich durch den engen Canal nicht entfernen lassen. Man wird namentlich in solchen Fällen daher im allgemeinen als Palliativoperation die Anlegung der Blasenfistel durch den Schnitt, die Cystostomie nach Poncet vorziehen, welche eine Besichtigung des Blaseninneren, eine Entfernung etwaiger Concremente sowie eine ausgiebige Behandlung gestattet. Die zweite Gruppe der Operationsmethoden betrifft die Eingriffe, welche eine Wegbarmachung des Blaseneinganges auf indirectem Wege erstreben, indem sie eine Atrophie der Prostata bezwecken. Dieses sind, wenn man von der Unterbindung der art. iliaca interna, wie sie seinerzeit von Bier empfohlen aber von ihm selbst wieder verlassen worden ist, absieht, die sogenannten sexuellen Operationen, die Castration, sowie die Resection des Samenstranges resp. des Vas deferens.

Dass diese Eingriffe in einem Teil der Fälle von Erfolg begleitet sind, ist unbestreitbar, dennoch ist ihr Erfolg ein unsicherer und vielfach ein vorübergehender. Sie haben vor der Ausbildung der radicalen Operationen eine Zeitlang eine Rolle gespielt. Die Castration ist als verstümmelnder und für den Patienten oft nicht unbedenklicher Eingriff mit Recht erlassen worden. Zur Zeit kommt wohl nur noch die Vasectomie, die Resection des Vas deferens, in Frage, sie hat noch in neuester Zeit in Rovsing wieder einen Fürsprecher gefunden. Es ist nicht zu leugnen, dass sie in den Fällen, wo es sich um häufig eintretende acute Retentionen und mit der Congestionierung der Prostata verbundene Störungen, wie Dysurie und die Neigung zu Blutungen handelt, von vorzüglicher Wirkung sein kann, da sie decongestionierend und die Schwellung des Organs herabsetzend zu wirken imstande ist. Ich habe die Vasectomie in 34 Fällen ausgeführt und etwa in der Hälfte der Fälle entschiedene Besserungen auch dauerndes Verschwinden des Residualharnes erzielt, sodass ich sie in den Fällen anwende, wo ein radicaleres Vorgehen nicht indiciert ist. Ausserdem ist sie bei Neigung zu Epididymitis, an der viele Prostatiker leiden, angebracht und in diesem Sinne auch als Voroperation für eine Bottinische Operation oder Prostatectomie. Die Anwendung der bisher erwähnten Methoden hat in letzter Zeit eine sehr wesentliche Einschränkung erfahren durch die Ausbildung der Operationen der III. Gruppe, welche das Grundleiden, die vergrösserte Prostata, direct angreifen. Wenn wir von den verschiedenen Arten der Prostatomie, der Mercierschen Incision und anderen, als bereits verlassenen Methoden, absehen, kommen heute von diesen in Betracht:

1) die galvanokaustische Diärese der Prostata nach Bottini;

2) die radicale Entfernung der hypertrophierten Drüse durch die suprapubische und perineale, partielle und totale Prostatectomie.

Die Bottinische Operation, welche bekanntlich darin besteht, dass mittelst eines durch die Harnröhre eingeführten galvanokaustischen Incisors tiefe Furchen in die hypertrophische Prostata gebrannt werden, durch welche das Hindernis der Urinentleerung beseitigt und dauernd freier Urinabfluss geschaffen wird, hat seit der Verbesserung der Methodik und des Instrumentariums durch Freudenberg immer grössere Anerkennung gefunden, bis in letzter Zeit durch die Erfolge der Prostatectomie ihre Anwendung zu Gunsten letzterer wieder eine Einschränkung erfuhr.

Die Resultate der Bottinischen Operation, soweit sie sich aus den publicierten grösseren Statistiken ergeben, sind nach einer Zusammenstellung Freudenbergs folgende:

Die Mortalität schwankt zwischen 3,9 und 10,8 pCt., die Anzahl der Misserfolge zwischen 3,7 und 18,6 pCt. Die Anzahl der guten Resultate (Heilungen + wesentliche Besserungen) zwischen 92,4 pCt. und 73,6 pCt. Wobei unter Heilung zu verstehen ist, dass der Katheter zur Urinentleerung gar nicht mehr nötig ist, die Patienten ohne Beschwerden ihre Blase entleeren können, ohne dass ein nennenswerter Residualharn (nicht über 50 Cubcm). zurückbleibt. Die ziemlich beträchtlichen Schwankungen der Ergebnisse erklären sich aus der verschiedenen Indicationsstellung für die Vornahme der Operation, es lassen sich daher die Resultate der einzelnen Operateure nicht ohne weiteres statistisch vergleichen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den letzten 4 Jahren sind von mir bei einem Material von 244 Prostatikern 87 Operationen ausgeführt worden, 44 wurden nach Bottini operiert; von diesen wurden 30 vollkommen geheilt, 7 wesentlich gebessert, 2 blieben trotz wiederholter Operation ungebessert (sie wurden später durch Prostatectomie geheilt) und 5 sind gestorben.

Als Todesursache war bei 3-en das Exacerbieren der bestehenden Cystitis und Pyelonephritis zu beschuldigen, einer starb an einer intercurrenten Pneumonie und 1 an Beckenphlegmone; hier bestanden inficierte falsche Wege, welche das Einführen des Instrumentes erschwerten. In solchen Fällen wäre die Prostatectomie zu bevorzugen.

Zieht man in Betracht, dass die Operation von mir nur bei chronischer, completer und incompleter Retention ausgeführt wurde, dass Patienten mit distendierter und inficierter Blase und chronischer Pyelonephritis nicht von der Operation ausgeschlossen wurden, so müssen die Resultate als durchaus günstige bezeichnet werden. Ich vermag infolge dessen nicht der verlautbarten Meinung beizustimmen, welche die Bottinische Operation zu Gunsten der Prostatectomie ganz verwirft, oder sie nur für die Fälle reserviert wissen will, die für die eingreifendere Prostatectomie ein zu ungünstiges Allgemeinbefinden aufweisen.

Dass Recidive vorkommen, muss zugegeben werden. Freudenberg hat unter 152 Fällen im Laufe der Jahre 21 Mal Recidive erlebt. Von meinen Patienten ist mir das bisher noch nicht bekannt geworden, doch liegen die frühesten Operationen erst 4 Jahre zurück. Jedenfalls sind sie nicht häufig und treten meist erst spät auf (sodass ein Teil der meist betagten Patienten sie nicht erlebt).

Sichereren Schutz von Recidiven bietet gewiss das entschieden radicalste Operationsverfahren, die Prostatectomie.

Heutzutage kommen 2 Methoden allein in Betracht: die suprapubische und die perineale. Beide erstreben die subcapsuläre Auslösung der ganzen hypertrophierten Drüse, die partielle Prostatectomie wird wohl nur noch bei isoliertem, namentlich gestieltem Mittellappen in Anwendung gebracht.

Die suprapubische transvesicale Prostatectomie, die gewöhnlich nach dem Amerikaner Freyer benannt wird, besteht darin, dass nach Eröffnung der Blase durch die sectio alta die Schleimhaut über den Prostatalappen durchtrennt und die Drüse mittelst der eingeführten Finger in toto oder stückweise enucleiert wird. Diese Methode bietet fraglos den besten Ueberblick, und es lassen sich nicht nur in die Blase prominierende sondern auch tiefliegende Seitenlappen vollkommen entfernen.

Bei der perinealen Prostatectomie, welche besonders von Albarran in Paris ausgestaltet worden ist, wird die Prostata durch den praerectalen Schnitt freigelegt, nach Eröffnung der Urethra herabgedrückt und ebenfalls subcapsulär enucleirt.

Welche von beiden Methoden vorzuziehen ist, darüber gehen die Meinungen noch auseinander. Es scheinen sich in letzter Zeit die Stimmen für den suprapubischen Weg zu mehren. Sicher vorzuziehen ist dieser bei mehr in das Blasencavum entwickelter Hypertrophie, ferner spricht für sie die leichtere Technik und die kürzere Operationsdauer. Die perineale Methode weist zwar eine geringere Mortalität auf. (7,13 pCt. nach der Statistik von Proust gegen 9,4 pCt. für die suprapubische nach Freyer), es kommen dabei aber leicht vesicorectale Fisteln zustande, die schwer heilen und erneute Eingriffe nötig machen. Ich habe bisher ausschliesslich nach der suprapubischen transvesicalen Methode operiert und habe zunächst keine Veranlassung gehabt, davon abzugehen. Im ganzen habe ich die Operation in 9 Fällen ausgeführt mit 8 completen Heilungen und einem Todesfall an Urininfiltration.

Zur Beurteilung der Indicationen für die geschilderten Eingriffe ist es notwendig, auf 2 Puncte hinzuweisen welche das Wesen der Erkrankung betreffen. Der erste betrifft die Unhaltbarkeit der Guyonschen Lehre, welche nicht im mechanischen Hindernis der Urinentleerung sondern im arteriosclerotischen Zustande des gesamten Harnapparates den primären und Hauptgrund für die Beschwerden der Prostatiker sah.

Die Erfolge der radicalen Eingriffe haben das Irrige dieser Anschauung klar erwiesen.

Der zweite Punct betrifft die Tatsache, dass die Prostatahypertrophie an sich ein gutartiges Leiden vorstellt, welches im höherem Alter sehr verbreitet ist und in der Mehrzahl der Fälle keine oder nur unbedeutende und vorübergehende Störungen verursacht. Daher ist die indicationslose Vornahme einer radicalen Operation bei blosser Constatierung der Hypertrophie, gewissermassen prophylactisch, um den Kranken vor späteren ernsteren Folgen zu bewahren, wie es von einigen Operateuren, z. B. von Albarran, befürwortet wird, von vornherein zu verwerfen.

Auch die Ausdehnung der Hypertrophie, die Grösse der Prostata an sich, kann dabei nicht massgebend sein. Für die Entscheidung zu operativem Vorgehen ist lediglich der Charakter der Störungen massgebend, welche die Hypertrophie im gegebenen Falle verursacht.

Die Beschwerden der Patienten im I Stadium der Krankheit, die keinen oder nur minimalen Residualharn aufweisen, bestehen im wesentlichen in mehr oder weniger häufig auftretendem Urindrang, und in die Glans ausstrahlenden Schmerzen. Gelegentlich kommt es zu vorübergehender Mictionsbehinderung infolge von diätetisch falschem Verhalten, von Excessen in bacho et venere, welche eine acute Congestionierung der Organe veranlassen.

Hygienische und diätetische Massregeln sind hier die einzig indicierte Therapie, jeder Eingriff auch der Katheterismus ist nach Möglichkeit zu vermeiden, es sei denn, dass eine eingetretene Cystitis die Localbehandlung erheischt, oder die Dauer der acuten Harnverhaltung die künstliche Entleerung erfordert. In diesem Stadium könnten nur eine sehr häufige Wiederkehr der Urinretention oder bedeutendere Blutungen den operativen Eingriff nötig machen. In erster Linie würde hier die Vasectomie auszuführen sein, bei Nichterfolg auch die Bottinische Operation.

Der Uebergang in das II. Stadium charakterisiert sich durch das Auftreten des Residualharns, die Blase ist dauernd unfähig geworden, sich völlig zu entleeren. Solange der Urin aseptisch bleibt, der Residualharn keine beträchtlicheren Dimensionen annimmt, kann auch dieses Stadium lange Zeit für den Patienten erträglich bleiben, keine wesentliche Beeinträchtigung bedeuten. Dieser Zustand ist aber häufig nicht von Dauer. Der Harndrang nimmt zu, Schmerzen treten ein, Blutungen erschrecken den Patienten, der wachsende Residualharn oder gelegentlich eintretende complete Harnverhaltungen zwingen zum regelmässigen, mehr oder weniger häufigen Katheterismus. Das dauernde Leiden des Patienten hat begonnen. Dieses ist der Zeitpunct, wo eine operative Beseitigung des Mictionhindernisses dem Patienten angeraten werden soll. Denn nun eröffnet sich ihm die Perspective auf weitere Complicationen seines Leidens. Die mit Sicherheit beim Selbstkatheterismus zu erwartende Infection der Blase führt zu Cystitis, Concrementbildung kann sich dazu gesellen, eventuell aufsteigende Pyelonephritis mit ihren Folgen.

Die günstigen Resultate unserer Operationsmethoden versetzen uns in die Lage, die Operation dem dauernden Katheterismus vorzuziehen und

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nicht blos in den Fällen zu operieren, wo der Katheterismus schwierig oder unmöglich wird. Allerdings wird die ständige Anwendung des Katheters nicht für jeden Fall gleich zu bewerten sein. Sociale Stellung, Bildungsgrad und Temperament des Kranken spielen dabei eine wichtige Rolle.

Bei bereits eingetretener Infection wird die Frage zu entscheiden sein, ob zunächst eine Behandlung der Complicationen eventuell nach einer Palliativoperation oder einer Vasectomie einzuleiten ist, resp. ob überhaupt nur noch eine solche in Frage kommt, weil eine Radicaloperation dem Patienten nicht mehr zugemutet werden kann.

An und für sich bildet weder eine Cystitis noch eine hochgradige Distension der Blase eine Contraindication gegen den Eingriff, da auch hochgradig distendierte Blasen mit anscheinend mangelhafter Function des Detrusor, ihre Contractionsfähigkeit nach Beseitigung des Hindernisses wiedererlangen können. Auch hohes Alter spricht nicht gegen die Vornahme des Eingriffes, ich habe einen 90-jährigen und einen Patienten, der sein 100 Lebensjahr überschritten hatte, nach Bottini operiert mit vollständigem Heilungsresultat. Das Vorhandensein einer Pyelitis resp. Pyelonephritis mit ihren Folgen, der chronischen Harnvergiftung, lässt dagegen auch eine Bottinische Operation schon nicht mehr als ungefährlich erscheinen. Exacerbationen dieser Erkrankungen und allgemeine septische Infection liegen im Bereich der Möglichkeit. Wenn in diesen Zuständen eine Contraindication gegen operative Eingriffe zu sehen ist, so hängt das von der Intensität derselben und vor allem vom Allgemeinbefinden des Kranken ab „wobei die Gefahr der Operation gegen die durch die Krankheit gegebene Lebensgefahr und Lebensbeeinträchtigung sorgfältig abgewogen werden muss“ [1]). Principiell abgelehnt soll die Operation auch bei bestehender Pyelonephritis nicht werden.

In Bezug auf die Wahl der Methode wird, bei der Entscheidung, ob Prostatectomie oder Bottinische Operation vorzunehmen ist, das subjective Ermessen des Operateurs, die grössere Vertrautheit mit der einen oder der anderen Methode massgebend seien, es bestehen über diesen Punkt noch die grössten Meinungsverschiedenheiten. Nach meinen Erfahrungen muss ich den von Freudenberg auf dem letzten medicinischen Congress in Lissabon aufgestellten Gesichtspuncten [2]) beistimmen:

1) spricht für die Bottinische Operation, dass die Patienten sich leichter und frühzeitiger dazu entschliessen. Die jüngeren Prostatiker schon mit Rücksicht auf ihre Potenz, die nach der Bottinischen Operation erhalten bleibt, während die Prostatectomie sie fast sicher vernichtet;

2) dass sie bei Beherrschung ihrer Technik entschieden einen geringeren Eingriff bedeutet und unter Localanästhesie ausführbar ist, sie ist infolge dessen bei sehr geschwächten Leuten vorzuziehen.

3) Bei relativ kleiner Prostata, besonders wo der hypertrophierte Mittellappen in Form einer Barriere das Mictionshindernis bildet, ist die Bottinische Operation zu empfehlen, obgleich sie auch bei ganz grosser Prostata vollen Erfolg bringen kann.

Die Prostatectomie bietet für den nicht speciell urologisch ausgebildeten Chirurgen den Vorteil, ohne specielle Uebung und ohne besonderes Instrumentarium ausführbar zu sein. Sie ist indiciert bei kugelförmigem oder gestieltem Mittellappen und sehr stark in die Blase entwickelter Hypertrophie, ferner, wo es nicht gelingt, sich durch die Cystoscopie über die Verhältnisse in der Blase zu informieren.

Der Verdacht auf maligne Neubildung sowie das Vorhandensein von Concrementen würde ebenfalls für die Wahl der Prostatectomie in die Wage fallen, obgleich letztere, soweit sie durch Lithotripsie entfernbar sind, keine Contraindication gegen die Bottinische Operation bilden.

Bei schwerer Infection, besonders mit bestehendem Fieber soll nicht nach Bottini operiert werden, hier bietet die Prostatectomie durch die Möglichkeit der Drainage bessere Chancen.

[1]) Freudenberg. Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, Volkmannsche Vorträge Nr. 328.

[2]) Freudenberg. Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Wiener Klinik. 1907.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Henry Hughes. Atemcuren mit 115 Recepten. Würzburg. 1909. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag). 58 Seiten. Preis M. 1.

Das Buch verfolgt den Zweck, für Wissenschaft und Praxis ein neues Gebiet abzugrenzen und zwar durch Sonderung der Atmungsgymnastik von der Atemcur. Es bildet damit ein Seitenstück zu des Verf. «Lehrbuch der Atmungsgymnastik» und gehört, wie jenes, zu den wenigen Werken in der medicinischen Literatur, welche sich in methodischer Weise mit dem Studium der natürlichen Körperfunctionen befassen.

F. Holzinger.

Prof. Dr. G. Sticker. Ueber Naturheilkunst. Verlag von A. Töpelmann. Giessen. 1909. 139 S.

Das vorliegende Buch enthält die Einleitung und die Grundlinien zu den Vorlesungen über allgemeine Therapie, welche Verf. an der hessischen Ludwigsuniversität gehalten und in erweiterter Form auch Laienkreisen zugänglich gemacht hat. Die Beantwortung der Frage, was von der Naturheilkunst zu halten sei, wird vielen, und nicht nur Laien willkommen sein, besonders wenn sie von so autoritativer Seite erfolgt, wie es hier der Fall ist und in so gefälliger Form gehalten wird, wie es hier geschieht.

F. Holzinger.

Prof. H. Rieder. Erkrankungen der Respirationsorgane. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1908. 124 S. Preis M. 3.

Die Behandlung füllt das 11. Heft der «Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen» und behandelt die sog. äussere Reiztherapie der Respirationskrankheiten, welche die Oberfläche der Haut und der Schleimhäute zum Angriffspunct hat. Die Erkrankungen der einzelnen Atmungsorgane werden einer getrennten Besprechung unterzogen und die verschiedenen physikalischen Heilfactoren entsprechend berücksichtigt. Für den practischen Arzt wird es ein willkommener Wegweiser sein, besonders deswegen, weil die besprochenen therapeutischen Eingriffe zumeist leicht zugänglich sind und ohne kostspielige Apparate ausgeführt werden können.

F. Holzinger.

Prof. Dr. Georg Rosenfeld: Das Indicationsgebiet des Alcohols bei der Behandlung innerer Krankheiten. Halle a. S. Carl Marhold. 1908.

Die Arbeit ist in der «Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten», herausgegeben von Prof. Albu, erschienen. Nach eingehender Schilderung der physiologischen Wirkungen des Alcohols auf die verschiedenen Körpersysteme folgt eine Kritik der Indicationen des Alcohols bei inneren Krankheiten. Diese Kritik lautet für das Medicament vernichtend, denn, sagt der Verf. «alle Arzneimittel müssen gegeben werden mit klarer Erkenntnis dessen, was sie nützen und so, dass sie — was dem Alcohol nie nachgesagt werden kann — dem Grundsatze gerecht werden: Non nocere».

F. Holzinger.

A. Marie et K. Martial: Travail et Folie. Paris. Blond et C-ie. 1909.

Eine interessante Studie über die Rolle der Arbeit in der Aetiologie der Psychosen. Die Autoren suchen festzustellen, welcher Teil im ätiologischen Ensemble der verschiedenen Ursachen der Psychosen auf die Arbeit, sei es geistige oder körperliche, fällt, und gehen von den Zahlen aus, welche das

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verhältnis der allienierten Arbeiter zur Totalität der Arbeiterbevölkerung und zur Totalität der Arbeiter nach einzelnen Professionen bildete. Von den Schlussfolgerungen hat diejenige allgemeinere Bedeutung, welche constatiert, dass trotz Syphilis und Parasyphilis, trotz hereditärer Belastung der wohlhabende Mensch Psychosen weniger unterworfen ist als derjenige, welcher seinen Lebensunterhalt erarbeiten muss.

F. Holzinger.

Raymond Meunier: Le Hachich. Paris. Blond et C-ie. 1909.

Studie über den Haschisch mit besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen Seite der Frage. Es wird festgestellt, dass die acute Intoxication aus zwei Phasen, einer excitativen, welche von Delirien begleitet ist, und einer depressiven, besteht. Häufige Wiederholung der acuten Intoxication führt zu chronischem Haschischismus, welcher in Psychose und Demenz auslaufen kann. Jedenfalls muss der indische Hanf als cortico cerebrales und medulläres Gift aufgefasst werden. Die Studie beruht zum Teil auf eigenen Beobachtungen, welche in anregender und graziöser Weise zur Darstellung kommen und den Autor zu Reflexionen über die sociale Bedeutung des Haschisch veranlassen.

F. Holzinger.

F. Schürer v. Waldheim: Die percutane Entgiftung, Ein wirksames Heilverfahre gegen alle fieberhaften Krankheiten. Wien und Leipzig. Spielhagen u. Schurich. 1908. 170 Seiten.

Da gegenwärtig die physiologische Individualität des Körpergewebes, den Organen gegenüber, immer mehr zur Geltung kommt, hat des vorliegende Buch mehr Aussicht auf wohlverdienten Erfolg in Fachkreisen, als dem sonst eines tactischen Fehlers wegen zu Teil werden würde. Wer den Titel beachtet, braucht auf den Fehler nicht aufmerksam gemacht zu werden, denn, dass die Aufreizung einer Vanaece, sei es auch nur gegen alle fieberhaften Krankheiten — tatsächlich zieht aber der Autor den Kreis viel breiter — das wertvolle Buch in den Augen Vieler discredieren dürfte, bevor sie es noch gelesen, kann wohl als schwer gelten. Das wäre aber entschieden zu bedauern, denn abgesehen von dem Werte der historischen Bearbeitung eines so interessanten Themas, wie es die academisch arg vernachlässigte Frage der Hautsecretion ist, bietet das Werk eine Fülle hochwichtiger zum Teil eigener Beobachtungen und Reflexionen, welche zu therapeutischem Nachdenken anregen. Dass der Autor einigen bedeutenden Geistern, welche es zum grössten Teil auch nur einer fehlerhaften Taktik in ihrer publicistischen Tätigkeit verdankbar, Spott und Verachtung der Fachgenossen geerntet zu haben, Gerechtigkeit und Verfahren lässt und sich nicht schont, anzuerkennen und zu verwerten, was anerkennenswert und wertvoll ist, muss zu den Vorzügen des Buches gerechnet werden. Ein gesunder gemässigter Faustismus, der den Verf. beseelt und offenbar auch die Ursache ist, dass manche ängstliche Rücksichten von ihm bei Seite gelassen werden, trägt dazu bei, die Lectüre anregend zu gestalten.

F. Holzinger.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. Februar 1909.

Anwesend 43 Mitglieder und als Gäste die Herren Saarfels, Lempert, v. Haffner, Werner. Das Protocoll der Sitzung vom 21. Januar c. wird verlesen und angenommen.

Dr. Th. Schwartz. Demonstration eines Falles von Sclerosis multiplex. Nach einigen einleitenden Worten über die Krankheit im allgemeinen und nach einem Hinweis darauf, dass heute zur Diagnose dieses Leidens der klassische Symptomencomplex Charcots, bestehend in Nystagmus, scandierender Sprache, Intentionstremor und spastischen Erscheinungen der Unterextremitäten nicht mehr notwendig sei, geht Vortragender auf seinen Fall ein — es handelt sich um ein vor $2^1/_2$ Jahren erkranktes 24-jähriges Mädchen — der die soeben angeführte Tatsache beweisen soll, indem von dem genannten Symptomencomplex nur ein Symptom, nämlich die spastische Paraparese der Beine hier vorhanden; dagegen kann constatiert werden eine temporale Atrophie der n. optici bei normaler Sehschärfe und nur geringer Einschränkung des Gesichtsfeldes, ferner auch eine Areflexie der Bauchhaut; auf diese beiden Symptome ist in letzter Zeit von verschiedenen Autoren als auf mit die wichtigsten zur Frühdiagnose des Leidens hingewiesen worden. Sodann zeigt der Fall einen typischen Fussklonus beiderseits, Patellarklonus und exquisit das Babinskische Phänomen. Das Ensemble der eben genannten Symptome genügt heute zur Sicherung der Diagnose, trotzdem andere Störungen an der Kranken nicht bemerkbar sind. Differentialdiagnostisch kämen besonders die spastische Spinalparalyse, die Lues cerebrospinalis und die combinierte Systemerkrankung in Frage; bei der charakteristischen Augenhintergrundveränderung, eben der temporalen Atrophie der n. optici mit nicht entsprechender Functionsstörung des Auges scheiden die genannten Krankheiten jedoch aus. Endlich betont Vortragender noch die oft schwierige Unterscheidung der Krankheit von der Hysterie und der Pseudosclerose (Westphal) und einigen anderen acuten Bulbärerkrankungen.

(Autoreferat).

Dr. O. Stender betont im Anschluss an die Demonstration das häufige Vorkommen der multiplen Sclerose; sei sie doch eine der verbreitetsten Erkrankungen des Nervensystems organischer Natur. Daraus resultiere die Wichtigkeit, den Symptomencomplex in seinen gemäss dem pathologisch-anatomischen Substrat zahlreichen Manifestationen kennen zu lernen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Letztere könnten verhängnisvoll werden, sobald beispielsweise eine Verwechselung mit der Hysterie stattgefunden hat. Etwaige Parforcecuren könnten unwiederbringlichen Schaden stiften. In ätiologischer Hinsicht sehen wir häufig nicht klar. Sicher ist, dass die gewöhnlich angegebenen ätiologisch wirksamen Factoren, wie Infectionskrankheiten, Intoxicationen etc. sich häufig anamnestisch nicht nachweisen lassen. Ob die Erkrankung exogener Natur (v. Leyden, Goldscheider) oder endogener (Strümpell), sei zur Zeit noch eine strittige Frage. Redner erwähnt eines Falles aus seiner Praxis, wo er die Diagnose multiple Sclerose eventl. hervorgegangen aus einer Myelitis disseminata bei einem 2-jährigen Kinde stellen zu müssen glaubte. Was die Pseudosclerose Westphals anbetrifft, so sei v. Strümpell in der Lage gewesen einen Fall in vivo zu diagnosticieren und durch die Autopsie zu verificieren. Der Patient bot klinisch — abgesehen von einer maskenartigen Starre der Gesichtsmuskulatur — noch ein Symptom dar, das nicht zum Bilde der multiplen Sclerose gehört. Der Tremor trat nämlich nicht nur bei intendierten Bewegungen auf, sondern hielt auch in der Ruhe an. Die Differentialdiagnose mit der Hysterie könne grossen Schwierigkeiten begegnen, zumal Spasmen an den unteren Extremitäten, ja auch Fussklonus bei der Hysterie vorkommen können. Patellarklonus käme jedoch bei der Hysterie kaum vor, sodass letzteres Symptom häufig geeignet sei, den Untersucher auf den richtigen Weg zu führen.

(Autoreferat).

Dr. L. Schönfeldt: Ich möchte noch hervorheben, dass die Fälle von multipler Sclerose mit vorwiegend cerebralem Symptomencomplex weit grössere differentialdiagnostische Schwierigkeiten verursachen, als die «spinalen» Formen. Der apoplektische Beginn, die passageren halbseitigen Lähmungserscheinungen, der zweifelhafte Augenbefund bieten nicht selten — besonders im Beginn der Erkrankung — Anlass zu Fehldiagnosen.

Nach meinen Erfahrungen beobachtet man bei den «cerebralen» Formen häufig langjährige tiefe Remissionen, die als scheinbare Heilung imponieren, während die «spinalen» wohl einen Stillstand, dagegen sehr selten einen Rückgang der Symptome, bis zum zeitweiligen Verschwinden beobachten lassen.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt: Natürlich bietet die Differentialdiagnose nur im Anfangsstadium bisweilen die grössten Schwierigkeiten; aber gerade dann erfordert die multiple Sclerose — ganz im Gegensatze zur Hysterie — die grösste Schonung; ja oftmals ist durch langdauernde konsequente Bettbehandlung eine bleibende Besserung des Zustandes zu erzielen. Endlich erschwert im Anfangsstadium die sog. Pseudo-Sclerose (Westphal) ebenfalls die Diagnose, wofür als Belag ein Fall angeführt wird, der hier in Riga jahrelang bald als Hysterie, bald als multiple Sclerose neurologisch beurteilt worden, bei dem schliesslich Oppenheim die Diagnose Pseudo-Sclerose gestellt.

(Autoreferat).

Dr. von Krüdener: Bei der multiplen Sclerose gibt den Ausschlag der Diagnose in vielen Fällen die Form des Gesichtsfeldes im besonderen für Farben. Oft findet man dasselbe sectorenförmig und es bleibt dann viele Jahre in dieser Form. Bei der Sehnervenatrophie, die durch multiple Sclerose hervorgerufen wird, findet man oft eine auffallend gute Sehschärfe und Veränderungen des Sehvermögens. Die temporale Abblassung allein ist gelegentlich sehr schwer festzustellen. In dem heute demonstrierten Falle ist sie jedoch vorhanden.

(Autoreferat)

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Dr. Th. Schwartz (Schlusswort): Dr. S. stimmt darin Dr. Stender zu, dass als unterscheidendes Moment für die Pseudosclerose gerade das Zittern auch in der Ruhe angegeben werde; nach den Autoren kämen auch Fälle mit Amblyopie als einziges Symptom bei scheinbar normalen Fundus vor, und liege hier eine grosse Gefahr vor, alle derartigen Fälle als Hysterie anzusehen, während sie nach Jahren zuweilen doch das ausgesprochene Bild der multiplen Sclerose zeigen.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: Zur Abdominalchirurgie.

Adhäsionsbildungen in der Bauchhöhle dürfen wohl allgemeines Interesse beanspruchen. Jedes entzündete Organ kann zur Bildung solcher führen, wobei Folgeerscheinungen ausbleiben, wie auftreten können. Das Vorkommen von Passagestörungen ist längst bekannt, weniger aber das ganz circumscripte Auftreten solcher. Nur Nothnagel führt in seinem Handbuch das Auftreten solcher nach reponierten Hernien an. Ein Beispiel für solch' eine Passagestörung ist folgender vom Redner beobachtete Fall:

a) Ein 30-jähriger Arbeiter wird am 20. Dec. v. J. unter den Erscheinungen einer schweren Darmocclusion ins Stadtkrankenhaus aufgenommen. Die bis zur Ileocoecalgegend reichende typische Darmsteifung — es sind drei Etagen lebhaft geblähter Darmschlingen zu palpieren — geht aber unter Schmerzen und gurrenden Geräuschen vorüber. Links bestand eine Hernie rechts nicht und hatte dort auch nie eine bestanden. Pat. hatte von jeher an Stuhlträgheit gelitten und vor zwei Jahren ähnliche Beschwerden, wie jetzt von 4-tägiger Dauer gehabt. Weder Carcinom noch Tuberculose in der Familie. Ein Tumor war nicht zu palpieren, das jugendliche Alter des Erkrankten sprach auch nicht für das Bestehen eines solchen. Mechanische Momente waren nach der Anamnese nicht anzunehmen. Die Frage nach der Art der Occlusion blieb daher zunächst offen; es wurde beschlossen abzuwarten. Nach erfolgter Darmentleerung — Abgang von Flatus und Stuhl — nahm die Auftreibung des Abdomens ab. Kein Tumor fühlbar. Am 10. Jan. Verschlimmerung des Zustandes.

Operation: Querschnitt in der Ileo-Coecalgegend. Es findet sich ein ca. 2 faustgrosser Tumor, dessen Oberfläche die glatte Serosa bildet, mit einem anhaftenden, kurzen Meckelschen Divertikel im untersten Teil des Ileum. Der Tumor wurde reseciert und der Darm hinausgeleitet.

Um dem Pat. eine zweite Operation zu ersparen, anastomosierte Vortragender darnach den Dünndarm mit dem Coecum, entgegen der Empfehlung v. Mikulicz, den Dünndarm hinauszuleiten und einen künstlichen Anus zu schaffen. Hier war eine Naht durchlässig geworden und hatte sich eine Peritonitis entwickelt.

Der Tumor stellte ein Convolut von Darmschlingen von ca. 1 Meter Länge dar, die derart miteinander verbacken waren, dass es sich als unmöglich erwies, ihr Lumen in continuo frei zu legen. Nicht verständlich ist in diesem Falle, wie hier überhaupt noch Kot hatte passieren können, und was die Ursache dieser intensiven Adhäsionsbildung gewesen war. Das Meckelsche Divertikel war frei, der Wurmfortsatz gesund, kurz es liess sich keine Ursache nachweisen, die zum Zusammenbacken dieser Darmabschnitte durch Adhäsionen Veranlassung gegeben hätte.

b) Der zweite Fall, in dem ebenfalls Adhäsionen eine Rolle spielten war folgender:

Eine 29-jährige, verheiratete Frau hatte vor 7 Jahren an Schmerzen in der linken Unterbauchgegend gelitten, besonders beim Liegen auf dieser Seite. Vor 3 Jahren sollen ihr Magenspülungen gemacht worden sein, vor 2 Jahren hat sie eine Operation durchgemacht. Im Anschluss an ihr zweites Wochenbett — 1908 — traten die Schmerzen l. u. wieder auf.

Aufnahme ins Krankenhaus am 10. Sept. v. J. Guter Ernährungszustand. Temp. 37,9°. Im Abdomen eine Resistenz, die zweifingerbreit unterhalb des Nabels beginnt und sich zweifingerbreit oberhalb des Nabels erstreckt, seitlich bis zur L. axillaris ant. reicht. Keine Fluctuation. Der Genitalbefund war ganz normal. Ca. 14 Tage nach der Aufnahme hatte der Tumor eine wurstförmige Gestalt angenommen, die 15 ctm. Länge und 4 ctm. im Durchmesser hatte. Am 18. October war die Resistenz fast verschwunden und Pat. verliess das Krankenhaus. Am 31. Oct. Wiederaufnahme. Es waren wieder starke Schmerzen aufgetreten, aber kein Erbrechen, keinerlei sonstige Störungen durch den Tumor, der wieder deutlicher zu fühlen ist. 4. November — Operation. Zwischen ausgedehnten Adhäsionen fand sich ein dilatierter Magen und eine Gastroenteroanastomose, die der vorderen Bauchwand angelötet einen von callösen Rändern umgebenen Defect zeigte; kein ulcus pepticum, Schleimhaut der Anastomose ectropioniert, Magen dilatiert. Die Anastomose (eine anterior antecolica nach Wölffler) wurde durch Anfrischung der Ränder und quere Naht wieder hergestellt und war für den Finger durchgängig.

An den folgenden Tagen fanden sich noch Rückstände mehrere 100 Ctm., dann nicht mehr, um später sich wieder einzustellen. Im Januar derartige Verschlimmerung, dass am 11. Jan. ein nochmaliger Eingriff nötig wurde. — Ausschaltung des distal gelegenen, einen schlaffen Sack von zwei Hand Breite vorstellenden Teils des Magens, nach von Eiselsberg, das rationellste Verfahren in solchen Fällen. (Der Pylorus war eng strangförmig, ein Lumen jedoch noch vorhanden). Die in den ersten Tagen noch vorhandene Rückstauung ist späterhin nicht mehr aufgetreten und erholt sich Pat. sichtlich. Während der 1. Fall die deletäre Wirkung der Adhäsionen durch Passagebehinderung zeigt, ersieht man aus dem zweiten Falle, welche diagnostische Schwierigkeiten durch Adhäsionsbildungen und den von ihnen vorgetäuschten Tumor hervorgerufen werden können.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Protocolle des V. Aerztetages
der
Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 5., 6. und 7. December 1908 zu Reval.

1. Sitzung.

Freitag den 5-ten December von 11 Uhr vorm. bis 2 Uhr. nachm.

1. Der Präses eröffnet den V-ten Estländischen Aerztetag mit folgender Ansprache:

Meine Herrn!

Es ist uns schliesslich doch vergönnt gewesen uns zum jährlichen Aerztetag zu versammeln. Der anfangs geplante Termin zu Anfang November musste wegen der drohenden Choleragefahr verlegt werden, denn es war nicht möglich, dass wir zu einer Zeit den Plan fassen konnten die Herrn Collegen vom Lande zur Stadt zu rufen, wo noch jeder auf seinem Platz sein musste. Wenn auch jetzt noch nicht die Seuche in Petersburg ganz erloschen ist, vielmehr in letzter Zeit wieder ein Ansteigen sich bemerkbar gemacht hat, so ist doch nach Schliessung der Navigation des Petersburger Hafens die Gefahr bedeutend herabgesetzt, und zudem hat die Erfahrung gelehrt, dass bei einer geringen Zahl von Erkrankungen in Petersburg die Einschleppung unwahrscheinlich ist. So hat sich denn der Vorstand doch noch in letzter Stunde entschlossen, den Aerztetag einzuberufen, zumal wegen des hoffentlich im nächsten Jahre zustandekommenden Baltischen Congresses, der Estländische Aerztetag so wie so im nächsten Jahre ausfällt.

M. H.! Ich danke Ihnen, dass sie so zahlreich erschienen sind und ich begrüsse von ganzem Herzen die Herrn Collegen, welche von nah und fern angereist sind, speciell die Herrn Vertreter der Livländischen, Kurländischen und Rigaschen Aerztegesellschaften zu gemeinsamer Arbeit und gemeinsamer Kräftigung der collegialen Beziehungen. Möge Ihre Arbeit erfolgreich sein, und mögen Sie Freude haben und Nutzen gewinnen von den gemeinsamen Bestrebungen. M. H.! Ich habe die Ehre den V. Estländischen Aerztetag zu eröffnen.

Der V. Estl. Aerztetag wird von Dr. W. von Holst-Riga im Namen der Gesellschaft Livländischer Aerzte, von Dr. Sadikoff-Talsen im Namen der Kurländischen Aerztlichen Gesellschaft und von Dr. Baron Engelhardt-Riga im Namen der Gesellschaft pract. Aerzte in Riga begrüsst.

2. Der Präses erstattet nachfolgenden Rechenschaftsbericht:

M. H.! Diejenigen von Ihnen, welche den IV-ten Estländischen Aerztetag besucht haben, werden sich erinnern, dass eine Vorlage von Dr. Kupffer und dem Herrn Architecten Schott ausgearbeitet und auf dem Aerztetag zur Discussion vorgelegt wurde.

Diese Vorlage enthielt einen Entwurf für Leitsätze und Musterpläne mit bezüglicher Erklärung als Handhabe für die Ratschläge, welche der Landschaftsarzt im Falle eines Schulneubaues geben muss. Der Entwurf wurde vom Vorstande der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft der Landessanitätscommission zur Verfügung gestellt.

Nach Anhörung des Commissionsberichts von Dr. Haller und des Correferats von Dr. Nottbeck über «die Bekämpfung ansteckender Krankheiten» wurde eine Commission gewählt, bestehend aus den Herren: Dr. Haller, Dr. Nottbeck, Dr. Kusmanoff, Dr. Lockenberg, Dr. Thomson, Dr. Schröppe, Dr. Masing und Dr. Kupffer, welche den Auftrag erhielt, einen Entwurf auszuarbeiten für eine verbindliche Verordnung, welche den Kampf

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit den ansteckenden Krankheiten zum Zweck hat. Dieser Entwurf wird Ihnen heute vorgelegt, und ist im Interesse der leichteren Verfolgung vervielfältigt zur Einsicht verteilt worden. Gemäss den Beschlüssen in der letzten Sitzung des IV-ten Aerztetages cf. pag. 84 ist der Gouvernementsobrigkeit mitgeteilt worden, dass die im Jahre 1902 gegründete Estländische ärztliche Gesellschaft sich aufgelöst, eine neue Gesellschaft sich constituiert und den Besitz der ersteren übernommen habe.

Zu den vom vorigen Aerztetag gewünschten Thematen haben sich für die Arteriosclerose des Herzens und der Gefässe, sowie für den Darmverschluss, wie sie aus dem Programm ersehen, Referenten gefunden, für die chirurgische Tuberculose und die Epilepsie keine.

Im April dieses Jahres fand eine Delegiertenversammlung in Sachen des baltischen Aerztecongresses in Riga statt, bei der ausser mir noch Dr. Weiss und Dr. Thomson die Estl. Aerztliche Gesellschaft vertraten. Die dort festgesetzten Principien und Bestimmungen haben bereits dem Kurländischen und Livländischen Aerztetage vorgelegen und werden Ihnen heute vorgelegt werden.

Für den im Mai abgehaltenen I-ten Kurländischen Aerztetag ist die Vertretung der Estländischen ärztlichen Gesellschaft Dr. Baron Kayserlingk und für den im August stattgehabten XX-sten Livländischen Aerztetag mir vom Vorstande übergeben worden. Die gedruckten Protocolle sind erst vorigen Freitag hier eingetroffen und haben deshalb nicht vor dem Aerztetage versandt werden können. Die Mitglieder des vorigen Aerztetages werden freundlichst gebeten, sich behufs Erlangung eines Protocollbändchens an das Secretariat zu wenden.

Ich bitte Herrn Dr. Haller, über die Casse den Bericht zu erstatten.

Dr. Haller verliest den Cassenbericht für das abgeschlossene Geschäftsjahr. Danach betrugen die Einnahmen:

Saldo vom III. Aerztetag	Rbl. 144.20
80 Mitgliedsbeiträge à 5	» 400.—
Zinsen	» 4 39
in Summa	Rbl. 548.59

Die Ausgaben betrugen:

für Druck der Protocolle des III. Aerztetages	Rbl. 30.—
» Beleuchtung u. Decoration des Sitzungssaals	» 50.—
» Inserate, Drucksachen, Schreibergebühr u. ähnl.	» 94.55
» Repräsentationskosten	» 95.—
» Bedienung u. diversa	» 37.50
	Rbl. 307.05

Das Saldo für den V. Aerztetag beträgt mithin 241 Rbl. 54 Cop., wobei in Betracht zu ziehen, dass die 1. Rate (50 Rbl.) für das Bergmann-Denkmal noch nicht abgeführt ist.

Das Cassenbuch und die Rechnungsführung ist von den Revidenten Dr. Meder und v. Middendorff geprüft und richtig befunden.

Der Präses teilt mit, dass im Programm einige Veränderungen vorgenommen werden müssen: Die Herren Dr. Dr. Westphalen und Greiffenhagen werden heute nachmittag ihre Vorträge halten (also in der 2-ten Sitzung) und die Herren Dr. Weiss und Haller Sonnabend vormittag (3-te Sitzung). Die Vorträge des Herrn Prof. Zoege, Dr. Truhart und Dr. Pangratz fallen weg, da die Herrn am Erscheinen verhindert sind.

Sodann teilt der Präses mit, dass heute um 9 Uhr im Revaler Club ein Damenabend stattfindet.

3. a) Auf Vorschlag des Vorstandes wird der Herr Professor Dr. K. Dehio zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft gewählt und vom Präses mit einer Ansprache begrüsst, auf die Prof. Dehio dankend antwortet.

b) Infolge eines Rundschreibens der Redaction der Petersburger Medicinischen Wochenschrift (das auch im Saale ausliegt), beschliesst die Versammlung, vom nächsten Jahre an für den Druck der Protocolle jährlich 100 Rbl. und ausserdem für den Separatabdruck jedes Vortrages, der den Protocollen beigefügt wird, 5 Rbl. zu zahlen. Für dieses Jahr wird eine Pauschalsummenzahlung in Aussicht genommen und vom Vorstand später auf 100 Rbl. festgesetzt, welche der Redaction sofort ausgekehrt werden.

4. Als Mitgliedsbeitrag werden 5 Rbl. bestimmt. Laut Beschluss der Versammlung soll der nächste Aerztetag 1910 Ende October oder Anfang November in Reval stattfinden.

5. Der bisherige Vorstand wird per Acclamation wiedergewählt.

6. Dr. v. Wistinghausen hält seinen Vortrag: Mitteilungen aus der Estländischen Landessanitätscommission. (Der Vortrag erscheint im Druck).

(Fortsetzung folgt.)

Der erste allrussische Congress der Fabrik-Aerzte und Vertreter der Fabrik-Industrie in Moskau v. 1. — 7. April 1909.

Von

Dr. S. Bobrinski.

Die Eröffnung des ersten allrussischen Congresses der Fabrik-Aerzte und Vertreter der Fabrik-Industrie fand am 1. April um 1 Uhr mittags im grossen Saale der Moskauer Stadtduma statt. Noch am Tage vor der Eröffnung des Congresses hatte abends im Saale des grossen Moskauer Hotels eine freundschaftliche Zusammenkunft der Mitglieder, welche aus den verschiedensten Gegenden unseres weiten Vaterlandes herbeigekommen waren und unter denen sich 38 Vertreter der professionellen Arbeiter-Verbindung befanden, stattgefunden. Hier richtete der Secretär der Moskauer Fabrik-Aerztegesellschaft, I. D. Astrachan, im Namen der Verwaltung einige Begrüssungsworte an die Versammelten, mit welchen er die Tätigkeit der Gesellschaft im Laufe von 5 Jahren charakterisierte. Danach wurden noch Reden gehalten von A. W. Pogoshew, einem der ersten Forscher auf dem Gebiete der Fabrik-Medicin, ferner von Professor Swjatlowski, Privat-Docent I. M. Goldstein u. a. — in freundschaftlicher ungezwungener Aussprache bei gemeinsamem Abendessen.

Am Tage der Eröffnung des Congresses war der Saal der Duma von Publicum überfüllt, unter welchem sich ausser Aerzten Leute verschiedener Berufe, Vertreter verschiedener Anstalten und Industriezweige, Arbeitercorporationen aus Moskau, St. Petersburg, Riga, Tula, Kiew u. s. w. befanden. Der die Sitzung eröffnende Präsident I. P. Tschulkoff hielt eine Begrüssungsrede in welcher er den Tag der Eröffnung des gegenwärtigen Congresses als einen nicht nur für die Fabrik-Medicin, sondern auch für die allgemeine Arbeiterfrage sehr bemerkenswerten kennzeichnete.

Nachdem Tschulkoff die Sitzung für eröffnet erklärt hatte, teilte er mit, dass nach Zählung der eingereichten Wahlzettel zum Ehrenpräsidenten des Congresses D. I. Nikolski, zu Gehilfen des Vorsitzenden Dr. D. P. Skalski (Lodz) und I. M. Retowoff (Kriwoi-Toretz) und zu Secretären die Aerzte N. A. Wigdortschik (Petersburg) S. E. Korshenewski (Jekaterinoslaw) u. A. I. Nasarow (Slatoust) gewählt waren.

Der Ehrenpräsident D. P. Nikolski, als Hauptinitiator des Congresses, dankte der Versammlung für die Ehre, welche sie ihm durch die Wahl erwiesen und brachte in seinen Begrüssungsworten den Gedanken zum Ausdruck, dass in der gegenwärtigen Zeit die Fabrikmedicin einem strengen Examen auf das Reifezeugnis unterworfen sei — auf das Recht der unabhängigen Existenz, auf welche sie sich 40 Jahre vorbereitet habe. Unter Hinweis darauf, dass es dem Congress untersteht, über verschiedene Lebensfragen zu beraten, über den Arbeitsschutz, die Dauer des Arbeitstages, Arbeiterversicherung u. a. Fragen, über welche man die Gesetzvorlagen in die Reichsduma eingebracht hat, schlug der Vorsitzende vor, der Gesellschaft der Fabrikärzte und ihrer Verwaltung von seiten der Versammlung besten Dank auszusprechen und durch Erheben von den Sitzen das Andenken der verstorbenen ersten Vorsitzenden der Moskauer Fabrik-Aerzte N. A. Krasjuk und S. I. Pokrowski zu ehren.

Nach der Rede des Vorsitzenden folgte die Begrüssung der Versammlung. Die erste Begrüssung erfolgte im Namen der Moskauer Stadtverwaltung, durch das Stadthaupt N. I. Gutschkoff, welcher auf die wichtige Bedeutung des Congresses für Moskau als Industrie-Centrum Russlands hinwies. Fernerhin fanden Begrüssungen statt durch C. T. Skalski — von der Gesellschaft der Fabrik-Aerzte in Lodz; Prof. W. D. Tscherwinski von der Moskauer Gesellschaft der Volksuniversitäten; Prof. Gotier von den höheren weibl. Cursen und ihrer medicinischen Abteilung; M. A. Naroshnitzki von der Moskauer Gouvernements-Landschaft-Verwaltung. I. D. Astrachan verlas einen Begrüssungsbrief von Prof. F. F. Erismann aus Zürich, währenddessen stürmischer Beifall gespendet wurde. Auf Vorschlag des Vorsitzenden des Congresses D. P. Nikolski wurde die Verwaltung des Fabrikärzte-Congresses beauftragt, Prof. Erismann ein Begrüssungstelegramm im Namen des Congresses zu senden. Prof. F. A. Rein begrüsste die Versammlung i. A. der Verwaltung der Pirogoff-Gesellschaft. Lange Beifallsstürme rief die Rede des Delegierten der Arbeiter-Gesellschaft hervor, der auf die grosse Bedeutung des Congresses für die Arbeiter hinwies, welche nicht auf practische Resultate des gegenwärtigen Congresses bei den bestehenden Verhältnissen gerechnet haben, aber doch erschienen seien, um ihre schlimme Lage aufzudecken und das, was ihnen not tut, zu erklären und zu beleuchten, dabei bemerkend, dass keine Reform im Rahmen der kapitalistischen Gesellschaft im-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stande sei, von Grund aus die Lage der arbeitenden Klasse zu verbessern. Dann folgten weitere Begrüssungen von der Iwanowo-Wosnessensker Medicinischen Gesellschaft (Dr. P. A. Aljawdin) und von der Commission der Moskauer städtischen Sanitäts-Aerzte (E. M. Iwanoff); von der physikotherapeutischen Gesellschaft (Dr. F. A. Alexandroff), von der Gesellschaft zur Einrichtung eines Asyls für Personen medicinischen Berufes (Dr. P. S. Snamenskaja); von der Gesellschaft der Aerzte-Gehilfen und der Redaction des «Feldscherskij Westnik»; vom Journal «Wratschebnaja Gaseta» (Dr. Wigdortschik), von der Moskauer Gesellschaft zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit (Dr. D. E. Gorochow); von der Aerzte-Gesellschaft gewerblicher Unternehmungen der Stadt Jekaterinoslaw; von dem Journal: «Der Student der Medicin»; von der Gesellschaft der Technologen des Moskauer Rayons»; von der Gesellschaft der Elektrotechniker in Moskau; von der Moskauer Abteilung der Kaiserlichen technischen Gesellschaft (K. K. Masing).

Darauf verlas der Ehrensecretär des Congresses, S. E. Korshenewski, folgende Telegramme und Briefe: 1) vom Redacteur des «Practischer Arzt», Dr. Oretschkin, 2) von der Saratower physiko-medicinischen Gesellschaft, 3) von der russischen Gesellschaft zur Erhaltung der Volksgesundheit, 4) von der kaiserlichen Moskauer Ingenieurschule, 5) von der Moskauer Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater, 6) von der Moskauer Gesellschaft der Assistenz-Aerzte, 7) von der russischen Pharmaceutischen Gesellschaft, 8) von der Verwaltung des «Musej Sodeistwija Trudu» in Moskau, 9) von Dr. D. J. Dorf (Baku), dem früheren Landschaftsarzt des Moskauer Gouvernements (diesesTelegramm wurde mit stürmischem Beifall begrüsst), 10) von dem Rector der Moskauer Universität, A. A. Manuilow.

Nach einer kleinen Unterbrechung hielt Dr. D. I. Orlow eine umfangreiche Rede über das Thema: «Probleme der Fabrikmedicin.». Hinweisend auf den Fortschritt in der Entwickelung der ärztlichen Tätigkeit auf Fabriken seit jener Zeit, als die Landschaftsvertretungen obligatorische Verordnungen bezüglich der Medicinalangelegenheiten der Fabriken und Werke ergehen liessen und als der Landschafts-Sanitätsinspector ihre Ausführung zu überwachen begann, erklärte sich der Redner als warmer Anhänger der Vereinigung von Fabrik- und Landschaftsmedicin, welche auf dem Princip der Unentgeltlichkeit und allgemeinen Zugänglichkeit der ärztlichen Hilfe basiert. Das Gesetz vom 26. August 1866 legt den Fabrikanten die Verpflichtung auf, alle Auslagen für ärztliche Hilfe, die den Arbeitern erwiesen wird, zu tragen, und nur in 7 Städten, zu denen auch Petersburg und Moskau gehören, wo von den Arbeitern die sogenannte Krankenhausgebühr eingezogen wird, wird diese Verpflichtung von den Stadtverwaltungen übernommen, welche die der Krankenhauspflege bedürftigen Arbeiter in ihren Hospitälern behandeln. Von dieser Einrichtung haben nur die Unternehmer einen Vorteil, während die Stadtverwaltungen Schaden erleiden und jetzt bereit sind, sich auf's Neue darum zu bemühen, dass die Wirkung des neuen Gesetzes auf alle Fabriken und Werke ausgedehnt werde, weil in den letzten 10 Jahren die Fabrikmedicin bis zur Unkenntlichkeit ausgeartet und ebenso in den Hauptstädten die Organisation derselben eine schlechte sei und nur mit wenigen Ausnahmen zum Scheine bestehe. Er verbreitete sich dann länger über die Notwendigkeit des Zusammentritts der einzelnen Gesellschaften der Fabrikärzte zu einem Verbande mit der Centralleitung in Moskau, und nachdem er noch erwähnt hatte, dass ein solches Project bezüglich des Verbandes dem Congress vorliegen werde, erklärte er zum Schluss, dass der gegenwärtige Congress berufen ist, als Anleiter bei dem endgültigen Ausbau des Fabrik-Medicinalwesens eine wichtige Rolle zu spielen, und wünschte dem Congresse eine recht erfolgreiche Arbeit in dieser Beziehung.

Danach sprach Privat-Docent L. A. Tarassewitsch über das Thema: «Die Cholera und ihre Bekämpfung». Der Autor weist auf unsere Saumseligkeit inbezug auf die Ergreifung von Massregeln zur Bekämpfung der Cholera hin und behauptet, dass ein erneutes Auftreten der Cholera in diesem Sommer sehr wahrscheinlich sei. Die Frage bezüglich des Kampfes gegen die Cholera sei daher für die Aerzte ebenso wie für die Gesellschaft zu einer actuellen geworden, besonders aber für die Fabrikhygiene. Zur Behandlung der Cholera steht uns kein sicherwirkendes spezifisches Mittel zur Verfügung, und wir sind genötigt, uns mit Palliativ-Massnahmen zufrieden zu geben. Die Serumbehandlung gab vorläufig noch keine greifbaren Resultate, aber die Schutzimpfungen bewiesen vollkommen ihre Wirksamkeit und empfehlen sich besonders für diejenigen Personen und Bevölkerungsschichten, welche nach den vorliegenden Daten procentualiter die meisten Erkranhungen aufweisen. Ein rationelles System der Cholerabekämpfung muss gerichtet sein 1) auf die Nichtzulassung oder Vernichtung des ansteckenden Stoffes; 2) auf die sanitären Verhältnisse der Städte und Ortschaften (Canalisation, Wasserversorgung, Verbesserung der Wohnungen und dgl.); 3) Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Hebung ihrer Cultur, ihres Wohlstandes und ihrer Tatkraft. Das Kochsche System kann in keiner Weise ganz auf unsere Verhältnisse übertragen werden und keine günstigen Resultate ergeben und auch das System der Quarantainen ist vollkommen nutzlos... Die Aufbesserung der Sanitätsverhältnisse in den Städten und besonders in denjenigen des Wolgagebietes ist eine conditio sine qua non für eine erfolgreiche Bekämpfung der Cholera aber eine nicht durch Zwangsmassregeln, sondern durch Erkenntnis herbeigeführte, weshalb es denn auch unerlässlich ist, die Aufklärung der Bevölkerung auf eine höhere Stufe zu stellen und die Anleitung zur Durchführung der sanitären und hygienischen Massregeln in die Hände der communalen und ärztlichen Organisationen zu legen. Das alles ist nur möglich bei einer gründlichen Reform der städtischen und landschaftlichen Selbstverwaltungen u. s. w. Für die Verbesserung der ungünstigen Verhältnisse der Fabrikbevölkerung im allgemeinen und inbezug auf die Cholera im besonderen ist vor allem die Einrichtung von Sanitätscuratorien unerlässlich, an denen auch die Arbeiter teilnehmen müssen, und die Auslagen zur Durchführung der Massnahmen auf den Fabriken müssen von den Fabrikbesitzern getragen werden. Die Aerzte sind verpflichtet, sich mit der wissenschaftlichen Ausarbeitung der Frage über das Wesen der Krankheit zu beschäftigen, und es muss daraufhin die wissenschaftliche und Lehrtätigkeit auf die erforderliche Höhe gebracht werden. Die Erfolge der Wissenschaft müssen günstig auf unsere Industrie einwirken, und die Vereinigung der Wissenschaft mit der Gewerbetätigkeit dient als Unterpfand für eine erfolgreiche Entwickelung der letzteren zu allgemeinen cultursocialen Zwecken.

Beide Vorträge, besonders der letztere von Tarassewitsch riefen starke Beifallskundgebungen hervor.

Zum Schluss verlas der Vorsitzende, D. P. Nikolski, folgendes Verzeichnis der Mitglieder, welche in den Ausschuss erwählt wurden: 1) P. A. Aljawdin, 2) I. S. Weger, 3) W. K. Wyssokowitsch, 4) A. P. Wosskressenski, 5) I. M. Goldstein, 6) A. B. Gronowski, 7) N. P. Danilow, 8) W. I. Deischa, 9) D. N. Shbankow, 10) W. J. Kanel, 11) M. L. Katz, 12) P. W. Malinowski, 13) F. A. Rein, 14) W. W. Swjatlowski, 15) W. F. Stawrowski, 16) K. P. Sulima, 17) L. A. Tarassewitsch, 18) W. P. Uspenski, 19) M. L. Heissin, 20) I. W. Tschernyschew, 21) A. A. Tschertow, 22) Tschaikowski, 23) K. Schidlowski.

Abendsitzung.

Um 8 Uhr abends versammelten sich die Congressmitglieder zu einer Sitzung im grossen Saale des Gebäudes der Polytechnischen Gesellschaft. Zum Vorsitzenden wurde der Professor der Universität Kiew, W. K. Wyssokowitsch und zu seinem Gehilfen P. N. Diatroptow gewählt. Es wurden folgende Vorträge über die Frage der zu ergreifenden Massnahmen gegen die Cholera und ihre Behandlung gehalten.

Dr. O. J. Bronstein - Moskau: «Bacteriologie und Serotherapie der Cholera». Der Vortragende behauptet, dass die bacteriologische Feststellung der asiatischen Cholera gegenwärtig einen hohen Grad von wissenschaftlicher Genauigkeit erreicht hat und infolgedessen überall da ausgeführt werden muss, wo es sich um verdächtige Krankheitserscheinungen, besonders in der ausserepidemischen Periode, im Anfange einer Epidemie, bei nicht typischen Erkrankungen und bei allen Reconvalescenten bis zur sogenannten bacteriologischen Genesung handelt. Viele in Laboratorien gemachte Beobachtungen von Epidemiologen haben bewiesen, dass die Choleravibrionen nicht nur ausschliesslich im Darm des Kranken ihren Sitz haben, sondern auch im Blute, in der Galle, im Urin u. s. w. Angesichts der Vollkommenheit des technischen Verfahrens kann die schematische Untersuchung gewöhnlicher Objecte nicht nur von professionellen Bacteriologen sondern auch von Aerzten, die einen ad hoc verkürzten Spezialkursus durchgemacht haben, ausgeführt werden. Weiterhin kam der Vortragende an der Hand statistischer Daten zu dem Schlusse, dass die Cholera sich dauerhaft in unserem Vaterlande eingenistet hat und mit Recht Cholera Rossica genannt werden kann. Schutzimpfungen vermindern die Zahl der Erkrankungen auf den 5. Teil. Unter den jetzt bestehenden russischen Verhältnissen kann die Massenausführung von Schutzimpfungen trotz ihrer Unschädlichkeit wohl kaum als eine rationelle Methode zur Hebung der Immunität der Bevölkerung bedrohter Ortschaften angesehen werden. Die Behandlung der Cholera mit den bis jetzt bestehenden Sera kann vorläufig nicht als verlässliches Mittel angesehen werden. Der Vortragende macht darauf noch die Versammlung mit der Technik der Impfung bekannt.

Dr. A. I. Berdnikoff (Kronstadt): «Ueber I. S. Schurupows Anticholeraserum». Der Vortragende erläutert die Wirkung der Schurupowschen Lymphe auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cholerakranke im Krankenhause zu Zaryzin und im Obuchowhospital in St. Petersburg. Diese Lymphe gehört zu den Antiendotoxinen: die durch Alkalien zerstörte Cultur wird neutralisiert durch Essigsäure. Auf diese Weise erhält man ein Praecipitat, welches ausgetrocknet, emulgiert und Pferden eingespritzt wird, aus deren Vena jugularis Blut entzogen und daraus Lymphe gewonnen wird. Von 44 Fällen, welche mit dieser Lymphe in Zaryzin behandelt wurden, genasen 13.

In der Discussion sprachen sich F. A. Groschewski, I. S. Weger und M. M. Gran gegen die Lymphe aus. Prof. W. K. Wyssokowitsch wies gleichfalls auf die negativen Resultate dieser Behandlung hin. Der Arbeiterdeputierte Malinowski berichtete über den sanitätswidrigen Zustand der Arbeiter-Badstube hinter der «Narwskaja Sastawa» in St. Petersburg. Die Badstube ist schmutzig, das Wasser stinkend u. s. w. Auf alle Anzeigen der Arbeiter darüber antwortete die Administration und die Stadtverwaltung mit Stillschweigen. Vorlesungen für die Arbeiter über die Cholera in der Volksuniversität wurden nicht gestattet.

Nach einer Unterbrechung der Sitzung wurde dieselbe durch die Rede von Dr. F. A. Grinewski (Moskau). «Charakteristik der Cholera als biologischer Factor nebst daraus hervorgehenden Hinweisen auf einen rationellen Kampf mit derselben» wieder aufgenommen. Nachdem der Redner eine Definition über das Wesen der Cholera gegeben und auf die Besonderheiten des Choleravibrio (Ausgleichungstheorie der Localisten und Contagionisten auf biologischer Basis) hingewiesen, macht er darauf aufmerksam, dass die am meisten bei uns verbreiteten Massregeln gegen die Cholera, welche nutzlos den Kranken bedrücken und den ökonomischen Wohlstand der Gesellschaft untergraben, dem Choleravibrio absolut keinen Schaden verursachen. Der allgemeine Plan der Massregeln zum Kampf gegen den Choleravibrio muss auf der Basis der biologischen Besonderheiten dieses letzteren gestützt sein.

Dr. M. I. Retiwow (Kriwoi-Torez) «Ueber die Organisation von Massregeln gegen die Cholera und die Behandlung der Cholerakranken in den Kohlenbergwerken der Gesellschaft zur Gewinnung von Steinsalz und Kohle in Südrussland». Der Redner weist auf die unnormalen sanitären Bedingungen der ungeheuren Mehrzahl der Bergbetriebsunternehmungen hin, deren Bewohnerschaft nicht einmal die hygienischen Elementarbegriffe besitzt, und wo die in Anwendung gebrachten Massregeln beim Auftreten der einen oder anderen Epidemie einen ganz zufälligen Character tragen. Die Verhängung verstärkten Schutzes, von welchem der Bachmutsche Kreis betroffen wurde, als dort die Choleraepidemie auftrat, beförderte wenig die persönliche Initiative und Collectivarbeit im Sinne der Heranziehung der Arbeiter selbst zur Ausübung der Sanitätsmassnahmen. Zur Zeit des Auftretens der Cholera waren von den örtlichen Landschaftsverwaltungen keinerlei bestimmte Grundsätze für das Zusammenarbeiten der Landschaften mit den industriellen Unternehmungen aufgestellt worden. Die Erkrankungsfälle im Schtscherbinskischen Bergwerke trugen nicht den Charakter einer Epidemie und erschienen spät; hauptsächlich erkrankten junge Arbeiter, welche erst unlängst im Bergwerke tätig waren, wobei der Weg der Verbreitung der Cholera unaufgeklärt blieb. Das Trinkwasser spielte dabei absolut keine Rolle; das Schachtwasser erwies sich bacteriologisch als rein. Eine ungeheure Anzahl Kranker wurde in einer speciellen Cholera-Baracke untergebracht; die Sterblichkeit erreichte im allgemeinen 42%, während in den ersten Tagen des Erscheinens der Cholera die Sterblichkeitszahl 100% betrug. Bei der Behandlung der Kranken wirkten am besten Hypodermoklysmen und heisse Bäder, Morphium jedoch, als Einspritzung unter die Haut, brachte den Kranken nur Schaden. Das Fehlen einer Organisation zu bacteriologischen Untersuchungen zeigt sich als ein grosser und wichtiger Defect in der Ausübung des ärztlichen Programms der Bergbetriebsunternehmungen.

Discussion:

L. A. Tarassewitsch bemerkt betreffs der Heilwirkung der Sera, dass das Eingiessen einer physiologischen Lösung ohne Serum dieselben Resultate gibt wie die Eingiessung mit Serum.

Dr. I. S. Weger und Prov. Wyssokowitsch sprechen sich gegen die Behandlung mit Serum aus.

Dr. M. M. Gran bemerkt, dass die Schutzimpfungen nur bei culturellem Zustande, Organisiertheit und Erkenntnisfähigkeit der Arbeiterbevölkerung einige Bedeutung gewinnen.

Dr. W. J. Kannel meint, dass in der Frage über die Unterdrückung der Cholera die Aerzte unbedingt mit den Arbeitern fest zusammenhalten müssen, deren Vertreter zu den sanitären Organisationen auf den Fabriken gehören müssen, worüber der Congress sich aussprechen müsste.

F. I. Schaposchnikow (Delegierter der Gesellschaft von Handelsangestellten in Moskau) reichte eine Resolution ein, welche, von der Versammlung dem Verwaltungsbureau zur Erwägung übergeben, in folgender Form angenommen wurde:

«Der Kampf gegen Erkrankung und Sterblichkeit unter den Arbeitern, hervorgerufen durch die schweren Arbeitsbedingungen und die schlechte ökonomische Lage (welche Uebelstände den günstigsten Boden für die Verbreitung von Infectionskrankheiten, unter diesen auch der Cholera, geben) ist nur möglich bei einer Hebung des culturellen und ökonomischen Niveaus der Arbeitermassen bei einer Sicherstellung der Selbsttätigkeit der breiten Schichten dieser Klasse».

Indem der Congress die zwangsweise durchgeführte Verbesserung der sanitären Verhältnisse der Städte als dem Zwecke nicht entsprechend von sich weist, findet er, dass nur eine ausgedehnte Mitwirkung der allgemeinen städtischen und landschaftlichen Selbstverwaltungen die Möglichkeit gibt, einen rationellen und planmässigen Kampf mit den Infectionskrankheiten, und damit auch mit der Cholera zu führen. Es sei durchaus notwendig, die Vertreter der professionellen Arbeiterorganisationen zur Teilname an den städtischen Sanitätscommissionen zwecks Ausdehnung der Functionen der letzteren heranzuziehen und sie auch an der sanitären Aufsicht auf den Fabriken als vollberechtigte Mitglieder teilnehmen zu lassen. Als prophylaktische Massregel im Kampfe gegen die Cholera auf Fabriken empfiehlt der Congress die Schutzimpfungen».

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie hat eine besondere Commission ernannt zur Durchsicht der bestehenden Prüfungsordnung auf den Grad eines Doctors der Medicin. Vorsitzender der Commission ist Prof. G. Rein, Mitglieder—die Professoren Albizky, Kossorotow, Sirotinin und Ssubotin.

— Während der Beratungen über das Budget des Ministeriums der Volksaufklärung in der Reichsduma machte der Deputierte Brackmann auf den traurigen Zustand der medicinischen Facultät der Universität in Jurjew (Dorpat) aufmerksam. Er wies darauf hin, dass eine Reihe von Kliniken vollständig fehle, dass ein Raummangel herrsche und vieles, wie Gas, Spiritus, Geschirr garnicht vorhanden wäre. Wissenszweige, die in der Militär-Medicinischen Akademie von 6 Professoren vorgetragen werden, seien in Jurjew auf 1 Professor und 1 Privatdocenten verteilt. Das Gehalt der Professoren und Docenten sei in den meisten Fällen ein kümmerliches. Der Ministergehilfe Uljanow erwiderte hierauf, dass das Ministerium sich eben mit der Frage der Aufbesserung der Universität Jurjew befasse und für den Umbau und die Erweiterung der Gebäude, was insgesamt 5 Mill. Rbl. kosten würde, bereits für das Jahr 1910 1 Million Rbl. ins Budget aufnehmen wolle.

— Das Ministerium des Innern hat seine Einwillung zur Einberufung des V. internationalen Congresses für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten im September 1910 in St. Petersburg gegeben.

— Beim Medicinalrat ist eine Commission unter dem Vorsitz des Obermedicinalinspectors Dr. Malinowski gebildet worden, die sich mit der Frage über die mittlere und höhere Bildung der Pharmaceuten befassen soll. Zu den Beratungen sollen auch Vertreter der Pharmaceutischen Gesellschaften und der Militär- und Marinepharmaceuten hinzugezogen werden.

— Die Jahresversammlung der Gesellschaft für Ferienkolonien für Zöglinge der St. Petersburger Mittelschulen fand am 10. Mai im Hause der Gräfin N. F. Karlowa unter dem Präsidium des Herzogs Michael Georgiewitsch von Mecklenburg-Strelitz statt. Unter den Anwesenden befanden sich die Mitglieder des Comitees der Gesellschaft Dr. K. A. Rauchfuss, die Doctorin A. F. Kernig, Prof. Russow, das unterstützende Mitglied der Gesellschaft Gustav Heyse u. a. Wie dem Jahresbericht zu entnehmen ist, fanden im vorigen Sommer in der Oranienbaumschen Feriencolonie 60 Mädchen und in der zu Lewaschowo 38 Mädchen Aufnahme, während in der Ferienkolonie zu Ssestrorezk im Sommer 120 Knaben und im Winter 36 Knaben Erholung gefunden hatten. Für den Unterhalt der genannten Feriencolonien wurden 18815 Rbl. verausgabt.

— Die Jahresversammlung der Gesellschaft zur Fürsorge für Tuberculöse fand am 10. Mai unter dem Vorsitz von Dr. Weber aus Jalta statt. Im verflossenen Jahre wurde in der Heilanstalt der Gesellschaft in 3102 Fällen Tuberculösen ärztlicher Rat erteilt; der grösste Teil der Patienten stand im Alter von 26 bis zu 30 Jahren, ihrer Beschäftigung nach gehörten die Kranken zu-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meist dem Handwerker- und Arbeiterstande an. Die 29 Curatorinnen der Gesellschaft machten vom 1. Januar bis zum 1. November vorigen Jahres 1600 Hausbesuche bei Lungenkranken, wobei sie in vielen Fällen äusserster Armut, erschwert durch das letzte Stadium der Schwindsucht, begegneten. Von den 1710 Rbl., die das Curatorium verausgabte, entfielen 1152 Rbl. auf die Anschaffung von Milch für die Kranken. In das von der Familie Weber der Gesellschaft in Terijoki geschenkte Sanatorium sollen in diesem Jahre 19 Mädchen und 11 Knaben mit den ersten Symptomen der Schwindsucht aufgenommen werden. Das Sanatorium für tuberculöse Kinder wird auf den Namen des verstorbenen Karl Weber gegründet. Es wurde beschlossen, die Gesellschaft in «Petersburger Gesellschaft zum Kampfe gegen die Tuberculose» umzubenennen.

— Die Directorwahl im Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna hat am 9. Mai stattgefunden. Der bisherige Director Prof. Tiling erhielt 7, Prof. Afanassjew 11 Stimmen. Letzterer ist somit gewählt.

— Unser berühmte Landsmann, der Director des Pasteur-Institute in Paris, Prof. J. J. Metschnikow, ist hier vor einigen Tagen aus Stockholm eingetroffen, wo er nach der Zuerkennung des Nobel-Preises einige Vorlesungen gehalten hatte. In Petersburg gedenkt sich der Gelehrte ungefähr anderthalb Wochen aufzuhalten. Am 10. Mai besuchte er das städtische Bacteriologische Laboratorium und liess sich dort durch den Präsidenten der Sanitätscommission Dr. W. O. Hubert und das Stadthaupt eingehend Bericht über den Verlauf der Choleraepidemie und die Massnahmen zum Kampf gegen sie erstatten. Am 14. Mai hielt Prof. Metschnikow um 8 Uhr abends im Saale der Adelsversammlung in der vereinigten Sitzung aller Aerztevereine der Residenz einen Vortrag.

— Nach den Angaben des Epidemiologischen Bureaus bot die Cholerabewegung von 12 Uhr mittags des 10. Mai bis 12 Uhr mittags des 11. Mai folgendes Bild: erkrankt (wie in den letzten 4 Tagen) und gestorben niemand, genesen 2 Personen; verblieben in Behandlung 10 Personen.

— In der letzten Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte, am 12. Mai, konnte die endgültige Beschlussfassung betreffs der Veränderung der Vereinsstatuten nicht stattfinden, weil die Mitglieder nicht in genügender Anzahl erschienen waren. Deshalb wurde die endgültige Beratung der Statuten auf den 13. October verlegt. Wir wollen hoffen, dass an diesem Tage die Herren Collegen recht vollzählig erscheinen werden.

— Moskau. Die Gründer der Höheren Medicinischen Curse für Frauen, der Privatdocent P. G. Natkewitsch und Dr. A. L. Jsatschek, erhielten vom Unterrichtsminister die Mitteilung, dass er die Eröffnung der Kurse nach dem Lehrplane der medicinischen Facultäten der Universitäten gestatte. Die Vorlesungen sollen im nächsten Herbst eröffnet werden. Im ersten Lehrjahre können nur in den ersten Cursus Zuhörerinnen aufgenommen werden. Aspirantinnen haben ein Zeugnis über die Absolvierung eines siebenklassigen Mädchengymnasiums und über die bestandene Ergänzungsprüfung in der lateinischen Sprache beizubringen. Das letztgenannte Zeugnis kann im Laufe der beiden ersten Studienjahre beigebracht werden.

— Am 27. December d. J. findet in St. Petersburg der dritte Congress russischer Psychiater statt. Präsident des Organisationscomitees ist Prof. W. Bechterew, Secretäre: Dr. Dr. Dobrogaew und Ostankow.

— In Breslau fand am 27. Mai (n. St.) die feierliche Enthüllung des Denkmals für den am 14. Juni 1905 verstorbenen Professor der Chirurgie Joh. v. Mikulicz-Radecki vor der Kgl. chirurgischen Klinik statt.

— Ende Juli d. J. findet die Jubelfeier des 500-jährigen Bestehens der Universität Leipzig statt.

— Prof. Krause-Jena ist zum a. o. Professor und Director der Poliklinik in Bonn ernannt; der o. Professor an der deutschen Universität in Prag, Dr. R. Fick — zum o. Professor der Anatomie an der Universität in Innsbruck; der Privatdocent Dr. Reichenbach in Breslau — zum a. o. Professor der Hygiene in Bonn.

— Verbreitung der Cholera. Vom 28. März bis zum 3. April starben in Calcutta 129 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. Vom 31. März bis zum 8. April erkrankten in Britisch-Ostindien 13781 Personen, starben 10719. In Honkong wurden vom 7. bis zum 20. März 5 Erkrankungen und 6 Todesfälle registriert. In Aegypten wurden vom 24. bis zum 30. April 10 Erkrankungen und 6 Todesfälle constatiert. Auf der Insel Terceira (Portugal) erkrankten im Februar 21 Personen, starben 7, im März erkrankten 4, starben 3; seit dem 11. März wurden keine weiteren Erkrankungen beobachtet.

— Bad Nauheim. Die Saison wurde zum ersten Male seit dem langjährigen Bestehen des Bades am 16. April durch ein Concert der Grossherzoglichen Curcapelle (Leipziger Philharmonisches Orchester) unter Leitung von H. Winderstein, statt wie früher am 1. Mai, officiell eröffnet. Dass die Grossherzogliche Curverwaltung hiermit einem grossen Bedürfnis entsprochen hat, zeigte die hohe Zahl der bereits in den Hotels und Privathäusern eingetroffenen Curgäste, unter denen das Ausland stark vertreten ist. Nach dem ausserordentlich langen Winter, der die Bautätigkeit und die Arbeit im Freien stark beeinträchtigte, wurde mit Riesenanstrengung geschafft, um Badehäuser, Park und Curhaus in allen Einzelheiten, wie sie dem Betriebe eines Weltbades entsprechen, fertig zu stellen. Unter den vielen modernen technischen Neuerungen im Curbetrieb ist als ganz besondere Annehmlichkeit die Erhöhung des hinteren westlichen unter der Glasveranda befindlichen Teiles der Terrasse zu erwähnen, wodurch es den dort sitzenden Curgästen ermöglicht ist, alle auf der Terrasse und im Park stattfindenden Veranstaltungen, Feuerwerke, Beleuchtungen u. s. w. bequem beobachten zu können, ohne durch die davorsitzenden Zuschauer gehindert zu sein. Die Eröffnung des neuen monumentalen Concerthauses findet im Mai statt.

— Nekrolog: Gestorben sind: 1) Am 4. Februar im Gouv. Mogilew Dr. S. P. Doroschenko, geb. 1861, Arzt seit 1888. 2) Am 28. April in Kiew der Privatdocent für Chirurgie an der Universität, Dr. P. E. Katschkowski, geb. 1863, Arzt seit 1890. 3) Am 28. April in Wilna Dr. A. W. Olkin am Flecktyphus, geb. 1881, Arzt seit 1907. 4) Am 1. Mai in Nishni-Nowgorod der Oberarzt des örtlichen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. J. A. Kunzewitsch, geb. 1851, Arzt seit 1879. 5) Am 3. Mai in Zarskoje Sselo Dr. N. A. Schewelew, geb. 1836, Arzt seit 1863. 6) In St. Petersburg am 5. Mai Dr. S. O. Grusenberg, geb. 1855, Arzt seit 1883. 7) Am 7. Mai in Berlin der frühere Präsident der Sanitätscommission in St. Petersburg Geheimrat Dr. A. N. Oppenheim, geb. 1843, Arzt seit 1868. 8) In München am 12. Mai der frühere Director der Universitätskinderklinik, Prof. Dr. H. v. Ranke.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. sept 1909.

Am Dienstag, den 13. October findet die endgültige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts statt.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

E. Scipiades: Ueber die Behandlung der Geburten bei engen Becken. S. Karger. Berlin. 1909.

M. Schmidt und E. Meyer: Die Krankheiten der oberen Luftwege. J. Springer. Berlin. 1909.

Vogl: Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württenberg, Bayern und Oesterreich und die Wehrfähigkeit der Jugend. J. F. Lehmann. München. 1909.

M. Meyer: Die Verwässerung des Organismus und ihre schädlichen Folgen für die Gesundheit. Otto Gmelin. München. 1909.

J. Boysen: Ueber die Structur und die Pathogenese der Gallensteine. S. Karger. Berlin. 1909.

A. Theilhaber: Blutungen und Ausfluss aus dem Uterus. Ihre Ursachen und Behandlung. E. Reinhardt. München. 1909.

A. Blau: Ueber die Entstehung und Verbreitung der Tuberculose im weiblichen Genitaltracte. S. Karger. Berlin. 1909.

Н. Березнеговскій: О пересадкѣ мочеточниковъ. Томскъ. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Dr. E. Blessig, Dr. O. Brehm, Dr. X. Dombrowski, Dr. J. Dsirne, Dr. C. Frankenhäuser,
Riga. St. Petersburg. Libau. St. Petersburg. Moskau. St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Dr. H. Hildebrand, Dr. W. Kernig, Dr. P. Klemm, Prof. O. v. Petersen, Dr. O. v. Schiemann,
Riga. Mitau. St. Petersburg. Riga. St. Petersburg. Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Prof. G. Tiling, Dr. R. Wanach, Dr. H. Westphalen, Dr. C. Wiedemann, Dr. R. v. Wistinghausen,
Riga. St. Petersburg. St. Petersburg. St. Petersburg. St. Petersburg. Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel.
Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Dorpat. Riga.
Dr. Franz Dörbeck.
St. Petersburg.

№ 21 St. Petersburg, den 23. Mai (5. Juni) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Trauma und Lues cerebri.

Von

Eduard Schwarz — Riga.

Vortrag, gehalten im Verein practischer Aerzte zu Riga.

Zu heutiger Zeit, in der in Deutschland eine Revision der Reichsversicherungsordnung in Aussicht steht und wo ähnliche Gesetze auch in der russischen Reichsduma ausgearbeitet werden, dürfte auch der kleinste Beitrag, der wichtige Seiten dieser so überaus schwierigen Materie klären hilft, nicht unwillkommen sein.

Das Haupthindernis für eine objective Beurteilung der vorgebrachten Klagen und die gefundenen Abweichungen von der Norm bei Unfallverletzten, die Entschädigungsansprüche erheben, ist die mangelnde Kenntnis des Gesundheitszustandes des Verletzten vor dem Unfalll.

In der letzten Nummer der Deutsch. Med. Woch. (Nr. 19) hat Erich Schlesinger — Berlin diesem Uebelstande dadurch abhelfen wollen, dass er bald (im Durchschnitt nach 10 Tagen) nach dem Unfall eine genaue Untersuchung vornahm. Er hat 100 Unfallverletzte der Norddeutschen Textil-Berufsgenossenschaft untersucht und bringt das interessante Resultat, dass von diesen 100 Untersuchten nur 22 keinerlei pathologische Befunde darboten; die gefundenen pathologischen Erscheinungen hatten keine Beziehung zum Trauma. E. Schlesinger resumiert: ein überraschend grosser Teil aller Unfallverletzten leidet an Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems, die bereits vor dem Unfall bestanden haben (P. 1.) und betont, in (P. 3.), dass es unerlässlich sei, jeden Verletzten sofort nach dem Eintreffen der Unfallsanzeige zu untersuchen.

Meine Erfahrungen bestätigen diese Feststellungen durchaus; aber wie oft ist der Gutachter in der Lage, bald nach dem Unfall zu untersuchen?

Es gibt ausserdem Fälle, wo eine solche Untersuchung bald oder gleich nach dem Unfall dem Gutachter nichts an die Hand gibt, ob die gefundenen Symptome auf das Trauma zu beziehen sind, oder ob sie schon vor dem Trauma vorhanden waren.

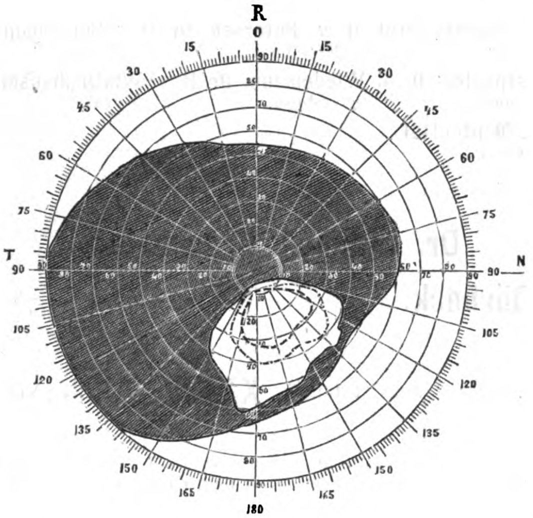
Im Gegenteil! das Symptomenbild kann ein derartiges sein, dass es direct für das Trauma, als einzige und directe Ursache spricht, während eine genaue glaubwürdige Anamnese einen anderen Zusammenhang aufdeckt. Für solche Fälle ist folgende Beobachtung ein gutes Beispiel.

Am 8 Januar 1909 liess sich der Karl E., 26 Jahre alt, aus P. ins Krankenhaus aufnehmen. Er gab an, am 26. December 1908 im Treppenhaus eines Vereinslocals in P., an der Barriere der Treppe stehend, über diese aus dem 2. Stock in den ersten gefallen zu sein. Nach Aussage seiner Umgebung habe er nach dem Fall 3 Tage bewusstlos in einer Privatklinik in P. gelegen; sei dann für kurze Zeit erwacht, um wieder das Bewusstsein zu verlieren; auf wie lange wisse er nicht, er könne sich überhaupt an die Zeit nach dem Fall schwer erinnern; aus Mund und Ohren soll blutiger Ausfluss stattgehabt haben. Zum Bewusstsein sei er am Sylvestertage gekommen, aber erst in den ersten Tagen des Januar sei das Gedächtnis voll wiedergekehrt. An der rechten Schläfe habe er durch den Sturz eine Wunde davongetragen, die jetzt verheilt sei, und in der Tat sehen Sie, m. H., an der rechten Schläfe, am Orbitalrande, aussen eine Narbe jüngeren Datums.

Der Kranke klagte über sehr heftige Kopfschmerzen und war schlafsüchtig. Bei jeder Visite fand ich ihn schlafend; er schlief fast den ganzen Tag. Abends war er für einige Stunden wach; die Kopfschmerzen waren aber ärger und erst spät abends konnte er wieder schlafen. Ausser der Narbe am rechten Orbitalrande und einer Druckempfindlichkeit des Jochbeins am unteren Orbitalrande, fanden sich äusserlich keine Krankheitserscheinungen, keine Drüse, keine Narben, keine Suggilationen; die inneren Organe zeigten keinen pathologischen Befund. — Ausser den Kopfschmerzen und der Schlafsucht zeigt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine genauere Untersuchung des Centralnervensystems keine R-M.symptome: Gang, Kraft, Blase, Mastdarm, Kniephänomen vollkommen. Und auch an den cerebralen Nerven keine Abweichungen. Psychisch ist Pat. klar und urteilskräftig, gibt prompte Antworten, die sich voll bestätigen lassen; seine Intelligenz ist über Mittelmass. Speciell ist der Geruch rechts und links gut. Er ist aber auf dem rechten Auge blind; er sieht nur noch Finger nach innen unten, keine Buchstaben, auch grössere nicht; eine G. F. Prüfung ergab dieses: G. F. cf. Schema: in dem excentrischen Sector erkennt Pat.



auch Farben und zwar recht gut, das G. F. für diese ist nicht sehr viel enger als für weiss; ophthalmoskopisch war bei der Aufnahme und in der ersten Zeit der Beobachtung nichts wesentlich Pathologisches zu sehen, speciell die Pupille war nicht atrophisch, die Gefässe waren etwas stärker gefüllt als links; diese Ueberfüllung der Blutgefässe ging bald zurück. Am 26 Januar und 5. Februar ist notirt, dass die temp. Hälfte der Papille vielleicht etwas schmutziger, grauer aussehe als links, es war aber noch keine Atrophie zu sehen, erst am 9. Februar ist die Atrophie da und zwar ist die ganze Sehnervenscheibe gleichmässig hell und atrophisch.

Die Pupillenreaction auf Licht war anfangs und während der ganzen Beobachtungszeit eine äusserst charakteristische und lässt uns den Sitz der Störung mit grosser Bestimmtheit erkennen. Am rechten Auge reagiert die Pupille auf Licht direct nicht, consensuell vom linken Auge aus aber gut und prompt; und umgekehrt reagiert die Pupille des sonst gesunden linken Auges, das äusserst scharfsichtig ist, mehr wie Sehschärfe 1. sieht, und ein vollkommen normales G.-F. aufweist, auf Licht direct prompt, consensuell vom rechten Auge aus aber nicht. Dieses interessante Phänomen beweist uns, dass die Leitung im rechten nerv. opticus aufgehoben ist, und dass der Grund für die Blindheit des Auges im Nervus opticus selbst zu suchen ist, und solches konnten wir mit Hilfe dieser Zeichen auch schon sagen, ehe die Atrophie des Sehnervenkopfes sichtbar wurde; letztere bestätigte diese Behauptung am 9. Februar. Pat. schielt mit dem rechten Auge etwas; dieses Schielen ist mit der Blindheit des Auges in Zusammenhang zu bringen, er sieht central nichts; convergieren kann er aber gut, auch sind alle Augenbewegungen frei und prompt und bei der Convergenz tritt eine prompte Pupillenreaction sowohl auf dem rechten als dem linken Auge ein. Somit dürfen wir schliessen, dass der rechte Nerv. oculomotorius intact ist. Ich habe versucht, von dem sehenden Sector aus eine Pupillenreaction zu erhalten, bei Beleuchtung von unten innen traten auch Contractionen der Pupille ein, doch wenn man gleichzeitig auch das linke Auge beobachtete, so traten auch hier durch unwillkürliches Fixieren Pupillenbewegungen ein; eine einwandsfreie Pupillenreaction war somit vom sehenden Teil des rechten G. F. nicht zu erzielen. Will man die Atrophie des Nerv. opt. als alleinige Folge des Falles auf den Kopf ansehen, so wäre hier die Atrophie 6 Wochen (45 Tage) nach dem Trauma erst sichtbar geworden, ein später Termin! Die Atrophie der Pupille tritt verschieden spät nach der traumatischen Läsion des Sehnervenstammes auf. Wilbrandt und Sänger geben auf pag. 779 die Angaben der Autoren. Leber und Deutschmann sahen eine Verfärbung der Papillen schon nach 14 Tagen, ebenso Peretts; Warren Tay nach 18 Tagen, die Autoren selbst nach 27 Tagen, nach 3 und nach 4 Wochen, van Nes nach 4 Wochen volle Atrophie, Nieden nach 6 Wochen Verfärbung, nach 10 Wochen vollständige Atrophie.

Es liegt also eine Erkrankung des rechten Sehnerven vor, die sich dem Arzt präsentiert, nach einem Trauma, das auch das rechte Auge betroffen hat und noch eine Narbe und Reste einer Fractur des Jochbeins an diesem Auge hinterlassen hat. Falls die Angaben richtig sind — und wir haben keinen Grund, an denselben zu zweifeln — so hat dieses Trauma eine Basisfractur gezeitigt, die blutigen Ausfluss aus Nase und Ohr verursachte. Es liegt somit sehr nahe, an einen ursächlichen Zusammenhang dieser Fractur und der Erblindung zu denken. Die Symptome, die Pat. in der ersten Zeit seines Krankenhausaufenthaltes darbot, sind freilich für traumatische Zustände nicht ganz charakteristisch, die Schlafsucht und die starken Kopfschmerzen passen nicht für das gewöhnliche Bild. Pat. gibt an, in seinem früheren Leben ganz gesund gewesen zu sein, freilich 1902 ein Ulcus durum gehabt zu haben; er sei mit einer Innunctionscur von circa 6 Touren behandelt worden, später seien keinerlei Erscheinungen aufgetreten und habe er auch keine Curen mehr gebraucht. Mit dieser Angabe ist die Aufgabe gegeben, die Frage zu beantworten, ob die Affection des Sehnerven und des Cerebrums nicht luetischer Natur sei. Die neuen Hilfsmittel, die uns durch die geniale Erfindung Quinkes an die Hand gegeben sind, versagen aber, im Liquor cerebrosp. ist keine Pleocytose vorhanden und das sehr empfindliche Reagens von Nonne-Apelt, das bisher bei allen Fällen von hereditärer Lues und fast allen Fällen von prog. Paralyse und Tabes in 96 pCt. von Lues cerebrospinalis positiv gefunden worden ist, giebt keine Resultate. Wieder einige Erscheinungen, die zu Gunsten des Traumas sprechen. Ausserdem ist zu betonen, dass der Liquor vollkommen frei und wasserklar war, nicht gelblich verfärbt. Die Punction wurde am 8. Januar 1909 gemacht, 14 Tage nach dem Trauma! Ich habe 14 Tage nach dem Trauma, wenn dieses Blut in den Arachnoidalraum getreten war, meist noch eine gelbe Verfärbung gefunden; in einem Fall — 11 Tage nach dem Trauma — war die gelbe Färbung so gering, dass sie hätte übersehen werden können. Es könnte sogar bei diesen negativ ausgefallenen Prüfungen die Frage auftauchen, hat der Mann überhaupt Lues gehabt? Denn wir wissen durch Merzbacher, Nissel und Apelt, dass in 40 pCt. von secundärer Lues ohne Erscheinungen am Centralnervensystem schon Lymphocytose gefunden wird. Nun, wir waren in der Lage, das Blut des Kranken zu prüfen; im path. Institut hat Herr Dr. Eliasberg die Wassermannsche Reaction im Blut positiv gefunden; das beweist aber nur, dass sein damaliges Ulcus höchst wahrscheinlich, ja beinahe sicher,

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ein Durum war. In Afrika ist Pat. nicht gewesen, und Scharlach hat er kürzlich auch nicht gehabt und nur in dem kleineren Teil der Fälle findet man nach überstandener Lues die Wassermannsche Rc. negativ. Spricht somit die Wassermannsche Rc. auch für Lues überhaupt, so ist die fehlende Lymphocytose und die fehlende Vermehrung der Globuline im Liquor doch sehr wichtig und spricht viel energischer gegen eine cerebrale Lues; in 83 pCt. der Fälle von cerebrosp. Lues hat man Pleocytose gefunden und nur in 17 pCt. fehlte sie. — Also gewichtige Argumente gegen eine Hirnlues, aber keine beweisenden! Im Gegenteil, die fehlenden Reactionen zeigen nur, wie wenig wir von ihnen Hilfe zu erwarten haben, wenn sie negativ ausfallen. Berücksichtigen wir ferner die Erfahrungen, die wir über plötzliche Erblindung nach Einwirkung von stumpfer Gewalt auf den Schädel, bei Schädelfracturen besitzen, und die Wilbrandt und Saenger in ihrem grossartigen Werke „Neurologie des Auges“, Bd. 3, II, S. 715—862, zusammen gestellt haben, so werden wir erst recht geneigt sein, eine traumatische Läsion des Nerv. opt. als Ursache für die Erblindung des Auges anzunehmen. Dass in unserem Fall es sich um eine Schädelfractur gehandelt habe, dürfte höchst wahrscheinlich sein. Die Aussagen des Pat. über dieselben waren prompt und klar; später noch mehr. — Nach Einwirkung von stumpfer Gewalt auf den Schädel sind in einer grösseren Anzahl von Fällen plötzliche einseitige und doppelseitige Erblindungen beobachtet worden: durch Abreissen des Nervus opticus, durch teilweises Zerreissen des Nerven, durch Eintreiben von Knochensplittern in den Nerven (von Wahl), durch Blutungen in die Duralscheide, den Arachnoidalraum etc. Auch nach Traumen, die kein Coma erzeugten, sind plötzliche Erblindungen beobachtet worden, die nur durch Fracturen des Canalis opt. zu erklären waren; 3 Fälle teilen die Autoren aus ihrer Praxis mit, von denen der eine ein ähnliches G.-F. zeigte wie der meinige, nur dass der übrig gebliebene Teil des G. F., der noch sah, im oberen äusseren Teil des G. F. lag. Diese Erfahrungen sprechen erst recht für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Blindheit des rechten Auges. Für die Diagnose einer Erblindung eines Auges, die man auf das stattgehabte Trauma beziehen will, sind aber zwei Momente notwendig: das plötzliche und gleichzeitige Einsetzen der Sehstörung nach dem Trauma. Und diese beiden Erfordernisse für die Diagnose fehlen in unserem Fall.

Der Kranke gab an: vor seinem Fall schon Kopfschmerzen gehabt zu haben; er gab an: vor dem Fall durch einen Schwindel ergriffen worden zu sein und, durch diesen veranlasst, gefallen zu sein; er gab an: schon lange vor dem Fall, schon seit dem Herbst 1908, an den Augen gelitten zu haben; weil er nicht gut habe sehen können, habe er verschiedene Brillen versucht, eine dunkle Schutzbrille habe ihm noch die besten Dienste geleistet. Er fiel also weil er krank war! und wurde nicht krank erst durch den Fall! Wie lägen aber die Verhältnisse, wenn wir diese anamnestischen Angaben nicht hätten? Und wir haben ja nur allzu reichlich und oft die Erfahrung gemacht, dass es in der menschlichen Natur gewisser Gattung liegt, früher schon dagewesene Beschwerden auf ein erst später erlittenes Trauma zu beziehen und in causalen Zusammenhang zu bringen. Es ist dabei nicht immer böser Wille, die Leute haben weniger auf die Beschwerden geachtet, dabei gearbeitet; nun, da das Trauma, der „Unfall“ sie veranlasst, nicht zu arbeiten, kommen die Beschwerden ihnen klarer zum Bewusstsein; viele befleissigen sich auch einer „Gedächtnisschwäche“ und überreden sich selbst und veranlasst durch die Umgebung, die Beschwerden seien keine so schlimmen gewesen, sie hätten ja arbeiten können; erst das Trauma hätte sie hervorgerufen“! Hier lassen aber die stricten Angaben, dass Pat. an ähnlichen Erscheinungen, wie er sie nach dem Fall darbot, schon vor dem Unfall gelitten hat, das Trauma, den Fall auf den Kopf, für das Zustandekommen der Erkrankung des Sehnerven in den Hintergrund treten.

Ob das Trauma eine Verschlimmerung des Leidens zustande gebracht, lässt sich nicht entscheiden, da eine Untersuchung der Augen vor dem Unfall nicht vorliegt. Es ist mehr wie wahrscheinlich, dass eine Erkrankung des rechten Sehnerven schon vor dem Trauma vorgelegen hat; durch das Trauma ist aber möglicherweise noch eine traumatische Läsion des schon erkrankten Nerv. opt. hinzugekommen. Diese Frage ist nicht zu entscheiden. Wir werden somit mit Sicherheit sagen können: Pat. war schon krank, ehe er fiel; er zog sich das Trauma infolge einer Krankheit, infolge eines Schwindels, den seine Erkrankung erzeugte, zu; vor dem Sturz hat wahrscheinlich schon eine Erkrankung des rechten Sehnerven vorgelegen, die möglicherweise durch die Schädelfractur verschlimmert wurde; der luetisch erkrankte Nerv mag noch teilweise durch das Trauma lädiert worden sein; dass aber noch Fasern des Nerven functionsfähig sind, zeigt das G. F.

Und wenn wir für diese Erkrankung des Nerv. opt. — vor dem Trauma — eine luetische Affection des Sehnerven und eine basale Lues cerebri annehmen, die die Kopfschmerzen und den Schwindel erzeugte, so gehört Pat. eben in die 17% der Fälle von Lues cerebri, bei denen eine Lymphocytose im Liquor vermisst wird und bei denen auch das Nonne-Apeltsche Reagens negativ ist.

Der Fall zeigt, dass wir leider noch keine für alle Fälle ausschlaggebende Reactionen haben, um eine sichere Diagnose auf Lues cerebri zu stellen, und wenn die Anamnese im Stich lässt, wenn keine glaubwürdigen Daten vorhanden, wir leicht zu falschen Schlüssen verführt werden können! Ohne die anamnestischen Daten wären wir nach dem Symptomenbilde allein voll berechtigt gewesen, die Erblindung des Auges ausschliesslich dem Trauma zur Last zu legen; eine folgenschwere Entscheidung, bei Entschädigungsansprüchen!!

Hier lagen keine vor; der Kranke war einzig und allein nach Riga gekommen, um gesund zu werden!!

Und wie liegen die Verhältnisse bei der Lues cerebri zur Erkrankung des Sehnerven? Die Erkrankung des rechten Nerv. opt. war das einzige Ausfallsymptom!! Uhthoffs Buch „Ueber die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen“, das 1894 erschien, „stellt den auch heute noch geltenden Standpunct dar“, neue Gesichtspuncte haben sich nicht ergeben“ (Nonne). Uhthoff hat in seinem Charité-Material nur 15% ganz frei von Augenstörungen gefunden; in 17 Sectionsfällen war der Nerv. opt. 14 Mal befallen und in seinen eigenen 100 Fällen von Lues cerebri war der Sehnerv 20 Mal allein befallen. Nach diesen Daten kann das alleinige Befallensein des rechten Sehnerven durchaus nicht wundern und kann kein ausschlaggebendes Moment zu Gunsten der traumatischen Entstehung geben. In den 150 aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Lues cerebri, fand Uhthoff 15 Mal Stauungspapille, 7 Mal Neuritis opt., 10 Mal einfache Atrophie; in seinen eigenen 100 klinischen Fällen, sah er 4 Mal doppelseitige Stauungspapille, 8 Mal Neuritis opt., 1 Mal atrophische Verfärbung; in seinen Sectionsfällen sah er im ersten Fall: 1) Perineuritis mit zelliger Infiltration der Optici, Wucherung und Neubildung von Gefässen in der Opticus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheide, Zellwucherung in den Scheiden der Gefässe selbst und ins Innere des Sehnerven vordringend; im 2-ten Fall: primäre gummöse Neuritis beider optici und specifische Erkrankung der Gefässe beider optici; im 3-ten Fall; Neuritis und Perineuritis, teilweise Umwandlung der Optici in eine eigentlich gummöse Masse; im 4-ten Fall war die Erkrankung der optici eine Teilerscheinung einer gummösen Encephalomeningitis beider Stirnlappen; im letzten und 5-ten Fall war die chronisch-entzündliche Affection der Opticusscheide eine Teil-Erscheinung einer diffusen syphilitischen Cerebrospinal-Meningitis mit und ohne circumscripte Gummabildung (Nonne).

Wir haben somit an ähnliche Processe als schon im Herbst und vor dem Fall vorhanden zu denken. Der Fall kann die schon erkrankten Fasern zum Teil zerrissen und geschädigt haben; eine vollständige Trennung ist aber nicht zustande gekommen.

Einiges über den Zusammenhang zwischen Trauma und Lues cerebri wäre noch von Interesse; dem vorzüglichen und jedem Practiker warm zu empfehlende Werk von Dr. Max Nonne-Hamburg (Eppendorff) entnehme ich fernerhin auch hierüber Folgendes: Nonne (pag. 26) referiert über 2 Fälle, die besonders charakteristisch sind, 1) eine junge Frau, vom Mann inficiert, stürzt 2 Jahre post infect. von einer Leiter; eine Stunde Coma, 6 Wochen nachher Tumor-cerebri-Symptome, die als Sitz auf das untere Drittel der vorderen Centralwindung hinwiesen. Anti-luetische Therapie ohne Erfolg. Probetrepanation deckt einen gummosen Tumor auf. 2) Ein Hafenarbeiter fällt, 30 Jahr nach luetischer Infection in den Schiffsraum, schwere Commotio cerebri, in Anschluss (ob direct nicht speciell betont) an diese das Bild einer progredienten raumbeengenden basalen Erkrankung. Section: basale Meningitis gummosa, die in Gestalt tumorartig gewucherter Massen bis in die Gegend der grossen Ganglien fortgewachsen war. Ueber den Zustand vor dem Sturz fehlen die anamnestischen Daten, es könnte sich in diesem letzten Fall ganz ähnlich verhalten haben, wie im hier referierten, und der Mann gefallen sein, weil er schon an seiner Lues cerebri leidend war! Die Wichtigkeit der Anamnese und die Schwierigkeiten, eine einwandsfreie Anamnese zu erhalten, erscheint durch diese Dinge in besonders grellem Licht.

Für einen ursächlichen Zusammenhang von Trauma und Lues cerebri sind von Alters her die Autoren eingetreten: Lallewand, Welks, Wagener, Heubner, Fournier, später Gerhard, Tarnowski, Hjelmann, Laehr u. A., 1902 Henneberg an der Hand eines auch anatomisch untersuchten Falles. 1905 hat E. Meyer diese Frage behandelt. Nonne betont aber, dass nach seinen Erfahrungen der Einfluss des Traumas nicht überschätzt werden dürfe. Denn unter den circa 150 mehr oder weniger schweren Kopfverletzungen, die er in der Begutachtungspraxis des Eppendorfer Krankenhauses als Obergutachter pro Jahr zu erledigen habe, befinde sich eine nicht kleine Anzahl von solchen, die früher Syphilis acquiriert hatten; er verfüge aber nur über 2 Fälle, in denen es nach dem Trauma zu Erscheinungen von Lues cerebri kam. Auch Bailey (Medical Record Vol. 61, pag. 991) kommt an der Hand seiner Erfahrungen zum Schluss, dass man zwar a priori die Möglichkeit der Schaffung eines locus minoris resistentiae durch das Trauma nicht leugnen könne, dass aber ausserordentlich selten die Hirnlues an ein Trauma sich anschliesse“ (Nonne).

Der demonstrierte Fall zeigt, dass das Trauma nicht Ursache, sondern Folge einer Hirnsyphilis; und in manchen Fällen, in denen sich die Erscheinungen unmittelbar oder sehr bald an die Folgeerscheinungen des Traumas anschlossen und man die in die Erscheinung getretene Hirnlues als Folge des Traumas angesehen hat, mag als Verhältnis ein umgekehrtes gewesen sein und der Unfall die Folge der schon vorhandenen Hirnlues gewesen sein! Treten nach dem Trauma sofort, in unmittelbarer Folge nach diesem, Erscheinungen von Hirnlues auf, so dass die Erscheinungen der „Commotio cerebri“ direct in die Symptome der Lues cerebri übergehen, von denselben nicht zu unterscheiden sind, so dürfte der Verdacht immer gerechtfertigt sein, dass die Lues cerebri schon vor dem Trauma vorhanden war.

Will man die Lues cerebri als durch das Trauma veranlasst ansehen, so ist ein freies oder relativ freies Intervall zwischen den Erscheinungen, die unmittelbar dem Trauma folgten und denen der Hirnlues erforderlich und sehr erklärlich, so wie es in der ersten Nonne-schen Beobachtung (Beob. 33) der Fall war, in dem die Patientin erst 6 Wochen nach dem Trauma „an den ersten Symptomen eines Hirntumors“ erkannte, der sich später als luetischer Natur erwies — und wie es 2) in den beiden Fällen (Beob. 63 und 64) aus der Unfallspraxis Nonnes der Fall war, in denen Intervalle von 14 Tagen und 3 Monaten angegeben sind.

Ich wiederhole: eine Hirnlues, deren Erscheinungen dem Trauma unmittelbar folgen, dürfte öfters Ursache und nicht Folge des Unfalls sein.

Zur Frage des Scharlachs.

Von

Benjamin Kaplan. — Murawjewo.

Nach neueren Mitteilungen Richters[1]) soll der Scharlach, wenn auch unter einem anderen Namen bereits der arabischen Schule, also vor ca. 1000 Jahren bekannt gewesen sein. Späterhin ist er im Mittelalter von einem italienischen Arzte (um 1550) erwähnt und vor ca. 250 Jahren von Sydenham deutlicher beschrieben worden.

Trotz des langen Zeitraums ist das klinische Bild des Scharlachs nicht vollständig gezeichnet, und wir stossen auf Eigentümlichkeiten, die in der Literatur mehr oder weniger vereinzelt dastehen.

Wohl kennt man seinen Beginn, seinen Verlauf und seine Complicationen; man weiss, dass er bald bösartig, ja tötlich auftritt, bald aber milde und sehr leicht erscheint. Dagegen ist der Erreger desselben bis heute unbekannt geblieben, der Ort der Affection, die Varietäten, die Launenhaftigkeit und die Disposition — das sind Alles Rätsel, die noch der Lösung harren.

Was nun den Scharlacherreger betrifft, so ist zu dessen Auffindung viel Mühe und Fleiss bis heute verwandt worden. Seitdem Baginsky[2]) die Constanz des Streptococcus in vielen wichtigen Organen des Scharlachkranken betonte, bis zur Entdeckung des Synanthozoon scarlatinae von Gamaleia[3]) sind wiederum gegen zehn Jahre verflossen. Was ist in diesem Zeitraum geschehen? Die äussersten Anhänger des Streptococcus legten ihm eine ursächliche Bedeutung bei, die gemässigteren erkannten zwar seine Bedeutung, wiesen ihm aber nur eine secundäre Rolle an, indem ihm durch die Verletzung des primären, unbekannten Erregers der

[1]) Berl. Kl. Wochenschrift 1908, pag. 1064.
[2]) Ibid. 1900.
[3]) Ibid. 1908, pag. 1795.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Boden fruchtbarer gemacht wurde. Und die Frucht dieses Studiums? Eine Unmasse von Streptococcensera die, teils specifisch, teils natürlich gegen die Secundärinfection helfen sollten.

In der russischen Schule, an deren Spitze Gabritschewsky steht, findet die Streptococcenlehre eine eifrige Verfechterin. Gabritschewsky [1]) kommt in seiner Arbeit über Streptococcenerytheme zu folgenden Schlussfolgerungen: I. Die Streptococcen sind imstande, bei septischen Infectionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen. IV. Die Tatsache, dass beim Menschen Streptococcenvaccine scharlachähnliche Erscheinungen macht, repräsentirt einen wesentlichen, entscheidenden Factor zu Gunsten einer Anerkennung des Streptococcus als specifischen Scharlacherregers und V. Dieses Factum bildet auch eine neue wissenschaftliche Basis für die Verwendung des Moserschen Serums und seiner Streptococcenvaccination nicht nur gegen die Complicationen, sondern auch gegen den Grundprocess beim Scharlach.

Abgesehen davon, dass nicht immer der Streptococcus gefunden wurde und sogar noch in sehr schweren Fällen (L. Hektoen [2]), hat z. B. W. Jaques [3]) einen dem Staphylococcus alb. ähnlichen Coccus für den specifischen Scharlacherreger mit derartiger Bestimmtheit anerkannt, dass er sagt, es gebe keinen Scharlach, auch wenn alle äusseren Erscheinungen dafür sprächen, falls sich benannter Coccus nicht findet. Paralell diesen Coccenforschungen gingen aber protistologische Untersuchungen, und Gamaleias Entdeckung, die sich übrigens auf frühere Forscher stützt, hat nun das Lager der Biologen geteilt: Hier Bacterien, da Protisten.

Wo siedelt sich der unbekannte Erreger zunächst an? Die Antwort scheint leicht gegeben zu sein, wenn man den Rachen beobachtet. Ich sage „scheint", denn die ab und an zu beobachtende Geringfügigkeit der Erscheinungen von Seiten des Rachens, ja das Fehlen sämtlicher Halserscheinungen bei ausgesprochenen sonstigen Merkmalen lässt sich kaum anders erklären als durch die Vermutung, der Scharlacherreger könne sich ebenso im Darmkanal ansetzen. Es will mir scheinen, als ob das gesamte lymphatische Gewebe des Körpers einen „locus minoris resistentiae" für das schädigende Agens bildet. Die sichtbare Rachenaffection bildet mitunter nur einen Teil des gesamten Processes. In der Tat sieht man gar nicht selten, wie Durchfälle, verbunden mit starken Auftreibungen des Leibes prävalieren. Gerade bei sehr schweren, schnell mit dem Tode endenden Fällen habe ich als Hauptsymptom ausserdem Ausschlage Durchfälle beobachtet. Die pathologische Anatomie zeigt gerade in letzteren Fällen, wie das gesamte Lymphsystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Ausserdem kann ich mir nur so die Möglichkeit der Infection des Darmes mit Milch erklären, wie sie von der englischen Schule gelehrt wird (Ekholm [4]).

Recht mannigfach zeichnet die Krankheit ihr äusseres Bild auf der Körperoberfläche. Beginnend mit dem kaum sicht- und fühlbaren Fleck bis zum mächtigen Pemphigus sind viele Variationen zu beobachten. Manche legen der äusseren, veränderten Form des Ausschlages (Urticaria, Pemphigus, Hämorrhagie) eine prognostisch ungünstige Bedeutung bei. In den von mir auch noch letzthin beobachteten Fällen habe ich zwar keine schweren Krankheitserscheinungen gesehen, bin aber überzeugt, dass diese schon äusserlich sichtbaren Abweichungen den Arzt zu doppelter Aufmerksamkeit auffordern.

Gesindewirtssohn, 18 a. n. erkrankt mit regelmässigem Scharlach, aber unzweifelhafter Rachendiphtheritis als Complication. Am zweiten Krankheitstage auf der Vorderfläche der Unterschenkel und den Fussrücken mehrere silberrubelgrosse Pemphigusblasen. Nach Diphtheritis-Heilserum reinigt sich schnell der Hals. Länger andauernde Complicationen von Seiten der Halslymphdrüsen. Genesung.

Mädchen S. 1³/₄ a. n. Am 3. Krankheitstage schiessen an der Streckseite der Unterarme, die diffus gerötet und mit kleinen Hämorrhagien bedeckt waren, Urticariaquaddeln auf, die sehr jucken, aber am dritten Tage verschwinden. Im späteren Verlauf ein Recidiv, worüber später.

Anders verhält es sich mit dem lividen Ausschlage, wobei die ganze Hautdecke eine graugelbe Verfärbung annimmt, auf der schwach schimmernde bläuliche Flecke sichtbar sind. Ich habe derartige Erscheinungen leider oft gleich zu Beginn oder vor dem Tode des kranken Kindes gesehen, und sie sind mir immer als äusseres Signal für das Versagen der Herztätigkeit erschienen.

Als ernstes Symptom ist, glaube ich, mitunter die abweichende Localisation des Ausschlages zu Beginn der Krankheit aufzufassen.

Mädchen H. 13 a. n. erkrankte mit einem Ausschlage zunächst des Gesässes und der Oberschenkel. Ich sah es in der dritten Krankheitswoche zum ersten Male. Schuppung. Starker Meteorismus, Vergrösserung des Leberrandes, Urin enthielt nur geringe Eiweissspuren, kein Blut. Plötzlicher Tod. Zwei Geschwister sollen vor einigen Tagen unter ähnlichen Erscheinungen erkrankt und gestorben sein.

Mädchen 3 a. n. wird mir vom Lande zugebracht, weil nachts erkrankt. Gesicht hochrot, Umgebung des Mundes frei, Hals, Oberkörper und Arme blass, Nates, Inguinalgegend, untere Extremitäten mit charakteristischem Exanthem. Weicher Gaumen blass, Mandeln und Rachen eher blass als gerötet. Je ein weisses Fleckchen im Winkel zwischen Uvula und Gaumenbogen. Delirien, Hände in stetiger Bewegung, greifen in die Luft, Magengegend und Leib ad maximum gespannt. Puls klein, beschleunigt, Temperatur 39,2. Trotz der schlechten Prognose. Genesung.

Von der Scarlatina levissima bis zur gravissima oder fulminans sind verschiedene Variationen des Verlaufes zu beobachten. Die Krankheit kann recht bösartig beginnen und doch mit Genesung enden, oder scheinbar leichte Fälle nehmen schliesslich ein schlimmes Ende. Manche Epidemieen neigen zu besonderen Nach- oder Begleitkrankheiten (starke Halsaffectionen, Otitiden und Nephritiden etc.). In der Landpraxis habe ich Darmerscheinungen, hauptsächlich starken Meteorismus besonders zu befürchten gehabt.

Eine seltenere Erscheinung im Verlaufe des Scharlachs bildet das Scharlachrecidiv, welches ich in der letzten Epidemie an zwei Schwestern beobachten konnte. Nach Analogie mit dem Typhusrecidiv z. B. beruht die Erscheinung nicht auf einer Neuinfection, sondern auf einer Mobilmachung der noch im Körper vorhandenen Krankheitserreger, wobei die nur schwach erworbene Immunität durchbrochen wird. Während manche Autoren es garnicht erwähnen (z. B. Bendix [1]), Romberg [2]), führen es andere (z. B. Strümpell [3]), Henoch [4]) als Seltenheit an. In der Literatur (Ferraris-Wyss [5]) wird eine familäre Disposition angenommen.

Das bereits erwähnte Mädchen S. erkrankt am typischen Scharlach: ihre um 2 Jahre ältere Schwester wird per Bahn sofort entfernt, erkrankt aber am folgenden Morgen mit allen Symptomen der Scarlatina. Der Krankheitsverlauf gestaltet sich bei der jüngeren Schwester als ein mittelleichter: Mandelbeläge, leichte Halsdrüsenschwellungen und mässiges Fieber begleiten die Krankheit. Am 10. Krankheitstage ausser Rötung im Rachen und mässig kleinen Halsdrüsen nichts zu bemerken. Die Schuppung ist im Gange. Plötzlich — am 12. Krankheitstage — Erbrechen, Halsschmerzen und erneutes Scharlachexanthem im Gesicht, auf Brust und Händen. Temperatur 39,1. Nach 2 Tagen ist das Exanthem verschwunden, die Temperatur 37,2, die Haut schuppt intensiv.

[1]) Ibid. 1907, pag. 556.
[2]) Wratschebnaja Gaseta. 1903, pag. 456.
[3]) Berl. Kl. Wochenschr. 1903, pag. 680.
[4]) Wratschebnaja Gaseta 1904, pag. 760.

[1]) Руководство по дѣтск. заболѣваніямъ, 1904.
[2]) Lehrbuch d. inneren Medicin von v. Mering.
[3]) Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie.
[4]) Kinderkrankheiten.
[5]) Münch. Medic. Wochenschrift, 1908, pag. 1298.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Allmählicher Uebergang. Unterdess macht die ältere Schwester ihre Krankheit recht leicht durch, sämtliche Erscheinungen von Seiten des Halses, Fieber gehen bald vorüber, und bei gutem Allgemeinbefinden geht die Schuppung vor sich. Da erkrankt sie am 21. Krankheitstage, nachdem sie den Abend vorher das erste Bad bekommen hatte, mit Fieber, Erbrechen, Halsschmerzen und charakteristischem Ausschlage im Gesicht, auf Brust und Extremitäten. Die Drüsen schwollen am Halse stärker an. Geringe Nephritis. Am 3. Tage schwinden sämtliche Erscheinungen, ausser der Nephritis. Es setzt eine starke Schuppung ein. Allmähliche Genesung.

Nur erwähnen möchte ich einen mir vollständig unerklärlichen Fall bei einem 14-jähriger Jungen K., der etwa 3 Wochen nach durchgemachtem Scharlach, nachdem er sich munter gefühlt und sogar das Haus verlassen hatte, plötzlich ins Bett fiel, erbrach, zu reden aufhörte und die Füsse nicht mehr bewegen konnte.

Als ich ihn am 26. XI. 08 — leider das erste und letzte Mal sah, fand ich: Temperatur 38,2, P. unregelmässig, gespannt, 80 in der Minute, Blick starr, Pupille erweitert, auf einfallendes Licht reactionslos, erwidert nicht auf Anrufe (Aphasie ?), Steifigkeit der Unterextremitäten, die im Knie gebeugt, sich schwer gradbiegen lassen (Kernigsches Symptom ?), Nadelstiche werden von den unteren Extremitäten nicht wahrgenommen, Urin konnte ich nicht erhalten. Blutigel hinter den Ohren sollen das Bewusstsein noch am selben Tage zurückgerufen haben und bei Jodkaligebrauch soll die Genesung recht bald eingetreten sein.

Handelt es sich hier nicht um eine Form der postscarlatinösen Lähmung? Alterationen von seiten des Nervensystems sind mir nicht allzuselten vorgekommen. Abgesehen von psychischen Erscheinungen, habe ich hier und da Klagen über Schmerzen in dem einen oder anderen Gelenke vernommen. Ferner wurde mir über ein unbestimmtes Gefühl von Taubsein oder Empfindlichkeit in den Fingern geklagt, ohne irgend welche wahrnehmbare Veränderungen. Ich kann keine Zahlen anführen, glaube aber behaupten zu können, dass Neuritiden nicht zu den gewöhnlichen Erscheinungen gehören, während z. B. Mayer [1]) sie in 76 Fällen von 100 gefunden hat.

Die Benignität resp. Malignität, kurz die Launenhaftigkeit des Scharlachs ist eine bekannte Tatsache. Jedem Landarzte sind leider Epidemien bekannt, wo die mörderische Krankheit mehrere Kinder derselben Familie tötet. Tiefgebeugt, fast irrsinnig vor Schmerz müssen die Eltern fünf Särge zugleich aufstellen! In einer Woche verstummt sämtlicher Kinderlaut, ist beängstigende Stille eingetreten, alle Freude gewichen!

In verschiedenen Rechenschaftsberichten schwankt die Mortalitätsziffer nicht unbedeutend. Segal [2]) fand in der Moskauer Gouv. Landschaft 14,8 pCt. Todesfälle, im Irkutskischen Hospital [3]) wurden 23,2 pCt. festgestellt, in einem Pariser Hospital [4]) nur 1,33 pCt. beobachtet. Ich beobachtete in der letzten Epidemie 2,6 pCt. Todesfälle (38 Fälle 1 Sterbefall), während in den benachbarten Landgemeinden und grösseren Städten die Krankheit um dieselbe Zeit viel mehr Opfer (ca. 30 pCt.) gefordert hat. Woran sterben die Scharlachkranken? Die Atria mortis, durch welche der Tod eintritt, sind im grossen und ganzen Herz und Lungen, Tot vom Herzen aus, synkopaler Tod, Tod von der Lunge aus, asphyktischer oder suffokatorischer Tod (Orth [5]). Ueber die anatomische Veränderung des Herzens gehen noch die Meinungen auseinander. Ohne die Literatur näher anzuführen, möchte ich bemerken, dass Romberg, gestützt auf 8 Sectionsbefunde des Herzens (Berkholz [6]) Myocarditis annimmt, während Dehio ähnliche Störungen bei anderen Erkrankungen als reizbare Herzschwäche auffasst (Myasthenia cordis von Schick [7]).

[1]) Russkij Wratsch 1902, pag. 1539.
[2]) Wratschebnaja Gaseta 1903, pag. 747.
[3]) Ibid. 1904, pag. 301.
[4]) Berl. Kl. Wochenschr. 1907, pag. 46. B. 7.
[5]) Berl. Kl. Wochenschrift 1908, pag. 486.
[6]) St. Petersburg. Medic. Wochenschr. 1909. pag. 83.
[7]) Berl. Kl. Wochenschr. 1907, pag. 1359.

Der Scharlach wird zu den Kinderkrankheiten gezählt, weil er gewöhnlich im kindlichen Alter erworben wird. Daraus folgt noch keineswegs, dass die Kinder eine grössere Empfänglichkeit zu dieser Krankheit hätten als Erwachsene. Wer nicht in der Kindheit scharlachkrank war, wird es, falls keine Immunität besteht, im späteren Alter, sobald nur die Möglichkeit der Infection gegeben ist. Nun wissen wir aber, dass das Menschengeschlecht für das Scharlachgift in geringerem Grade empfänglich ist, als z. B. für die Masern. Daraus folgert, dass die Widerstandsfähigkeit des Menschen gegen das Gift des Scharlachs eine energischere, bedeutendere sein muss. Bei vielen Menschen wird nun diese Widerstandsfähigkeit (Immunität) aufgehoben, es entsteht die Disposition. Disposition ist negative Immunität (v. Hansemann [1]). Am Krankenbette sehen wir, dass die Disposition zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene ist. Dasselbe Kind, welches mit seinen scharlacherkrankten Geschwistern in einem Bette schlief und sich nicht ansteckte, erkrankt später bei der geringsten Berührung am Scharlach. Mir wollte es manchmal scheinen, als ob vorhergegangene Influenza eine grössere Disposition zum Scharlach schafft. Jedenfalls spielen noch andere, meist unbekannte Ursachen mit, um die Disposition zur selben Zeit deutlicher hervortreten zu lassen. So lässt sich die Beobachtung verstehen, wie in manchen Epidemieen die Erkrankung Erwachsener eine recht häufige Erscheinung bildet. Ich beobachtete letzthin 21 pCt. Erkrankungen erwachsener Individuen bis zum 24. Lebensalter. Es musste überhaupt mit der alten Vorstellung im Volke gründlicher aufgeräumt werden, der Scharlach sei eine Kinderkrankheit. Speciell in unseren Gegenden, wo das Volk des Lesens unkundig ist, Aberglaube und elende, sociale Verhältnisse herrschen, könnte ein gesprochenes Wort in der Kirche viel zur Aufklärung beitragen. Die Mütter sollten wissen, dass auch sie erkranken können und den Krankheitskeim bei der nächsten Gelegenheit auf die übrigen Kinder zu übertragen imstande sind. Die Nachbarn sollten ihre unnützen Besuche möglichst einstellen, damit würden sie die Krankheitskeime entschieden weniger verschleppen und dem Kranken selbst das Bischen Luft in dem ungelüfteten, schmutzigen Zimmer nicht verderben.

Die Kindersterblichkeit hier zu Lande ist meiner Ansicht nach eine immense, und die Vorstellung von den kräftigen Landkindern gehört in das Märchen. Wohl hat das überlebende Kind, nachdem es den Kampf ums Dasein glücklich durchgekämpft hat, grosse Aussichten auf eine Weiterexistenz. Wie viele halten aber die Widerwärtigkeiten in den ersten Jahren aus? Unlust zum Stillen, Infectionskrankheiten, Uncultur, schlechte Verhältnisse, das Alles sind Bedingungen, unter denen die junge Generation vielfach untergeht. Hier lässt sich keine Initiative zur Vermeidung der Kindersterblichkeit von Seiten des Volkes erwarten; sie muss von höherer Instanz ausgehen. „Die junge Generation", sagt Gundobin [2]), ist unser zukünftiger Ruhm. Ehre und Entwickelung Russlands liegt in den Händen unserer Nachkommenschaft, und wenn es gelingen sollte, nur einige Kinder jährlich zu erhalten, so würde unsere Mühe ein unschätzbares Opfer zum Wohle des Vaterlandes bedeuten".

Was nun die Behandlung des Scharlachkranken betrifft, so habe ich mich stets bemüht, durch freundliches Zureden oder grobe Drohungen, so weit es anging, für eine Isolierung zu sorgen. Der nächsten Umgebung empfahl ich öftere Mundspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd, was fleissiger befolgt wurde als Händewaschungen. Die Kranken hielt ich ca. 3 Wochen bei ausschliesslicher Milchdiät (abwechselnd wurden auch Grützen, Weissbrot,

[1]) Die deutsche Klinik. Bd. I, pag. 668.
[2]) Wratschebnaja Gaseta, 1905, pag. 291.

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Früchte verordnet) im Bette. Hände und Gesicht mussten täglich gewaschen werden. Säuglingen gestattete ich die Brustnahrung, ohne schlimme Folgen für die Mutter gesehen zu haben. Intern verordnete ich stets Coffein und Dect. Cortic. chin. Symptomatisch erhielten grössere Kinder Gurgelungen mit

Rp.
H_2O_2 3 pCt. 100,0.
Ichthyol pur. 5,0 MDS. Zum Gurgeln.

Kleineren Kranken musste der Hals mehrmals täglich mit derselben Flüssigkeit, aber in der Verdünnung 1 : 1. vorsichtig mit Watte ausgewischt werden. Sämtliche Patienten bekamen zunächst eine Compresse aus Zimmerwasser mit Zusatz von Spiritus (ca. 20°) um den Hals. Waren die Halsdrüsen fühlbar oder gar vergrössert, dann brachte mir eine Salbe

Rp.
Kali jodati 5,0
Ichthyoli pur. 2,5
Axung. porci 50,0 MDS. Zum Einreiben.

vielen Nutzen, wobei der Spiritusgehalt der Compresse erhöht wurde (bis 60°). Gegen das häufige Juckgefühl habe ich zunächst die Nägel kurz beschneiden lassen und den Körper mit Vaselin bestrichen. Prophylactische Massnahmen gegen etwa zu erwartende Nierenentzündungen und Serumtherapie gegen den Scharlach habe ich nicht angewandt; habe auch vorläufig keine ermunternden Berichte darüber vernommen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Schürer v. Waldheim: Die percutane Entgiftung. Ein wirksames Heilverfahren gegen alle fieberhaften Krankheiten. Wien und Leipzig. Spielhagen u. Schurich. 1908. 170 Seiten.

Da gegenwärtig die physiologische und pathologische Individualität des Körpergewebes, den Organen gegenüber, immer mehr zur Geltung kommt, hat das vorliegende Buch mehr Aussicht auf wohlverdienten Erfolg in Fachkreisen, als ihm sonst eines tactischen Fehlers wegen zu Teil werden würde. Wer den Titel beachtet, braucht auf den Fehler nicht aufmerksam gemacht zu werden, denn, dass die Anpreisung einer Panacee, sei es auch nur gegen alle fieberhaften Krankheiten — tatsächlich zieht aber der Autor den Kreis viel breiter — das wertvolle Buch in den Augen Vieler discreditieren dürfte, bevor sie es noch gelesen, kann wohl als sicher gelten. Das wäre aber entschieden zu bedauern, denn abgesehen von dem Werte der historischen Bearbeitung eines so interessanten Themas, wie es die akademisch arg vernachlässigte Frage der Hautsecretion ist, bietet das Werk eine Fülle hochwichtiger, zum Teil eigener Beobachtungen und Reflexionen, welche zu therapeutischem Nachdenken anregen. Dass der Autor einigen bedeutenden Geistern, welche es zum grössten Teil auch nur einer fehlerhaften Taktik in ihrer publicistischen Tätigkeit verdanken, Spott und Verachtung der Fachgenossen geerntet zu haben, Gerechtigkeit widerfahren lässt und sich nicht scheut, anzuerkennen und zu verwerten, was anerkennenswert und wertvoll ist, muss zu den Vorzügen des Buches gerechnet werden. Ein gesunder, gemässigter Fanatismus, der den Verf. beseelt und offenbar auch die Ursache ist, dass manche ängstliche Rücksichten von ihm bei Seite gelassen werden, trägt dazu bei, die Lectüre anregend zu gestalten.

F. Holzinger.

Dr. med. Curt Jester Die Ursachen und die Verhütung der hohen Säuglings-Sterblichkeit und die Ernährung und Pflege des Säuglings. Ein volkstümlicher Vortrag. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Würzburg 1909. Preis M. 1.50.

Das vorliegende Büchlein, mit der Absicht geschrieben, auch dem nicht medicinisch gebildeten Publicum eine Aufklärung zu verschaffen über alles das, was notwendig ist, um das Kind rationell zu ernähren und aufzuziehen, erreicht vollständig seinen Zweck. Denn es ist dem Verf. durchaus gelungen, alle Puncte, die bei der schweren Säuglingsernährung in Frage kommen könnten, derartig zu besprechen, dass es dem Leser jedesmal und überall einleuchten muss, die einzig rationelle Ernährung bestehe im Stillen des Kindes durch die eigene Mutter. Dabei vertritt Verf. sehr energischer Weise — was in einem populären Vortrag nicht genug herausgestrichen werden kann — den Standpunct, dass es jeder Frau bei gutem Willen und etwas Geduld und Ausdauer zu Anfang auch möglich ist, ihr eigenes Kind zu stillen.

Der Verf. zieht auch zu Felde gegen verschiedene Unsitten, wie Fingerlutschen und Lutscher; auch mit der eminent schädlichen, leider jedoch noch weit verbreiteten Ansicht will Verf. endgiltig aufräumen, dass nämlich dem «Zahnen» alle möglichen Krankheitserscheinungen zugeschoben werden, die de facto nichts damit zu tun haben. So häufig werde dadurch ein rechtzeitiges ärztliches Eingreifen verpasst. Leider gibt es aber auch noch Aerzte genug, welche häufig geneigt sind, dem «Zahnen» zu viel Bedeutung nach pathologischer Richtung hin beizumessen, während doch dieser Process zu den physiologischen gezählt werden muss (Ref.).

Zum Schlusse gibt der Verf. den Müttern recht practische Winke, wie sie bei den einzelnen Krankheitssymptomen bis zum Eintreffen des Arztes zu verfahren haben. Es kann dem vorliegenden Büchlein nur eine weite Verbreitung unter dem gebildeten Publicum und namentlich den Müttern gewünscht werden.

Hecker.

Prof. Dr. A. Jurasz: Geschichte der Laryngologie an der Universität Heidelberg seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels bis zum 1. October 1908. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Würzburg. Preis M. 3.

In dieser kleinen, Freunden, Collegen und Schülern gewidmeten, Schrift schildert Verfasser den Entwickelungsgang der Laryngologie an der Heidelberger Universität vom Beginn der laryngoskopischen Aera bis zu seinem Rücktritt von der Heidelberger Hochschule und Berufung nach Lemberg. 36 Jahre stand Prof. Jurasz im Dienste der Laryngologie an der Heidelberger Universität. Seine wissenschaftlichen Leistungen auf diesem Gebiete sind der ganzen medicinischen Welt zur Genüge bekannt und anerkannt. Es gibt kein einziges Capitel der Laryngologie, zu dem Prof. Jurasz nicht beigetragen hätte. Und trotzdem wurde ihm die Errichtung einer stationären laryngologischen Klinik von der Grossherzoglich badischen Regierung verweigert, Das war der Grund, weswegen Prof. Jurasz die Neckarstadt verlassen musste, um eine freundlichere Arbeitsstätte zu suchen. Mit seinem Abschiede verlor die Laryngologie an der Heidelberger Universität ihre Selbstständigkeit als Lehrgegenstand: laut Beschluss der medicinischen Facultät wurde hier diese Specialdoctrin der Otologie angegliedert, und der Vertreter der letzteren, Prof. Kümmel, mit dem Lehrauftrage auch für Laryngologie betraut.

A. Sacher.

K. v. Müllern: Grundriss der klinischen Blutuntersuchung. Leipzig u. Wien. Deuticke. 1909. Mit 6 farbigen Tafeln. 178 Seiten. Preis 8 M.

Vorliegende neue Monographie des Blutes und der Blutkrankheiten hat vor den schon existierenden einige Vorzüge. Zunächst ist der erste Teil, die Schilderung der Blutuntersuchung, als mustergiltig zu bezeichnen. Verf. ist als Erfinder einer eigenen, in der Hämatologie wohlbekannten Färbemethode, durchaus der richtige Führer auf diesem Gebiet. Der zweite Teil, der die Morphologie des Blutes behandelt, enthält einige ausgezeichnete Capitel. So beispielsweise die übersichtliche Darstellung der embryonalen Blutzellenbildung.

Verhältnismässig weniger gelungen scheint mir die Besprechung der Blutkrankheiten. Selbstverständlich kann auf dem geringen Raum, der dafür zur Verfügung steht, nicht eine eingehende Berücksichtigung aller Einzelheiten der betr. Erkrankungen stattfinden. Doch scheint mir z. B., dass die theoretisch ungemein wichtige Botriocephalusanämie etwas zu kurz abgekommen ist. In der Chloromfrage und bei der Besprechung der Pseudoleukämie wäre vielleicht auch eine schärfere und doch eingehendere Darstellung möglich gewesen. Hie und da wären wohl auch Kürzungen möglich: die verschiedenen «Systeme der Primärerkrankungen» halte ich an dieser Stelle für unnötig; wer über so viel Specialkenntnisse verfügt, dass es mit Verständnis und Nutzen diesen Speculationen folgen kann, wird sich in den grossen Specialwerken und Originalarbeiten Rat holen und der Anfänger, der doch seine Kenntnisse nur aus dem vorliegenden Leitfaden schöpft, wird diesen Teil nicht würdigen können. Vorzüglich sind die schönen Tafeln. Namentlich die beiden ersten Farbentafeln mit den nach den verschiedenen Methoden gefärbten Blutzellen, die zum Vergleich nebeneinander gestellt sind, dürften an Uebersichtlichkeit kaum übertroffen werden können.

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Alles in Allem kann vorliegender Leitfaden sowohl dem Anfänger als dem selbstständigen, erfahreneren Arbeiter auf hämatologischem Gebiet als technischer Berater warm empfohlen werden. Der Preis ist verhältnismässig niedrig.

O. Moritz.

Protocolle des V. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 5., 6. und 7. December 1908 zu Reval.

(Fortsetzung).

7. Dr. v. Nottbeck-Weissenstein: Vorschläge zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem Lande. (Commissionsbericht).

Meine Herren. Im vorigen Jahre habe ich hierselbst einen Vortrag gehalten über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, derselbe ist von einer vom Aerztetage gewählten Commission begutachtet und hierauf von mir zu einem Reglementsentwurf verarbeitet worden; dieser Entwurf wurde von der Commission gut geheissen und soll nun auch von Ihnen geprüft werden.

Es konnten leider nicht alle im Vortrag erwähnten Puncte in den Reglementsentwurf herübergenommen werden, so bleiben die weiblichen Sanitäre und die Isolierhäuser zunächst noch fromme Wünsche, was namentlich betreffend die Sanitäre sehr zu bedauern ist, da sie schon wegen der Pflege schwer zu entbehren sein werden.

Immerhin aber würde die Einführung des Reglements einen grossen Fortschritt bedeuten und einem dringenden Bedürfnisse entsprechen. Zur Charakteristik der jetzigen Lage möchte ich nur ein Beispiel anführen. Laut Karten der Pastore ergab die Sterblichkeit an Scharlach in Jerwen pro 1899—1904 durchschnittlich 12,7 Fälle pro Jahr, während 1905—67, 1906—135 und 1907—47 Todesfälle verzeichnet sind. Im Jahre 1906 sind also mehr als 10 mal so viele Personen an Scharlach gestorben, als dem früheren 6-jährigen Durchschnitte entspricht. Wir aber stehen solchem Massensterben gegenüber mehr oder weniger machtlos da.

Man hört vielfach die Behauptung, die Sanitätsreform bei uns zu Lande tauge nur etwas bezüglich der Hebammen und der Schutzpockenimpfung, alles übrige sei bloss Staffage. Ganz so unrecht haben diese Leute nicht, so lange eine der wichtigsten Forderungen der Hygiene, die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, bei uns die gebührende Berücksichtigung nicht gefunden hat.

Wenn ich jetzt zur Vorlesung des Entwurfes übergehe, so möchte ich zuvor noch betonen, dass ich mir der technischen Schwierigkeiten bei der practischen Ausführung desselben voll bewusst bin; es wird längere Zeit dauern, ,bis wir allen Anforderungen des Reglements gerecht werden können. Bei genügender Initiative der Landschaftsärzte aber und bei Berücksichtigung des volkserzieherischen Effectes, der bei gewissenhafter Durchführung der Regeln nicht ausbleiben kann, glaube ich bestimmt, dass wir mit gutem Erfolge gegen die Infectionskrankheiten vorgehen werden, und dass wir auch in diesem Puncte das erste Gouvernement Russlands sein werden, in welchem eine wohlorganiserte Seuchenbekämpfung gehandhabt wird.

Entwurf für Regeln zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem flachen Lande in Estland. *)

Anzeigepflicht.

Paragraph 1. Jeder Erkrankungs- oder Todesfall an Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Aussatz, Typhus, Ruhr, übertragbarer Genickstarre, Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Milzbrand, Rotz, Tollwut und Bissverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Wurst-, Fleisch- und Fischvergiftung ist durch den betreffenden Haushaltungsvorstand sofort der zuständigen polizeilichen Amtsperson anzuzeigen.

Nachdem sich letztere davon überzeugt hat, dass es sich wahrscheinlich um eine der oben erwähnten Krankheiten handelt, hat sie unverzüglich darüber dem zuständigen Landschaftsarzt darüber Mitteilung zu machen. Wechselt der Kranke seinen Aufenthaltsort, so ist solches vom Haushaltungsvorstand sofort der Polizei des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes anzuzeigen.

Anmerkung. Wird von einem Arzte, der nicht Landschaftsarzt ist, ein zu den anzeigepflichtigen Krankheiten gehörender Fall auf dem flachen Lande festgestellt, so hat er den Haushaltungsvorstand zu veranlassen, darüber der Polizei Mitteilung zu machen. (Proposition der Jerwenschen Aerzte... so hat er darüber dem zuständigen Landschaftsarzte Mitteilung zu machen).

Ermittelung der Krankheit.

Paragraph 2. Der Landschaftsarzt ist nach erfolgter amtlicher Anzeige gehalten, sich an den inficierten Ort zu begeben und Art, Stand und Ursache der Erkrankung festzustellen, es sei denn, dass durch einen bereits hinzugezogenen Arzt eine Ermittelung in genügender Weise stattgefunden hat **).

Der Landschaftsarzt hat nötigenfalls eine bacteriologische Untersuchung verdächtiger Ausscheidungen zu veranlassen.

Weitere persönliche Ermittelungen hat der Landschaftsarzt nur im Bedarfsfall auszuführen.

Paragraph 3. Der Landschaftsarzt hat über jede festgestellte ansteckende Krankheit sofort der Medicinalabteilung der Gouvernementsregierung zu berichten, bei epidemischer Ausbreitung der Krankheit auch der Landessanitätscommission.

Schutzmassregeln.

Paragraph 4. Nachdem der Ausbruch einer der in Par. 1 genannten Krankheiten festgestellt worden ist, ergreift der Landschaftsarzt unter Mithilfe der Polizei die der betreffenden Krankheit entsprechenden Schutzmassregeln.

Der Landschaftsarzt unterweist die umliegende Bevölkerung über die Eigenschaften und Bekämpfung der Krankheit.

Die Polizei hat an die Anzeigepflicht zu erinnern.

Paragraph 5. Von der Kreispolizei kann angeordnet werden, dass Angereiste aus von Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus und Ruhr epidemisch inficierten Orten vom Haushaltungsvorstand sofort der Ortspolizei zu melden sind.

Paragraph 6. Krankheitsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterzogen werden bei Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus, Ruhr, Genickstarre und Rotz. Einer Beobachtung unterliegen ferner von tollen oder der Tollwut verdächtigen Tieren Gebissene.

Desgleichen können die in Paragraph 5 genannten Personen einer Beobachtung unterworfen werden.

Die Dauer der Beobachtung entspricht der Incubationszeit der betreffenden Krankheit; bei den im Paragraph 5 genannten Personen ist die Incubationszeit von dem Tage des Verlassens des inficierten Ortes an zu rechnen.

Die Beobachtung hat darin zu bestehen, dass abgesehen von eventuellen bacteriologischen Untersuchungen, durch die Ortspolizei über die betreffende Person von Zeit zu Zeit Erkundigungen eingeholt werden und im Bedarfsfalle der Landschaftsarzt zugezogen wird. (Jerwsche Proposition: Ein Aufenthaltswechsel der Beobachteten ist anzuzeigen).

Paragraph 7. Absonderung ist anzuordnen bei Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Aussatz, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Diphtherie, Scharlach, bösartigen Masern, Rotz und Tollwut.

Der Isolierte soll möglichst nur mit seinem Pflegepersonal in Berührung kommen; hat demnach eine solche mit anderen Personen stattgefunden, so haben sich diese den erforderlichen Desinfectionen zu unterwerfen (ausgenommen bei Aussatz und Tollwut).

Die Zwangsisolierung eines Kranken ausserhalb seiner Wohnung kann angeordnet werden, wenn zu Hause die Absonderung unmöglich ist, und der Zustand des Kranken den Transport gestattet.

Bei Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus, Ruhr und Rotz sind auch die krankheitsverdächtigen Personen zu isolieren, jedoch getrennt von den Kranken.

Paragraph 8. Die Desinfection hat zu bestehen in einer fortlaufenden d. h. während der ganzen Kranheitsdauer auszuführenden und einer Schlussdesinfection und soll angeordnet werden bei Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Aussatz, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Diphtherie, Scharlach, bösartigen Masern, Milzbrand und Rotz.

Der Desinfection unterliegen Personen, inficierte Räume, Gegenstände, Wäsche, Kleidungsstücke, Ausscheidungen der Kranken etc. (Anlage 1).

Für durch Desinfection verdorbene resp. der Vernichtung unterliegende Gegenstände sind mittellosen Leuten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen Entschädigungen zu zahlen, hierbei hat eine Taxation durch die Kreispolizei in Verbindung mit einem Gliede der Gemeindeverwaltung zu erfolgen, falls kein Vergleich zustande gekommen ist.

Paragraph 9. Eine Beschränkung des Gewebebetriebes (besonders des Handels mit Nahrungsmitteln, Lumpen) kann angeordnet werden bei Pocken, Fleckfieber, Typhus, Ruhr, Diphtherie, Scharlach und Milzbrand.

*) Inbetreff der Cholera und Pest gelten die im Gesetz enthaltenen speciellen Bestimmungen.

**) Proposition der Jerwenschen Aerzte: Inbezug auf Masern und Keuchhusten erübrigt sich die persönliche Ermittelung, falls diese auf anderem Wege erfolgen kann.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Es können an inficierten Orten verboten werden Jahrmärkte und andere Veranstaltungen, welche eine Ansammlung grösserer Menschenmengen mit sich bringen, bei Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus und Ruhr.

Paragraph 10. Verbot des Schulbesuchs und Schulschluss kann bei gewissen Krankheiten angeordnet werden. (Anlage 2).

Paragraph 11. Brunnen und anderen Wasserquellen, Abtritten, Müllgruben, sowie der Fortschaffung der Abfallstoffe ist bei Typhus und Ruhr erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken; Brunnen sind gegebenen Falls zu schliessen.

Paragraph 12. Die Leichen an Pocken, Fleckfieber, Diphtherie, Scharlach, Typhus, Ruhr, Milzbrand und Rotz Verstorbenen sind ungewaschen resp. mit Sublimatlösung gesäubert in Sublimattücher einzuhüllen; der Sargboden ist mit Sägespänen oder einem anderen aufsaugenden Stoffe zu füllen, worauf schnelle Einsargung und Beerdigung zu folgen haben. Leichenschmäuse bei Todesfällen an obigen Krankheiten sind zu verbieten.

Paragraph 13. Ueber den Verlauf der Infectionskrankheit hat die Gemeinde- resp. Gutspolizei dem Landschaftsarzt 2 mal wöchentlich Bericht zu erstatten behufs weiterer einmal wöchentlicher Mitteilung an die Medicinalabteilung der Gouvernementsregierung resp. an die Landes-Sanitätscommission (Par. 3).

Paragraph 14. Zwecks Vorbeugung einer Einschleppung von Pocken, Fleck und Rückfallfieber, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Diphtherie und Scharlach hat die Landessanitätscommission gegebenen Falls die dem inficierten Orte benachbarten Landschaftsärzte von dem Auftreten einer dieser Krankheiten zu benachrichtigen.

Die betreffenden Landschaftsärzte haben in solchen Fällen die entsprechenden vorbeugenden Massregeln zu veranlassen, als Verteilung von Merkblättern, Einschärfung der Anzeigepflicht (Par. 4, Abs. 3), Impfungen, Beobachtung Zugereister (Par. 5 und 6).

Paragraph 15. Bei folgenden Krankheiten können als Höchstmass nachstehende Massregeln ergriffen werden:

1. Pocken. Meldepflicht (Par. 5). Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Beschränkung des Gewerbebetriebes und Verbot von Massenversammlung (Par. 9). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesene Personen, Schulschluss (Anlage 2). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14). Schutzpockenimpfung.

2. Fleckfieber. Meldepflicht (Par. 5). Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Beschränkung des Gewerbebetriebes und Verbot von Massenversammlungen (Par. 9). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesenen Personen, Schulschluss (Anlage II). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14).

3. Rückfallfieber. Meldepflicht (Par. 5). Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Verbot von Massenversammlungen (Par. 7, Abs. 2). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesene Personen, Schulschluss (Anlage II). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14).

4. Aussatz. Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II). Fortgesetzte Controlle durch den Landschaftsarzt.

5. u. 6. Typhus und Ruhr. Meldepflicht (Par. 5). Beobachtung (Par. 6), Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Beschränkung des Gewerbebetriebes und Verbot von Massenversammlungen (Par. 9). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesenen Personen, Schulschluss (Anlage II). Controlle der Brunnen, Abtritte etc. (Par. 11). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14).

7. Genickstarre. Meldepflicht (Par. 5). Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesene Personen, Schulschluss (Anlage II). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14).

8. Diphtherie. Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Beschränkung des Gewerbebetriebes (Par. 9). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesene Personen, Schulschluss (Anlage II). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12). Vorbeugende Massnahmen (Par. 14). Serumbehandlung.

9. Scharlach. Wie Nr. 8 mit Ausnahme der Serumbehandlung.

10. Masern. Verbot des Schulbesuches für kranke Personen, in Kindergärten auch für mit Kranken in Berührung gewesene Kinder, Schulschluss (Anlage II, 5b und 7).

Bei bösartigen Formen: Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit diesen in Berührung gewesene Personen, Schulschluss (Anlage II).

11. Keuchhusten. Verbot des Schulbesuches für kranke Personen, in Kindergärten auch für mit Kranken in Berührung gewesene Kinder. Schulschluss (Anlage II, 5b u. 7). Unterweisung der Umgebung über die Infectiosität der Krankheit.

12. Milzbrand. Desinfection (Par. 8). Beschränkung des Gewerbebetriebes (Gerbereien, Lumpenhandel u. dgl. Par. 9). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12).

13. Rotz. Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Desinfection (Par. 8). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen, Schulschluss (Anlage II). Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen (Par. 12).

14. Tollwut. Beobachtung (Par. 6). Absonderung (Par. 7). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II). Schutzimpfung.

Erkrankungsfälle, in welchen Verdacht auf Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus, Ruhr und Rotz vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachtes wie die Krankheit selbst zu behandeln (Par. 7, Abs. 4).

Paragraph 16. Bei nachfolgenden Krankheiten kommen folgende Schutzmassregeln in Anwendung:

1. Kindbettfieber. Verkehrsbeschränkung der Hebamme. Desinfection (Par. 8).

2. Trachom *). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II). Behandlung auf Landschaftskosten.

3. Syphilis. Anzeigepflicht für kranke und krankheitsverdächtige Personen (Par. 1). Zwangsbehandlung. Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II).

4. Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes **). Verbot des Schulbesuches für kranke Personen (Anlage II).

Anlage I (zu § 8).
Desinfectionsanweisung.

1. Desinfectionsmittel.

1) Lysollösung 5 pCt. 50 ccm. Lysol werden mit Wasser zu 1 Liter aufgefüllt und gut durchgemischt.

2) Karbolsäurelösung 3 pCt. 30 ccm. verflüssigte Karbolsäure (Acid. carbol. liquefactum) werden mit Wasser zu 1 Liter aufgefüllt und gut durchgemischt.

3) Sublimatlösung 1‰. 1 Sublimatpastille zu 1 gramm (oder 2 Pastillen zu ½ gramm) werden in einem Liter Wasser aufgelöst.

4) Kalkmilch. 1 Liter gelöschten Kalkes sind allmählich in 3 Liter Wasser hineingerührt. Wenn frisch gelöschter Kalk nicht zur Verfügung steht, ist die oberste Kalkschicht als durch die Luft verändert zu entfernen. Die Kalkmilch ist vor dem Gebrauch umzurühren.

Zweckmässiger ist ungelöschter Kalk, erst mit Wasser zu löschen und hierauf die Mischung wie angegeben herzustellen.

5) Chlorkalkmilch wird hergestellt, indem zu 1 Liter Chlorkalk allmählich 5 Liter Wasser hinzugemischt werden. Sie ist jedesmal vor dem Gebrauch frisch zu bereiten.

6) Formaldehyd wird entweder als Gas oder als Lösung angewandt. Die Entwickelung des Formaldehydgases erfolgt durch Verdampfung von Formalinpastillen in entsprechenden Apparaten bei gleichzeitiger Verdampfung von Wasser. Zur Herstellung der Formaldehydlösung (1 pCt.) werden 30 gramm der käuflich Formaldehydlösung (Formalin) auf 1 Liter Wasser verdünnt.

7) Wasserdampf, anwendbar nur bei Vorhandensein specieller Apparate.

8) Auskochen in Wasser, wobei die Gegenstände mindestens ¼ Stunde in siedendem Wasser liegen müssen.

9) Verbrennen *).

2. Ausführung der Desinfection.

Die fortlaufende Desinfection betrifft das Krankenzimmer, die Gebrauchsgegenstände, die Ausscheidungen des Kranken, seine Wäsche etc. Desgleichen hat das Pflegepersonal Körper, Wäsche und Kleidung regelmässig zu desinficieren.

Bei der Schlussdesinfection kommen alle durch den Kranken inficierten Räume und Gegenstände in Betracht. Der Genesene hat ein Vollbad zu nehmen.

Die Personen, welche die Schlussdesinfection und die Leiche besorgt haben, müssen sich desinficieren.

Im Einzelnen hat die Desinfection folgendermassen zu erfolgen: 1) Bei der Desinfection von Räumen sind Wände, Fussboden, Türen und Fenster, Betten, Möbel und übrige Gerätschaften mit Lappen, die mit Lysol- oder Karbollösung getränkt sind, abzuwaschen; darnach ist der Fussboden mit heissem Seifwasser zu spülen und für ausgiebige Lüftung zu sorgen. Getünchte Wände sind zu weissen, Lehmfussböden mit Kalkmilch zu bestreichen.

Räume können auch mit Formaldehyd desinficiert werden, vorher sind sie zu dichten. Für je 1 cbm. Luftraum sind 2—3 Formalinpastillen und 30 ccm. Wasser zu verdampfen. Der desinficierte Raum ist frühstens nach 4 Stunden zu öffnen.

---

*) Correctur durch die Versammlung: Acutes und secernierendes Trachom.

**) Correctur durch die Versammlung: Offene Tuberculose.

*) Anm. Ausser den genannten können auch noch andere Desinfectionsmittel angewandt werden, doch dürfen sie an Wirksamkeit den ersteren nicht nachstehen.

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Während der Krankheitsdauer ist der Fussboden des Krankenzimmers täglich feucht aufzuwischen; sind der Fussboden, die Wand in der Nähe des Bettes oder Gebrauchsgegenstände mit Ausscheidungen des Kranken verunreinigt worden, so ist die betreffende Stelle sofort mit Lysol-, Karbol- oder Sublimatlösung abzuwaschen.

2) Die Ausscheidungen des Kranken sind in besonderen Gefässen aufzufangen und mit gleichen Teilen Lysol-, Karbol- oder Sublimatlösung oder Kalkmilch vermischt 2 Stunden stehen zu lassen.

3) Hände und sonstige Körperteile sind mit Lysol- (1 pCt.), Karbol- oder Sublimatlösung abzubürsten und darnach mit warmen Wasser und Seife zu waschen. Vollbäder.

4) Wäsche, Waschkleider, Tücher u. dgl. liegen 2 Stunden in Lysol- oder Karbollösung und sind darauf auszukochen.

5) Nicht waschbare Kleidungsstücke, Matratzen u. dgl. werden mit Formaldehyd desinficiert.

6) Gegenstände aus Leder und Pelzwerk werden mit Lysol-, Karbol- oder Sublimatlösung abgerieben.

7) Ess- und Trinkgeräte sind 15 Min. lang auszukochen oder eine Stunde lang in 1 pCt. Formaldehydlösung zu legen.

8) Nachtgeschirre, Badewannen u. dgl. sind mit Lysol-, Karbol- oder Sublimatlösung auszuscheuern.

9) Bade- und Schmutzwasser sind mit Chlorkalkmilch zu desinficieren.

10) Spielzeug und Bücher von geringem Wert, Kehricht, Bettstroh u. dgl. sind zu verbrennen.

11) Aborte. Innenwände. Fussboden, Tür und Sitzbrett sind mit Lysol-, Karbol- oder Sublimatlösung abzuwaschen; in die Grube ist Kalkmilch zu schütten.

Die Gruben sollen während der Krankheitsdauer möglichst nicht ausgeleert werden.

12) Düngerstätten, Rinnsteine, inficierte Stellen auf Höfen u. dgl. sind mit Chlorkalkmilch oder Kalkmilch zu desinficieren.

13) Krankenwagen sind mit Lysol- oder Karbol-, oder Sublimatlösung abzuwaschen.

Anlage 2 (zu Paragraph 10).

Anweisung zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

1) Vom Schulbesuch sind auszuschliessen Lehrer und Schüler, welche leiden an:

a) Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Diphtherie, Scharlach;

b) Aussatz, Masern, Keuchhusten, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Trachom, frischer Syphilis, offener Lungen- und Kehlkopftuberculose, Mumps, Röteln, Windpocken, Favus, Krätze.

Ueber jeden Ausschluss eines Schülers ist seitens des Lehrers dem Landschaftsarzt und der Gemeinde — resp. Gutspolizei sofort Anzeige zu machen.

2. Lehrer und Schüler sind auszuschliessen, welche in Berührung gewesen sind mit Personen, welche an einer der sub 1,a genannten Krankheiten oder an bösartigen Masern leiden.

3) Der Wiedereintritt der laut 1 und 2 ausgeschlossenen Personen ist nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zu gestatten. Vorher haben sie sich zu baden und zu desinficieren.

Bei Aussatz, Syphilis und Tuberculose ist der Wiedereintritt von Erlaubnis des Landschaftsarztes abhängig zu machen.

4. Die Ortspolizei hat den Lehrern umgehend über alle sub 1,a angegebenen Erkrankungsfälle, sowie über solche an bösartigen Masern in Häusern, in welchen schulpflichtige Kinder sind, Mitteilung zu machen.

5. Die Schule kann durch den Landschaftsarzt im Einvernehmen mit dem Volksschulinspector geschlossen werden:

a) bei epidemischer Ausbreitung einer der sub 1,a genannten Krankheiten am Ort, sowie bei einer bösartigen Masernepidemie;

b) wenn eine im Schulhause wohnhafte Person an einer der sub 1,a genannten Krankheiten erkrankt oder an Masern, Keuchhusten, Rotz, Mumps, es sei denn, dass vollständige Absonderung gewährleistet ist.

Anm. 1. Vor Wiedereröffnung der Schule wird dieselbe einer Reinigung und Desinfection unterworfen.

Anm. 2. Bei Gefahr im Verzuge kann der Landschaftsarzt von sich aus eine Schule zeitweilig schliessen unter gleichzeitiger Mitteilung an den Volkschulinspector.

Anm. 3. Bei Auftreten einer der sub 1,a genannten Krankheiten, sowie bei bösartigen Masern bleibt es dem Ermessen des Landschaftsarztes überlassen, die Schule zu schliessen und das Internat bis zum Ablauf der Incubationszeit zwecks Beobachtung weiter bestehen zu lassen. Proposition der Jerwenschen Aerzte).

6) Für Einhaltung der Bestimmungen sub 1—3 ist der Schulleiter verantwortlich.

7) Obige Bestimmungen haben Geltung auch für Kindergärten. Mit Masern- und Keuchhustenkranken in Berührung gewesene Kinder sind vom Besuche des Kindergartens fernzuhalten. Bei epidemischer Ausbreitung von Masern und Keuchhusten können Kindergärten geschlossen werden.

8) Obige Bestimmungen finden sinngemässe Anwendung bei dem Confirmandenunterrichte.

Discussion.

Ad § 16. 2. Dr. Kienast-Haggers spricht sich für Streichung dieses Punctes aus, da die Infectionsgefahr in der Schule, sofern nicht gemeinsame Schlafräume benutzt werden, sehr gering ist.

Dr. Haller-Reval hält es für empfehlenswert 2 Stadien des Trachoms auseinander zu halten, a) die acute Erkrankung mit starker Absonderung, b) die mehr chronischen Zustände mit nur geringer Secretion. Es genügt die mit dem acuten Stadium behafteten Kinder auszuschliessen. Nach c. 14 Tagen werden sie durch die unterdessen erfolgte Behandlung soweit gebessert sein, dass sie wieder zum Schulbesuch zugelassen werden können. Es hiesse zu weit gehen, wollte man die chronisch kranken Trachomatösen für Monate oder gar Jahre vom Unterricht ausschliessen.

Dr. v. Zur-Mühlen-Johannis: Die geringe Infectiosität des Trachoms kann ich nicht zugeben, da ich mich in dieser Beziehung auf erlebte Fälle berufen kann. Ein Ausschluss ist unbedingt nötig, auch wenn die Behandlung mehr als 2 Wochen in Anspruch nehmen sollte.

Dr. v. Nottbeck-Weissenstein: Einer der grössten Vorzüge der Schulrevisionen ist es, dass die Bekämpfung des Trachoms bei der Schuljugend beginnend auf diese Weise angebahnt wird. Schon aus erzieherischen Gründen muss ein Trachomkranker ausgeschlossen werden. Wenn nun garnichts geschehen soll, so begibt man sich des Vorteils hier für das Volkswohl tätig sein zu können.

Dr. v. Kügelgen schlägt vor zu sagen: Kinder mit acutem und sezernierendem Trachom sind auszuschliessen.

In dieser Version wird der Punct angenommen. Inbetreff dieses Punctes trat in der vorbereitenden Commission eine Uneinigkeit auf, indem die Majorität gegen das Verbot des Schulbesuchs tuberculöser Individ. sich aussprach, die Minorität dafür war.

Eine tubercul. Lehrer braucht keineswegs ansteckungsgefährlich zu sein; vernichtet er gewissenhaft sein Sputum und hütet er sich die Kinder anzuhusten, so ist kein Grund dazu vorhanden, ihn vom Amt zu entfernen. Ja, er hustet vielleicht garnicht oder sein Sputum enthält keine Bacillen, soll er auch dann ausgeschlossen werden?

Unter den Schulkindern ist Lungentuberculose verhältnismässig selten. Die Mortalitätsstatistik für Tuberculose zeigt für das erste Lebensjahr eine ziemlich hohe Zahl (Darm und Drüsentuberculose) dann aber hält sich die Zahl niedrig bis zum 15. Lebensjahr. Aehnlich verhält sich nach den vorhandenen Daten die Morbidität. Es kommt hinzu, dass die wenigen tubercul. Kinder nicht expectorieren und dass de facto eine Ansteckung durch die Schule noch nicht erwiesen ist. Es könnte meines Erachtens nur ein bedingtes Schulverbot erlassen werden; aber wie soll der landische Schularzt der Förderung mehrfacher Sputumuntersuchungen nachkommen? Wird ein Schulverbot aber erlassen, was soll dann mit den Kindern geschehen? Sie sollen lernen, sind befähigt und lernbegierig, die Eltern wollen sie schulen. Muss da das Verbot nicht als grausam und erbitternd empfunden werden, wo wir keinen Ersatz für die allgemeine Schule bieten können? Zudem besteht Schulzwang und wird voraussichtlich bald strammer gehandhabt werden.

Wir glauben daher von einer Massnahme absehen zu müssen, die wir nicht klar formulieren und absolut verteidigen können, die fürs erste unseren socialen Verhältnissen nicht entspricht und deren rigoroses Befolgen mehr Schaden stiften als verhüten kann.

Dr. Thomson: Allgemein bekannt ist, dass Tuberculose bei Schulkindern selten ist. Ungeachtet dessen oder gerade deshalb sollen tuberculöse Kinder, namentlich aber kranke Lehrer aus der Schule entfernt werden. Eine Autorität wie Prof. Leubuscher (Sachsen-Meiningen) verlangt direct Ausschluss aller Tuberculosen.

Prof. Dehio spricht sich für den Ausschluss von Personen mit offener Tuberculose aus, bei denen Tuberkelbacillen zu finden sind.

Dr. Blacher-Petersburg: schliesst sich der Meinung von Dr. Thomson an. Er betont aber, dass die Tuberculose im Kindesalter sich meist mehr in den Drüsen und Knochen abspielt und offene Tuberculose selten ist. Kinder die eine solche aufweisen sind auszuschliessen.

Dr. v. Hampeln spricht sich für die Bezeichnung «anzunehmende» offene Tuberculose aus, da bei Kindern trotz sicherer offener Tuberculose dennoch wegen fehlender Expectoration der Tuberkelbacillennachweis nicht gelingt.

Dr. Haller bittet abstimmen zu lassen, ob der Punct 4 des § 16 gestrichen werden soll. Die Abstimmung ergiebt die An-

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nahme des Punctes in der folgenden Form: «Offene Tuberculose» der Lungen und des Kehlkopfes.

Zum Entwurf der Desinfectionsordnung bemerkt Dr. v. Nottbeck, dass statt $2^1/_2$ pCt. Kresolwasser besser 5 pCt. Lysollösung zu empfehlen ist. Als Desinfection für die Hände genüge 1 pCt. Lysollösung.

Die Vorlage wird noch weiter duchgesehen und nach einigen Correcturen und Zusätzen (die im Text angebracht sind) angenommen, sowie beschlossen sie der Landessanitätscommission zu übermitteln.

8. Dr. Baron v. Engelhardt-Riga: Das Genieproblem. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form im Druck).

Die Schule Lombrosos und seiner Nachfolger zählte das Genie zu den Abnormitäten und stellte es in Parallele zu den psychischen Anomalien des Menschen. Seit dem wurde das Problem zumeist als pathologisches behandelt. Fruchtbarer ist es, die Frage vom Standpuncte der individuellen und generellen Entwickelung aus zu beleuchten und den Bedingungen nachzuforschen, unter denen diese Entwickelung nach der psychischen Seite hin verläuft. Wenn wir überhaupt noch evolutionistisch denken, so muss der Mensch individuell und generell variabel sein und in dieser Variabilität steckt die Gefahr der Degeneration, zugleich aber die Bedingung für jeden Fortschritt.

Die Frage nach dem Wesen des Genies wäre wissenschaftlich nicht discutabel, wenn es etwas schlechthin Unbegreifbarer wäre, nur soweit es Analogieen mit dem normalen psychophysischen Functionen zeigt, ist es der wissenschaftlichen Analyse zugänglich.

Das Genie muss demnach auch seinen bestimmten Platz in der Menschheitsgeschichte erhalten.

Herbert Spencers Formel für den Begriff der Entwickelung lautet folgendermassen: Entwickelung ist der Uebergang aus einer unbestimmten, unzusammenhängenden Gleichartigkeit in eine bestimmtere zusammenhängende Ungleichartigkeit vermittelst beständiger Differenzierungen u. Integrierungen. Dem allgemeinen Sprachgebrauch nach bezeichnet das Genie innerhalb der Menschheitsgruppe, der es angehört, die höchste Staffel d. h. es muss in ihr das höchstentwickelte Geschöpf sein. Nach der Spencerschen Formel muss also das Genie im Vergleich zu seiner Umgebung der höchstdifferenzierte und höchstintegrierte Organismus sein.

Die höhere sensorielle Differenzierung führt zu einer gesteigerten Reizempfänglichkeit, die Reizschwellenwerte sinken und infolge dessen nimmt die Zahl unterscheidbarer Empfindungseinheiten innerhalb der psychologischen Breite zu. Dadurch wächst sein Vorstellungsinhalt und mit ihm die Zahl der Erinnerungsbilder. Er unterscheidet schärfer und hat einen reicheren Bewusstseinsinhalt. Auch die motorischen Functionen können sich ähnlich, wenn auch nicht in gleichem Masse differenzieren. Auch das Gebiet der vegetativen Sphäre nimmt an diesem Process teil, denn das Affektleben, das hier sein Spiegelbild hat muss entsprechend der vermehrten Zahl von Einzelempfindungen auch feinere Nüancen zwischen Lust- und Unlust aufweisen.

Die höhere Integrierung steigert die Korrelation der Einzelorganfunctionen untereinander und centralisiert Hemmung und Förderung dieser im Gehirn. Der schnelle Ablauf des einfachen Reflexes wird im Centralorgan aufgehalten und als geistige Spannkraft aufgespeichert. Wie jede Zelle, so hat auch die Gehirnganglienzelle das Vermögen der Auswahl — sie wählt aus, was als lebendiger Eindruck festgehalten, was ins Unterbewusstsein abgeschoben wird, sie formiert erst die Persönlichkeit und die Continuität ihrer Lebenslinie durch das Gedächtnis.

Fast man nun alle Eigenschaften zusammen, die jemals für das Wesen des Genies als bestimmend galten, so kann man sie in folgender Formel ausdrücken: genial ist der Mensch, dessen überreicher Bewusstseinsinhalt ihn besser in Raum und Zeit orientiert, als seine Mitmenschen und der infolge des stark betonten Antriebs für Gestaltung seiner selbst und der Aussenwelt, sich selbst bejahend der Menschheitsidee dient und sie in gewissem Sinne verkörpert.

In bunter Mischung finden wir in dieser Formel die Elemente der Differenzierung und Integrierung, die richtig gegeneinander balanciert erst das Totalgenie ergeben. In Wirklichkeit wird meist die eine Seite mehr vorwiegen und danach dürfte das Teilgenie entweder mehr nach der differenzierten oder integrierten Seite gravitieren.

Jeder Mensch differenziert seine Functionen im Laufe seines Lebens und integriert sie, aber er nützt nie alle Möglichkeiten aus, die ihm sein Organismus darbietet. Genau ebenso findet im Leben eines Volkes eine rastlose Differenzierung statt. Jeder Neuerwerb wäre ohne diese Factoren ausgeschlossen. Der partiell Farbenblinde unterscheidet schärfer die Helligkeitswerte und sieht im Ultraviolett noch Farben, die für den Normalsichtigen unsichtbar sind. Die Musikgeschichte zeigt ebenso wie die Geschichte der bildenden Künste, dass die Zahl der Ton- und Farbennuancen wächst, weil wir feiner unterscheiden gelernt haben.

Hand in Hand mit diesem Fortschritt gehen Ermüdungserscheinungen, die man event. als Entwickelungskrankheit auffassen könnte. Hierzu dürften viele Fälle von Neurasthenie gezählt werden, die demnach als Folgen zu hohen Ansprüchen an die Leistungsmöglichkeit eines Organismus aufgefasst werden kann. Der vorgeschrittenen Differenzierung entspricht nicht das Mass der Integrierung. Ferner liegt die Möglichkeit einer pathologischen Anomalie auch dort vor, wo dass Bewusstwerden bisher unterbewusster Vorgänge zu einer Ueberlastung des Gehirns führt, die sich als Dissociation der Bewusstseinsfelder darstellen kann. Dieser Vorgang muss zur Desorientierung und zur Discontinuität der Persönlichkeit führen, typische Merkmale der Hysterie. Die Dicadende ist eine stete Begleiterscheinung hastiger Kultursteigerung.

Aber ebenso wie auf der differenzierten Entwickelungslinie, drohen auch auf der integrierten Gefahren: das erhöhte und gefestigte Persönlichkeitsgefühl, das in sich die Norm und den Massstab für Alles sieht, ist normaler Weise das Altersstadium des Menschen. Tritt nun vorzeitig eine Unfähigkeit ein Neues zu assimilieren, überschätzt man den erworbenen Bestand, so folgt daraus ein anormal gesteigertes Selbstbewusstsein mit seinen Folgen: der Angst des Verkanntwerdens, der krankhaften Empfindlichkeit. Das sind Typen, die dem Psychiater bekannt sind, (der Paranoiker der alten Schule, der circulär Irre im manischen Stadium).

Die Wege die zum Genie führen sind gefahrvolle: droht auf dem der Differenzierung, Zersetzung und Zerfall der Persönlichkeit, so auf dem der Integrierung frühzeitige Erstarrung, droht dort das Aufgeben und die Abhängigkeit vom Milieu, so hier die herbe Tragik des Einsamseins.

Auch der nichtgeniale Mensch erlebt dieses Schicksal des Genies in bescheidenerem Masstab.

Wir Aerzte sind berufen, dem Schwankenden eine Stütze zu sein und die Natur weist uns den Weg, den wir zu gehen haben, um zum Ziel zu gelangen: hier Erweiterung und Bereicherung eines zu engherzigen Innenlebens durch systematische Erziehung zur Differenzierung, dort Anleitung des Willensschwachen und Discontinuierlichen zu zielbewusster Tat — dem Resultat der Integrierung.

(Autoreferat).

---

2. Sitzung.

Freitag d. 5. Dec. von 4—7.

1) Dr. Haller-Reval: Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose in Estland. Dadurch dass der Estländische Aerztetag die Initiative zur Gründung einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose in Estland ergriffen, hat er sich ein Recht erworben, von dieser Stelle aus über das Ergehen seines Patenkindes informiert zu werden.

Ich komme um so lieber dieser Pflicht nach, als es ja dem jungen Verein vor allem darauf ankommt mit der gesamten Arzteschaft Hand in Hand zu gehen und mein Bericht Ihnen zugleich die Gelegenheit bietet Ihre der Tätigkeit des Vereins zustimmenden oder abweichenden Ansichten zu äussern.

Wie Sie sich erinnern werden, konnte ich Ihnen auf dem vorigen Aerztetag berichten, dass der Verein sich am 9. November 1907 vorläufig constituiert habe. Jetzt kann ich hinzufügen, dass er am 6. Februar 1908 bestätigt wurde und am 29. Februar seine erste Generalversammlung abhielt. Hier wurden die Richtlinien seiner Tätigkeit für den Anfang festgelegt: er solle fleissig Propaganda treiben und möglichst bald einer Fürsorgestelle für Tuberculöse ins Leben rufen.

Der Vorstand wandte sich in einem dreisprachigem Aufruf an alle Schichten der Bevölkerung, er wandte sich in einem Circular an die Aerzte Estlands und nimmt in diesen Tagen die Hilfe der Pastoren in Anspruch zur Propagierung seines Daseins und seiner Zwecke.

Zur Gewinnung einer Tuberculose-Morbiditätsstatistik hat der Verein Registrierungskarten anfertigen lassen. Sie haben sie alle erhalten und zum Teil mit der Beantwortung begonnen. Um das Publicum und speciell seine Mitglieder über das Wesen der Tuberculose in allgemein verständlicher Form aufzuklären, hat der Verein in Aussicht genommen, die Knopfsche Tuberculoseschrift in genügender Anzahl kommen zu lassen und zu verteilen; er hat auch eine Serie Blumenthalscher Lichtbilder (statistische Diagramme und Curven) erworben; sie wurden am 12. October auf einer ausserordentlichen Generalversammlung demonstriert.

Diese Generalversammlung hatte definitiv über die Schaffung einer Fürsorgestelle schlüssig zu werden und wies den Vorstand an, trotz der noch geringen Vereinsmittel ans Werk zu gehen. Der Entschluss wurde dadurch erleichtert, dass der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorstand der Revaler Privatklinik sein Local kostenlos zur Verfügung stellte.

Am 15. November wurde die Fürsorgestelle eröffnet. Um einen Ansturm von Patienten zu vermeiden, werden anfangs nur Kranke empfangen, die von Aerzten oder Vereinsgliedern empfohlen sind. Die Stelle arbeitet jeden Sonnabend von 6—8, es sind bisher 3 Empfangssonnabende gewesen und 8 Kranke befinden sich in Fürsorge. Der sociale Teil der Fürsorgearbeit muss hier fürs erste zurücktreten, denn unsere Mittel sind noch klein und es fehlt die Verbindung mit Organen, die geeignet wären die pecuniäre Seite zu decken.

Sie sehen, meine Herren, in der Zeit von 9 Monaten hat der Verein nicht nur sich nach innen organisiert und neue Anhänger geworben (er zählt eben 113 Mitglieder), er hat auch den ersten Schritt zur Verwirklichung seiner hohen Ziele getan.

2) Dr. v. Zur-Mühlen—Reval: **Massnamen zur Bekämpfung des Uteruskrebses.**

M. H. Wie Ihnen erinnerlich sein dürfte, stellte ich auf dem letzten Estländischen Aerztetage die Proposition, eine Commission zu ernennen, die sich mit der Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses des Genaueren zu befassen hätte. Diese Commission ist im Bestande der Herren Collegen DDr. Tannebaum, Thomson, Blacher, Keyserlingk und mir zusammengetreten und möchte ich Ihnen nun im Kurzem über das Resultat unserer Besprechungen referieren.

Es wurde vor Allem die Notwendigkeit anerkannt Schritte zu ergreifen, um den krebskranken Frauen mehr Aussicht auf dauernde Heilung zu bieten; in welcher Weise das zu geschehen habe, war nicht schwer zu ergründen, da ja in Deutschland in dieser Frage allerorten mit erfreulicher Einigkeit und nicht ausbleibendem Erfolge gearbeitet worden ist und es lag nahe, es bei uns in ähnlicher Weise zu versuchen

1) Es wurde beschlossen, ein erläuterndes Sendschreiben an die Aerzte Estlands abzufassen.

2) Es sollten durch ein in deutscher und estnischer Sprache abgefasstes Flugblatt die Hebammen Estlands in leicht fasslicher Weise über die Bedeutung des Uteruskrebses und die pflichtgemässe Art ihres Verhaltens den Frauen gegenüber, aufgeklärt werden.

3) Es wurde für wünschenswert gehalten in Tagesblättern und Kalendern kurze Artikel zu veröffentlichen, in der die Frauenwelt selbst, an der Hand der Statistik, über die Krebskrankheit orientirt werden solle.

4) Die Comission hielt es für opportun die livländischen und kurländischen Aerztetage über oben skizziertes Vorgehen zu informieren.

Nun trat inzwischen der livl. Aerztetag in Riga zusammen und hatte ich Gelegenheit dortselbst mit einigen Fachcollegen aus Livland und Kurland die Frage zu besprechen, wobei es für wünschenswert gehalten wurde, in allen 3 Provinzen gemeinsam vorzugehen um in den Augen der Laienwelt die Wichtigkeit der Sache mehr hervorzuheben und dadurch vielleicht mit noch mehr Aussicht auf Erfolg den Kampf aufzunehmen. Infolge dessen stelle ich Ihnen, meine Herren, im Namen der Krebscommission den Antrag, in Sachen der Bekämpfung des Uteruskrebses auf dem diesjährigen estl. Aerztetage keine bindenden Beschlüsse zu fassen, sondern den Vorstand des I. Baltischen Congresses zu ersuchen, die Krebsfrage auf die Tagesordnung zu setzen und zur Discussion zu stellen.

Ich bitte Sie daher auch, mich von der Vorlage obengenannter Sendschreiben und Flugblätter zu dispensieren.

Es erübrigt mir nur noch eine Bitte an Sie zu richten: Die Zeit bis zum I. Baltischen Congress ist leider eine zu knapp bemessene, um eine grössere, ganz Russland umfassende Statistik über die Häufigkeit des Uteruskrebses aufzustellen, wohl eher wäre es möglich Daten zu erlangen über das Verhalten der Frauen dieser Krankheit gegenüber und das Verhalten der Hebammen zu den Frauen. Es wären diese Daten erwünscht, um event. Fingerzeige zu erhalten, in welcher Weise am besten vorzugehen wäre. Sie finden zu dem Behufe kleine Postkarten mit vorgedruckten Fragen hier vor. Ich bitte die Collegen sich mit einigen Exemplaren zu versehen und vorkommenden Falles — kurz die Fragen zu beantworten und mir zuzuschicken.

3. Dr. Fick-St. Petersburg: **Ueber paranephritische Abscesse.** (Der Vortrag ist in Nr. 1 der St. Pet. Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion:

Dr. Greiffenhagen-Reval: Zum Chirurgen kommen nur selten Patienten im Frühstadium der Paranephritis, so dass man nur ausnahmsweise in die Lage kommen wird, eine Frühoperation im Sinne Jordans auszuführen. Die von Jordan angeführten Syptome sind zu vieldeutig und können auch bei anderen Nierenaffectionen (Pyelitis, Calculus etc.) vorkommen. Man müsste also, wenn man consequent vorgehen will, nicht allein bis auf die Niere dringen um etwaige Rindenabscesse zu entleeren, sondern die ganze Niere freilegen und ausschälen, falls man wirklich die ganze Oberfläche absuchen und andere Erkrankungen ausschliessen will. Bei den schweren Vereiterungen ist die Niere meist nicht mehr zu differenzieren, das Vordringen bis auf die Nieren wegen der dicken Schwarten fast immer unmöglich. Gr. erwähnt die Tatsache der langdauernden Fisteln nach Eröffnung paranephritischer Abscesse und kennt selbst 2 Fälle, wo die Fistel schon jahrelang besteht, ohne weitere Beschwerden zu verursachen.

Dr. Blacher: Ich kann die Niere nicht als Prädilectionsstelle für pyämische Processe bezeichnen. Vielmehr ist es merkwürdig, wie selten entzündliche und necrotische Processe in den Nieren von Streptococceneinschwemmung in Abhängigkeit gebracht werden können. Ich muss auf die Untersuchungen von Jochmann hinweisen, welcher fast nur postmortale Einschwemmung beobachtet hat.

Dr. Fick: Die Forderung, dass der operative Eingriff vorgenommen werden soll, bevor das Nierenfettgewebe inficiert ist, also zur Zeit, wo es sich noch um renalen Abscess handelt, dürfte kaum zu erfüllen sein. Wohl aber wäre es dringend wünschenswert, dass die Operation so frühzeitig erfolgt, dass der primäre Herd in der Niere noch übersehbar ist und chirurgisch angegriffen werden kann. Nur dann kann ein glatter und rascher Heilungsverlauf garantiert werden, während bei dicken Schwarten multiple Nierenabscesse übersehen werden können.

Fistelbildung nach Spaltung von Paranephritis habe ich nicht beobachtet. Die Niere ist zweifellos ein Prädilectionsort für Metastasen, die von kleinen Eiterungen wie Furunkeln etc. ausgehen. Diese geben von sich selten Metastasen, wenn sie aber welche geben, so sitzen diese meist in der Niere.

Dr. Wistinghausen-Reval: Von den von mir operierten Fällen von paranephritischen Abscessen sind mir 2 Fälle soweit sicher im Gedächtnis, dass sie vollständig ausheilten ohne irgend eine Fistelbildung.

4. Dr. Westphalen-St. Petersburg: **Dauerresultate der internen Therapie des Ulcus ventriculi.** (Der Vortrag ist in Nr. 1 der St. Pet. Med. Wochenschrift erschienen).

5. Dr. Greiffenhagen-Reval: **Chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi.** (Der Vortrag erscheint im Druck).

Discussion:

Dr. Baron Engelhardt: der Statistik von Herrn Dr. Westphahlen liegt ein reiches Material zu Grunde, aber die vergleichende Bewertung der Heilresultate bei interner und operativer Behandlung des Ulcus ventriculi scheint mir nach dieser Statistik nicht möglich.

Wenn wegen Stenose, Blutung, Perigastritis und nicht heilbarer Fälle von Ulc. ventriculi (wohl auch wegen Blutungen) operiert wird, so liegt eine bestimmte präcise Indicationsstellung vor und die Möglichkeit die Diagnose des Ulc. ventriculi zu verificieren ist in den meisten Fällen während der Operation gegeben. Anders steht es mit jenen Fällen, die intern behandelt werden. Die Diagnose des Ulcus ohne Blutung ist eine der schwierigsten, die es gibt. Die 3 Cardinalsymptome, welche Dr. Westphalen verlangt: Hyperacidität, Schmerz nach der Nahrungsaufnahme und localisierter Druckschmerz sind nicht eindeutig. In der Gegend des Epigastrium drängen sich Organe zusammen, deren jedes druckempfindlich sein kann. Bei Cholecystitis kann der Leberrand bis ins Epigastrium hinein druckempfindlich sein, dabei besteht Hyperacidität und können Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme auftreten. Dort liegen die druckempfindlichen Plexus, die wir bei nervösen Magenleiden und bei Sclerose der Abdominalaorta finden, die an sich auch Schmerzen nach dem Essen auslöst. Ich meine, dass die Diagnose in solchen Fällen oft eine zweifelhafte bleibt und dass daher der Procentsatz der Heilungen bei interner Behandlung nicht mit dem bei operativer verglichen werden darf. In Bezug auf die operative Behandlung der Pylorusstenose möchte ich einen reservierteren Standpunct einnehmen, als Dr. Westpfahlen. Die Frage, ob operiert werden soll oder nicht entscheidet sich für mich dadurch, dass ein Patient trotz täglicher Spülung die mechanische Sufficienz seines Magens nicht wiedererlangt, und an Gewicht abnimmt. Wenn das im Laufe von 2—3 Wochen sich nicht bessert, ist die Operation zu empfehlen. Eine Patientin von 50 Jahren mit extremer Dilatation des Magens infolge von Pylorusstenose wog 81 Pfund. Bei täglichen Spülungen nahm sie im Laufe eines halben Jahres 80 Pfund zu und lebte noch 15 Jahre bei leidlichem Wohlbefinden (allerdings traten intercurrent Störungen auf, die durch Spülungen beseitigt wurden) bis sie am perforierenden Ulcus starb. Dass D. W. darauf hingewiesen hat, dass psychische Störungen in der Aetiologie des Ulcus eine Rolle spielen, erscheint mir höchst bemerkenswert. Ich zweifle nicht daran, dass event. psychisch ausgelöste Gefässkrisen (Pal) für die Erkrankung der Abdominalorgane (Gallenblase, Appendix, Ulcus) von grosser Bedeutung sind, denn es ist eine erwiesene Tatsache, dass das Gefässgebiet, welches vom Splanchnicus innerviert wird, bei depressorischen Affecten mächtig beeinflusst wird und zwar

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in dem Sinne, dass eine starke Blutüberfüllung eintritt. Daraus würden sich manche Tatsachen erklären lassen. Das Stadium der Gefässkrisen dürfte in dieser Hinsicht auch die Aetiologie des Ulcus vent. erklären, die nach der Ansicht des Vortragenden doch noch ein grosses X sei. Diese unbekannte Grösse ist leider auch in dem klinischen Bilde des Ulcus noch nicht fortgeschafft.

Dr. v. Hampeln erklärt im ganzen seine Beistimmung zu den Ausführungen W.'s, nur wolle er noch besonders betont wissen, dass es meistens zwei verschiedene Arten des Ulcus pept. gäbe. Von diesen werde das eine auf anämisch-chlorotischer Basis vorzüglich im jugendlichen Alter beobachtet und sei prognostisch rel. günstig, während das andere, arteriosclerotischen Ursprungs, in den späteren Lebensjahren auftritt, andere Erscheinungen macht und prognostisch ungünstiger dastehe.

In Bezug auf einen Punct müsse er seine abweichende Ansicht von der des Vortragenden, der das Ulc. duodenalis als selbständiges nicht anerkennen wolle, bekennen.

Seiner, H.'s Ansicht nach, können und müssen auch diese Dinge auseinander gehalten werden. Das Ulcus d., das seltenere, gefährlichere Leiden weist doch eigenartige Züge auf. Auf die blutigen Entleerungen per anum lege er hierbei als auf ein zu vieldeutiges Symptom kein grosses Gewicht. Wohl seien ihm aber in den Fällen seiner Praxis, die eigentümlicher Weise lauter Literaten betrafen, die heftigen Schmerzparoxismen mit oft langen freien Intervallen, ähnlich den Gallensteinanfällen und gastrischen Krisen aufgefallen. Wiederholt wurde in Fällen solcher Art eine Neurose angenommen, weil die Magendarmtätigkeit normal erschien. Doch handelte es sich um jenes schwere durch Perforation meist tödlich endende Leiden. In 2 Fällen war operiert worden, 1 Mal mit günstigem Ausgange.

Dr. Fick: Wenn Dr. Westphalen anführte, dass wir keine Ulcera peptica jejuni mehr beobachtet hätten, seit wir jeden gastroenterostomierten Kranken einer Ulcuscur unterwerfen, so möchte ich betonen, dass gleichzeitig auch eine Aenderung des operativen Verfahrens eingetreten ist. Ich habe seit annähernd derselben Zeit angefangen die Schleimhaut für sich zu vernähen, während ich früher durch alle Schichten der Magendarmwand die Nähte führte. Da diese Naht in das Darmlumen abgestossen wird und sich nur langsam lösen dürfte, so ist es sehr wohl möglich, dass durch die Zerrung durch die vorbeipassierenden Ingesta ulcerative Vorgänge an der Anastomosenstelle hervorgerufen werden.

Die Frage, welche Gastroenterostomie die antecolica oder die retrocolica den Vorzug verdient, möchte ich nach meinen Erfahrungen dahin beantworten, dass sie beide gleichwertig sind und vorzügliche Resultate geben, wenn der Pylorus undurchgängig resp. stark stenosiert ist. Bei durchgängigem Pylorus wird man gut tun, eine Enteroanastomose anzulegen, namentlich wenn man die vordere Gastroenterostomie gemacht hat. Die Gastroenterostomie wegen Ulcus ventriculi bei offenem Pylorus gibt überhaupt schlechtere Resultate als bei gleichzeitig bestehender Stenose.

Dr. Schawlow: Zur Diagnostik möchte ich noch auf die Beobachtung des Engländers Hedd, die auch Oppenheim bestätigt, hinweisen, dass bei Geschwüren im Duodenum oder an der hinteren Curvatur, das Epigastrium trotz spontaner oder druckempfindlicher Schmerzhaftigkeit hypästhetisch wird. Zum Unterschied gegen Cholecystitis wäre die Heddsche Hypästhesie von Wert.

Prof. Dehio: In der Dorpater Medicinischen Klinik kommen vorwiegend Kranke mit inveterierten Magengeschwüren zur Behandlung, die schon infolge einer Pylorusstenose an Magendilatation und Stagnation des Mageninhaltes leiden. Solche Fälle sind klinisch oft nicht von chronischen Magenkatarrhen mit Ektasie zu unterscheiden. In Praxi handelt es sich in beiden Fällen um Beseitigung der Stagnation des Mageninhaltes. Zuweilen genügt hierzu allein eine rationelle Aenderung der Diät, öfter sind spät abendliche Magenausspülungen von Erfolg und erst wenn diese beiden Massregeln nicht genügen, um die Magenbeschwerden zu beseitigen und eine genügende Ernährung des Kranken zu sichern, — dann soll zum operativen Eingrift (Gastroenterostomie) geschritten werden.

Dr. Westphalen (Schlusswort): Im Gegensatz zu Dr. von Engelhardt halte ich in der grössten Mehrzahl der Fälle die Diagnose des Ulcus nicht für schwer; wo grobe Blutungen (Haematemese oder Melaena) in Verbindung mit anderen Symptomen vorliegen, bekanntlich für sehr leicht, doch dürfte es auch bei den meisten anderen Fällen, die mit weniger demonstrativen Zeichen einhergehen, nicht schwer fallen, die richtige Diagnose zu stellen. Entweder verhelfen uns dazu die sog. occulten Blutungen mit der Einschränkung allerdings, dass vor Ausführung der Probe 2 Tage kein Fleisch genossen werden darf, oder der Nachweis circumscripter Symptome bei allgemeinen Hyperaciditätsbeschwerden.

Zu den circumscripten Symptomen rechne ich hauptsächlich eine umschriebene epigastrale Druckempfindlichkeit, wenn diese nicht der bekannten Palpationsstelle des Plexus solaris entspricht, die allerdings unendlich häufig bei den allerverschiedensten Leiden, besonders bei Neurosen druckempfindlich angetroffen wird. Dem sog. Boasschen Druckpuncte messe ich die immerhin zur Diagnose des Ulcus ventriculi nicht unwichtige Bedeutung einer Headschen Zone bei. Bei richtig gestellter Diagnose müssen die epigastrale und dorsale Druckempfindlichkeit zugleich mit dem Schwinden der subjectiven Beschwerden nach einer eingeleiteten v. Leubeschen Ulcuscur geringer werden. In ganz zweifelhaften Fällen dürfte schliesslich der positive Ausfall einer v. Leubeschen Probecur im Sinne einer Ulcusdiagnose verwandt werden. Natürlich ist eine Controlle der Diagnose nur durch eine spätere Section oder Operation möglich. In allen solchen Fällen hat meine Diagnose bisher gestimmt, daher hoffe ich, dass sie auch in den übrigen Fällen richtig gewesen sein dürfte.

Auch unsere Kranken sind nicht der Stenose wegen, sondern wegen der Stauung im Magen operiert worden und zwar dann, wenn bei Diät und bei regelmässigen Magenspülungen mit nachträglicher Eingiessung von 100 gr. Olivenöl in den Magen keine Körpergewichtszunahme erzielt werden konnte, oder wenn die Stenose mit noch offenem Ulcus compliciert war, dann wurde allerdings nicht lange gewartet, sondern recht bald operiert und zwar deswegen, weil ein mit Stenose compliciertes offenes Magenulcus durch interne Massnahmen so gut wie niemals zur Verheilung gebracht werden kann.

Bezüglich des Ulcus duodeni muss ich doch auf dem Standpunct verharren, dass alle in der Literatur für dieses Leiden angegebenen Symptome: rel. späteres Auftreten der Schmerzen nach der Nahrung, Blutungen vorzugsweise in den Darm, wie mich recht viele hernach operativ controllierte Fälle gelehrt haben, auch dem Magengeschwür zukommen können und vice versa dieses mit den genannten dem Duodenalgeschwür zukommenden Symptomen verlaufen kann. Meist findet sich das Duodenalgeschwür ganz nahe dem Pylorus unterhalb desselben, ebenso wie das sog. Pylorusgeschwür des Magens nicht am Pylorus selbst, sondern gleich weit oberhalb des Pförtners sich befindet. Duodenum und Magen sind zwar durch den Pylorus von einander anatomisch getrennt, bilden aber bis zur Einmündungsstelle des Gallen- und Pankreasganges eine physiologische Einheit, und es scheinen beiderlei Arten von Geschwüren die gleichen Symptome zu geben. Das seltene, unterhalb dieser letztgenannten Stelle belegene Duodenalgeschwür beansprucht für sich allerdings eine mehr selbständige Bedeutung. Ich möchte die Duodenalgeschwüre auch nicht für so selten ansehen. Mayo fand bei Operationen 64 Duodenalgeschwüre und 36 Magenulcera.

Was schliesslich das Ulcus der alten Leute anbetrifft, so glaube ich gleich Dr. v. Hampeln, dass dieses auf arteriosclerotischer Basis entsteht und prognostisch ungünstiger als die Ulcera jüngerer Altersstufen zu beurteilen ist.

(Fortsetzung folgt).

Der erste allrussische Congress der Fabrik-Aerzte und Vertreter der Fabrik-Industrie in Moskau v. 1. — 7. April 1909.

Von

Dr. S. Bobrinski.

Sitzung am 2. April (Morgens).

Zum Vorsitzenden wurde erwählt Dr. N. Weselowsorow (Petersburg) und Dr. P. A. Aljawdin (Iwanowo-Wosnessensk) als Vicepräses.

Dr. W. W. Wladimirski (N.-Nowgorod) «Ueber ärztliche Besichtigung der Arbeiter beim Dienstantritt auf Fabriken und Werken.

Der Berichterstatter schlägt vor eine Besichtigung der Arbeiter welche in die Fabriken und Werke eintreten, unbedingt durch einen Arzt vornehmen zu lassen, und zwar als prophylaktische Massregel: einerseits zur Sicherung des Arbeiters selbst vor den schädlichen Folgen der Arbeit für ihn, andererseits, um die übrigen Arbeiter vor einer Ansteckung zu bewahren; ferner zu ökonomischen Zwecken: Tauglichkeit des antretenden Arbeiters zur Arbeit und die Productivität seiner Leistungen und zu Lehrzwecken. Sammeln von Material und Daten für statistische Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Arbeiter. Weiter schlägt der Redner vor, dass die Fabrikärzte gemeinsam ein für alle Unternehmungen oder für eine Gruppe von Unternehmungen — nach Art der Erzeugnisse — gültiges Verzeichnis derjenigen Krankheiten und physischen Mängel auf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellen sollten, welche der Aufnahme zur Arbeit hinderlich sind, zur Richtschnur für die Aerzte, sowie zur Verhinderung des gänzlichen Ausfallens einer Besichtigung, oder verschiedener Zufälligkeiten, welche bei einer persönlichen Besichtigung, entstehen können. Zwecks einer gleichartigen Materialsammlung, teils zur Auskunft dienend, teils zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung, müssen die Fabrikärzte eine gleichartige Registrierung der Resultate der Besichtigung nach dem Kartensystem ausarbeiten und zur gemeinsamen Anwendung bringen. Indem der Redner die Fabrikgesetze zum Schutze der Arbeiter berührt, welche im Gesetz vom 2. Juni 1903 einseitig ausgedrückt sind, schlägt er vor, dieselben auf folgende Weise zu ergänzen: 1) Das Gesetz vom 2. Juni 1903 muss durchgesehen und umgearbeitet werden übereinstimmend mit den gemachten Erfahrungen bei seiner Anwendung. 2) Die Verantwortlichkeit der Unternehmer bei Unglücksfällen der Arbeiter soll nicht einzelnen Personen sondern der ganzen Gruppe der Unternehmer auferlegt werden und muss auf der Grundlage der staatlichen Versicherungen organisiert sein. 3) Eine solche allgemeine staatliche Versicherung der Arbeiter muss die Versicherung gegen Alter, Invalidität und gegen Krankheitsfall umfassen und alle diese Gesichtspuncte der Versicherung müssen planmässig mit einander in Uebereinstimmung gebracht werden. 4) Eine regelrechte und vollkommen durchgeführte Versicherung der Arbeiter muss viele überflüssige und lästige Einschränkungen bei der Annahme der Arbeiter auf Fabriken und Werken beseitigen. Nachdem der Redner sein Project eines Verzeichnisses derjenigen Krankheiten und körperlichen Fehler, welche die Aufnahme der Arbeiter auf Fabriken und Werken verhindern, vorgebracht hatte, bittet er den Congress, eine Commission zur Durchsicht desselben zu erwählen.

An der Discussion beteiligten sich: Dr. Dr. W. N. Golubin, M. L. Hesin (St. Ptbg.) und I. Weger (Moskau), welche sich zu den Vorschlägen ablehnend verhielten und in denselben nur eine Schutzvorrichtung für die Unternehmer sahen.

Der Arbeiter I. I. Jermolajew wies darauf hin, dass für eine regelrechte Durchführung der Besichtigungen die Unabhängigkeit der sie vornehmenden Aerzte von den Fabrikanten notwendig sei und dass hierbei die Versicherung der Arbeiter gegen Alter und Invalidität stattfinden müsse.

Der Arbeiter Koralew wies auf die Abnormität der Besichtigungen hin.

Dr. D. P. Nikolski (St. Ptbg.) äusserte sich dahin, dass die Frage der Besichtigungen der Arbeiter auf das Programm des 2. Congresses der Fabrikärzte gesetzt werde.

Diesem Gesichtspuncte schloss sich auch Dr. Wigdortschik (St. Ptbg.) an.

Die Deputierten der Arbeiter reichten folgende Resolution ein: «Im Hinblick darauf, dass 1) die zwangsweise Besichtigung der neuantretenden Arbeiter unter den bestehenden Bedingungen zu ihrem Endzweck nicht den Schutz des Lebens der Arbeiter hat; 2) dass durch das Fehlen einer staatlichen Versicherung der Arbeiter für den Fall des Verlustes der Arbeitsfähigkeit die Nichtzulassung der schwächeren Arbeiter zur Arbeit die Arbeitermassen der chronischen Arbeitslosigkeit und Hunger-Existenz in die Arme treibt, nachdem sie ihre Kräfte in der Arbeit für die Unternehmer dahingegeben haben und in die ungünstigsten Bedingungen zum Kampfe ums Dasein versetzt wurden; 3) dass infolge der abhängigen Stellung der Fabrik-Aerzte und durch den Druck, welchen die Unternehmer auf sie ausüben, in gewissen Fällen ein Missbrauch der Besichtigung zu besonderen Zwecken möglich ist, welche mit der Medicin nichts gemein haben,— verhält sich der Congress zu den medicinischen Besichtigungen in der jetzigen Form ablehnend. Andererseits ist der Congress, indem er anerkennt, dass bei regelrechter Organisation einer staatlichen Arbeiterversicherung und bei der Befreiung des Aerztepersonals von seiner jetzigen abhängigen Stellung die Besichtigung als eine günstige Waffe zum Schutze der Gesundheit der Arbeiter erscheint, mit der Zulassung einer solchen Besichtigung einverstanden, wenn dieselbe von entsprechend organisierten Versicherungsbehörden überwacht wird.

Zur Vervollständigung dieser Resolution schlug Dr. N. A. Wigdortschik vor, noch folgenden Punct in dieselbe aufzunehmen: «Was die practischen Fragen anbetrifft, mit welchen sich die Aerzte bei der Besichtigung zu beschäftigen haben und welche bis zur Einführung der Besichtigung die Aerzte nicht interessieren können, so sollten diese, da sie überhaupt noch nicht ausgearbeitet sind, auf das Programm des 2. Congresses gestellt werden.

Die Resolution der Arbeiter wurde mit grosser Stimmenmehrheit und zusammen mit dem vorstehenden Zusatz angenommen, doch wurde der Absatz 3, welcher von der abhängigen Lage der Aerzte spricht, ausgeschlossen. Die Arbeitergruppe reichte darauf dem Präsidium einen besonderen Antrag ein, in welchem sie darauf bestand, dass dieser Absatz voll aufgenommen wird.

Dr. K. F. Wegner (Charkow), «Ueber die Tätigkeit und die Aufgaben des medicomechanischen Instituts des Congressrates des Bergindustriellen Südrusslands in Charkow».

Nach 2-jährigem Bestehen des Instituts, welches auf Kosten des Congressrates in Charkow, als Universitätsstadt gegründet worden ist, waren in dem Institut 1284 Kranke, von welchen 1102 der Besichtigung unterworfen wurden, während 182 zur Behandlung und Ausheilung kamen. Von letzteren 182 Kranken erlangten 25 pCt. volle Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit, bei 50 pCt. wurde die Arbeitsfähigkeit um die Hälfte erhöht, bei 20 pCt. weniger als um die Hälfte, während 5 pCt. ganz resultatlos behandelt wurden. Auf diese Weise erfüllt das Institut eine doppelte Aufgabe: 1) Es führt die Besichtigung der Arbeiter durch, welche durch Unglücksfälle gelitten haben, zwecks Feststellung einer genauen wissenschaftlich begründeten Diagnose, im Bedarfsfalle jedoch auch, in wieweit sich die Arbeitsfähigkeit derselben vermindert hat. Zu diesem Zweck besitzt das Institut alle nötigen Einrichtungen für die Untersuchungen welche im Beisein von Consultanten aus der Zahl bekannter Charkower Special-Aerzte und Professoren vorgenommen werden. 2) Es übernimmt die Behandlung und Ausheilung der Arbeiter in allen denjenigen Fällen, wo dies mit den am Orte zu Gebote stehenden Mitteln möglich ist. Neben chirurgischer Behandlung, Ausführung von Operationen, ist das Institut mit Apparaten für die mechanische Behandlung hauptsächlich für die Beseitigung functioneller Störungen, welche bei der Verheilung von Verletzungen bei Unglücksfällen nachbleiben, für die Behandlung von Verkrümmungen, Contracturen der Gliedmassen u. s. w. versehen.

Dr. L. A. Babynin, Delegierter der Jekaterinoslawer Fabrik-Aerzte-Gesellschaft: «Ueber die Tätigkeit des Consultationsbüreaus der Aerztegesellschaft der industriellen Unternehmungen des Gouv. Jekaterinoslaw». Der Vortragende teilt die Resultate der Tätigkeit des Büreaus mit, welches in Jekaterinoslaw seit d. J. 1904 besteht, d. h. also seit dem ersten Jahre der Einführung des Gesetzes v. 2. Juni 1903, über die Verantwortlichkeit der Unternehmer bei Unglücksfällen der Arbeiter. Ausser den Fabrikärzten wurden in das Büreau eingeladen: der Stadtarzt, der Medicinalinspector, die Vertreter der Industrie und Special-Aerzte. Die Arbeiter waren unzufrieden mit der Tätigkeit des Büreaus und das Büreau wurde geschlossen, nachdem die Arbeiter zu tätlichen Angriffen gegen die Mitglieder des Büreaus vorgegangen waren. Seit Juli 1906 führte der Stadtarzt die Arbeit des Büreaus weiter, aber da er nicht imstande war, die ungeheuren Mengen von Begutachtungen zu erledigen, so wandten sich die Arbeiter selbst an den Gouverneur mit der Bitte um Wiedererrichtung des Büreaus und letzteres nahm seine Tätigkeit auf neuen Grundlagen wieder auf. In das Büreau kamen Specialärzte hinein, welche keinerlei Beziehungen zu den Fabriken hatten, dabei waren 2 Aerzte auf Empfehlung der Gewerksverbände eingeladen und 2 Delegierte der letzteren. Bei diesem Umschwung in den bestehenden Verhältnissen wurden wieder die Fabrikanten unzufrieden, und um strenge Neutralität zu wahren, sah sich die Gesellschaft der Jekaterinoslawschen Aerzte veranlasst, die Vertreter beider Interessengruppen auszuschliessen. In dieser Form existiert nun das Büreau bis jetzt, es schreitet in der Ausbreitung seiner Tätigkeit fort, und wird in der Hauptsache von den Fabrikanten unterstützt. Im Verlaufe von 4 Jahren wurden von dem Büreau 5319 Invaliden besichtigt, und gegenwärtig steht es auf fester Grundlage.

In der Discussion bemerkt Dr. L. M. Soschkin-Jekaterinoslaw, dass das Jekaterinosl. Büreau in gegenwärtiger Zeit sich das allgemeine Vertrauen erworben hat, aber keine Mittel besitzt. Die Expertise wird von seiten des Bezirksgerichts in unbefriedigender Weise durchgeführt, und gesetzgeberische Reformen wären in dieser Angelegenheit unbedingt notwendig. Das Institut des Dr. Wegner geniesst das Vertrauen der Arbeiter nicht.

Dr. W. J. Kannel (Moskau) bemerkt inbezug auf das Institut des Dr. Wegner, dass solche Institute in West-Europa «Rentenquetscher» genannt werden.

Dr. S. E. Korshenewski (Jekaterinoslaw) bemerkte, dass der 2. Congress der Bergbau-Aerzte, welcher 1908 in Jekaterinoslaw stattfand, die Tätigkeit des Wegnerschen Institutes hinsichtlich Expertisen für unbefriedigend erklärte.

Der Arbeiter aus Baku W. M. Smirnow, schildert das Expertisenbüreau in Baku folgendermassen: dem Bestande dieses Büreaus gehören 2 Aerzte von den Naphtaindustriellen und 2 von den Arbeitern an, wobei die Ausgaben für die Aerzte von den Naphtaindustriellen gedeckt werden. Das Büreau ist absolut unabhängig und verdient das volle Vertrauen der Unternehmer wie auch der Arbeiter.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Dr. M. M. Maguia (St. Petersburg) macht auf das Bestehen eines Expertisenbüreaus bei dem Petersburger Maximiljanowski-Hospital aufmerksam, welches wegen beschränkter Mittel kaum existieren kann.

Der Deputierte der Arbeiter F. J. Jakowlew schlägt folgende Resolution vor. Indem der Congress die grosse Bedeutung der medicinischen Expertise in Sachen der Rentengewährung für invalide Arbeiter berücksichtigt und zugesteht, dass die Concentrierung der Expertise in den Händen der Unternehmer, welche an einer Verkürzung der Renten interessiert sind, dem Unternehmer eine wichtige Waffe gegen invalide Arbeiter in die Hand gibt, hält es der Congress für unerlässlich, dass die Organisation des Büreau unter Controlle der Arbeiter und nach dem Princip der Neutralität bei gleicher Teilnahme von Vertretern der Arbeiter- und Unternehmerorganisation vorgenommen wird, wobei das Büreau vollkommen selbstständig in allen seinen inneren Angelegenheiten zu handeln hat.

Diese Resolution blieb ohne Abstimmung angesichts der vorzeitigen Schliessung des Congresses.

Abendsitzung.

Dr. M. I. Retiwow (Kriwoi-Torez) «Versuch einer statistischen Bearbeitung der traumatischen Beschädigungen in den Schtscherbinowschen Bergwerken».

Im Verlaufe der Zeit v. 1907—1908 waren unter den Arbeitern, welche unter der Erde arbeiteten, 78 pCt. traumatischer Fälle, unter den Arbeitern, die über den Schachten beschäftigt waren, 22 pCt. Am meisten litten darunter die Arbeiter, die mit der Befestigung der Schächte, dem Aufräumen in denselben und mit der Bedienung der Wagen beschäftigt waren (60 pCt.). Von den Arbeitern, welche oberhalb der Erde arbeiteten, litten am meisten die sog. Schwarzarbeiter. Die Ursachen der Beschädigungen sind zu suchen: 1) in der zu bearbeitenden Erdschicht, 2) in der geringen Routine der neueingetretenen Arbeiter, die aufgeregt sind und in der ungewohnten Umgebung unter der Erde ihre Geistesgegenwart verlieren und 3) in der Uncultiviertheit der Arbeiter, unter denen nur wenige lesen und schreiben können. Traumatischer Fälle gibt es am Tage ungefähr 1½ Mal mehr, als in der Nacht, der Grund dafür ist der, dass in der Nacht in den Schachten nicht gearbeitet wird.

Dr. I. D. Astrachan (Moskau) legt der Versammlung ein Project vor betreffs gleichartiger Kartenregistratur der Unglücksfälle.

I. P. Tschulkow (Moskau) «Beschädigungen bei den Arbeiten mit dem elektrischen Strom». Der Redner führt die von ihm beobachteten Fälle der Arbeiterbeschädigungen durch den elektrischen Strom an.

Dr. L. M. Stanilowski (Moskau), «Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage der traumatischen Neurose».

Der Redner kommt auf Grund wissenschaftlicher Belege und eigener Beobachtungen zu folgendem Endresumé. 1) Die traumatische Neurose ist eine Neuropsychose, welche die Reaction des Organismus auf Erschütterungen des Nervensystems durch Trauma bildet. 2) Die traumatischen Beschädigungen wirken auch psychisch [Schreckneurose (Kraepelin)]. 3) Bei der Expertise muss der Arzt seine Aufmerksamkeit auf die psychische Beschaffenheit des Kranken richten.

(Schluss folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat

vom 23.—25. August 1909.

Programm.

Sonntag, den 23. August.

I. Allgemeine Sitzung von 10—1 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio: 1) Eröffnung des Congresses und Wahlen. — 2) Prof. Dr. J. v. Kennel (als Gast): Ueber Befruchtung und Vererbungstheorien. — 3) Dr. phil. A. v. Antropow (als Gast): Ueber den osmotischen Druck und seine Bedeutung im Organismus. — 4) Director Dr. Tiling: Ueber Schwachsinn.

II. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio: 1) Dr. A. Berkholz: Ueber Säuglingsernährung. — 2) Dr. A. Keilmann: Hygiene der Geburt und des Wochenbettes. — 3) Dr. G. v. Knorre: Aufruf zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. — 4) Dr. E. Johannson: Ueber Augenverletzung und deren Entschädigung. — 5) Dr. Ed. Schwarz: Das Unfallsversicherungsgesetz und seine Folgen. — 6) Dr. M. Schönfeldt: Die Begutachtung das traumatischen Neurotikers. — 7) Dr. A. v. zur Mühlen: Ueber die Infectionswege der Tuberculose.

Montag, den 24. August.

Combinierte Sitzung der Sectionen für Neurologie, Gynäkologie und Chirurgie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio: 1) Dr. W. v. Holst: Referat über die Berührungspuncte zwischen Neurologie und Gynäkologie.— 2) Dr. A. Keilmann: Correferat hierzu. — 3) Dr. E. v. Kossart: Pyelitis in der Gravidität. — 4) Dr. L. Bornhaupt: Die Behandlung der allgemeinen, eitrigen Peritonitis.

Specialsitzung für Dermatologie und Urologie von 10—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. G. v. Engelmann: 1) Dr. G. v. Engelmann: Referat über Uretherenkatheterismus und functionelle Nierendiagnostik. — 2) Dr. J. Eliasberg: Theorie und Praxis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Syphilis. — 3) Dr. E. Kröger: Die Frühbehandlung der Lues. — 4) Dr. M. Hirschberg: Epidemische Haarkrankheiten.

Dienstag, den 25. August.

Specialsitzung für innere Medicin von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. J. Krannhals: 1) Dr. W. Hollmann: Referat: Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens. — 2) Dr. P. v. Hampeln: Ueber die thoracalen Richtungslinien bei der Bestimmung der Herzgrenzen.—3) Dr. J. Krannhals: Ueber die practische Verwertbarkeit der Tuberculinreaction. — 4) Dr. R. v. Engelhardt: Zur Aetiologie des Gichtanfalls und der acuten Cholecystitis. — 5) G. Kieseritzky: Ueber Leukanämie.

Specialsitzung für Ophtalmologie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. H. v. Krüdener: 1) Dr. H. v. Krüdener: Ueber Trachom und infectiöse Augenkrankheiten (Referat). — 2) Dr. G. Ischreyt: Ueber die neueren Ergebnisse der Glaucomforschung und Behandlung.

IV. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio: 1) Es werden kurze Resumees aller auf den Sitzungen der Specialsectionen verhandelten Fragen von den Präsides der Sectionen geliefert werden. — 2) Wahl des Präses und des Ortes für den nächsten Congress. 3) Jahresversammlung der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Specialsitzung für Chirurgie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. A. v. Bergmann: 1) Dr. A. v. Bergmann: Referat über die Magenresection und die Gastroenteroanastomose. — 2) Dr. P. Klemm: Die Indicationen für den chirurgischen Eingriff bei Gallensteinerkrankungen. — 3) Dr. W. Greiffenhagen: Ueber die Indicationen für die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes (an der Hand von ca. 200 eigenen Fällen).

Specialsitzung für Gynäkologie und Geburtshilfe von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Kessler: 1) Dr. A. Keilmann: Zur Tamponfrage. (Referat.) — 2) Dr. A. Christiani: Correferat hierzu. — 3) Dr. G. v. Knorre: Carcinoma Uteri. (Referat.) — 4) Dr. G. v. z. Mühlen: Correferat hierzu. — Dr. W. Ruth: Puerperalfieber.

Specialsitzung für Neurologie und Psychiatrie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Director Dr. Tiling: 1) Dr. J. Schröder: Klassification der functionellen Psychosen. (Referat.) — 2) Privatdocent Dr. Idelsohn: Aphasie. (Referat).

III. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio: 1) Prof. Dr. Dehio: Bericht über den diesjährigen internationalen Lepracongress in Bergen. — 2) Dr. W. Greiffenhagen: Die Bedeutung der Otiatrie und Rhino-Laryngologie für den practischen Arzt. — 3) Jahresversammlung der Unterstützungscasse der Mitglieder der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Schluss des I. Baltischen Aerztecongresses.

Meldungen von Vorträgen, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht zu überschreiten haben, und eventuelle Anfragen sind an den Präses des ständigen Congressbureaus Dr. W. v. Holst, Riga, Nikolaistrasse Nr. 20, zu richten.

Als Schlusstermin für die Anmeldung von Vorträgen gilt der 15. Juni. Nach Meldungsschluss wird ein zweites Programm veröffentlicht werden.

— St. Petersburg. Das Evangelische Hospital und Diakonissenhaus begeht am 20. September dieses Jahres die Feier seines 50-jährigen Bestehens. Von den im Hospital in dieser Zeit verpflegten 20000 Kranken sind 11000 unentgeltlich verpflegt worden, Kranke aller Nationen und Confessionen. Das ist eine Zahl, die allen Freunden dieses Werkes der Wohltätigkeit Veranlassung geben kann, mit grosser Freude und Genugtuung auf die geleistete Arbeit dieser Anstalt zurückzuschauen. Wohl ist im Laufe der Jahrzehnte der Einwand gemacht worden: «Bei so vielen Gratis-

Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kranken kann die Anstalt nicht bestehen!» Doch das Hospital ist durchgekommen und hat sich bis auf 120 Betten vergrössert! Allerdings hat je und je auf so manches verzichtet werden müssen, was für das Hospital und Diakonissenhaus erforderlich gewesen wäre. Auch hat sich der Verwaltungsrat vor sieben Jahren zu einer Erweiterung des Hospitals entschliessen müssen, da der Anstalt von der Stadtverwaltung ein Grundstück nur unter der Bedingung überlassen wurde, dass das Hospital um 25 Betten erweitert werde. Um die durch diese Erweiterung verursachten jährlichen Mehrausgaben bestreiten zu können, wurde das Kapital in einem Miethause angelegt, das — sobald die noch recht bedeutenden Schulden getilgt sein werden — den erforderlichen Ertrag zu sichern verspricht.

Nun steht das Jubiläum bevor! Der ältere Teil des Hospitals ist vor 38 Jahren erbaut worden, die Remonten konnten stets nur spärliche sein, das Inventar warde seinerzeit im gebrauchten Zustande geschenkt, für technische, medicinische Vervollkommnungen konnte nicht in genügendem Masse gesorgt werden; die Anlagen für Hydrotherapie und Lichtbehandlung, die Neumöblierung der Privatzimmer, vor allem aber die Vollendung des Baues der chirurgischen Abteilung, — das alles hat aus Mangel an Mitteln unterbleiben müssen. Soll das Evangelische Hospital nicht in Zukunft als veraltet, unmodern und rückständig von anderen Privathospitälern in den Hintergrund gedrängt werden, so müssen grosse Summen an die Kapitalremonte des alten Teils der Anstalt, an die Vollendung der Ausstattung und Einrichtung des chirurgischen Flügels, an medicinische Vervollkommnungen des Hospitals sowie an die durchaus erforderliche Neueinrichtung der Privatzimmer gewandt werden. Die Mittel dazu fehlen und werden nie erübrigt werden können, da der Verwaltungsrat bei seinem nun durch 50 Jahre bewährten Grundsatz bleiben muss, in dem Evangelischen Hospital eine Wohltätigkeitsanstalt zu sehen, die in weit ausgedehntem Masse den Armen und Aermsten unter den Kranken dient. Aber bitten darf der Verwaltungsrat, bitten, zum Jubiläum helfen zu wollen, das Evangelische Hospital zu seinem Jubiläum in ein schmuckes, den Anforderungen der Zeit entsprechendes Gewand zu kleiden und Unvollendetes zu vollenden, damit es bleibe und immer mehr werde unser Stolz und unsere Freude und auch fernerhin vielen Kranken eine gesegnete Stätte sei. Gaben werden von allen Pastoren und den unterzeichneten Mitgliedern des Verwaltungsrats entgegengenommen:

Präsident und Ehrencurator Bischof C. Freifeldt (Kirotschnaja 8). Substitut des Präsidenten Senator C. Graf von der Pahlen. Director des Hospitals Wirkl. Staatsrat Dr. C. Frankenhäuser (Ligowskaja 4). Substitut des Directors Dr. A. v. Schrenck (Newski 63). Rector des Diakonissenhauses Pastor H. Findeisen (Ligowskaja 4). Oberin Diakonisse Luise Paucker (Ligowskaja 4). Wirkl. Staatsrat Prof. Dr. G. Tiling (Liteinaja 55). Schatzmeister Baron N. v. Schilling.

In diesem Monat vollenden sich 25 Jahre seit dem Dienstantritt des Professors der Geschichte und Encyklopädie der Medicin, Dr. G. Skoritschenko an der Militär-Medicinischen Akademie zu St. Petersburg. Nach dem Statut der Akademie darf ein Professor nur in dem Falle noch weitere 5 Jahre im Lehramt verbleiben, wenn er von der Professorenconferenz neu gewählt und diese Wahl vom Kriegsminister bestätigt wird. Aber auch zur Abstimmung über die Neuwahl bedarf es der Genehmigung des Kriegsministers. Bisher wurde diese Genehmigung immer ohne weiteres erteilt. Nun hat aber der Kriegsminister nicht gestattet, über die Wahl Prof. Skoritschenkos abzustimmen, wodurch der Professor gezwungen wird, seinen Abschied zu nehmen. Hierdurch wird, wie die Zeitung «Retsch» richtig bemerkt, der Modus der Professorenwahl in seinen Grundlagen erschüttert.

Prof. Skoritschenko, der sich bei den Studenten und mehreren Professoren grosser Beliebtheit erfreut, ist gleichzeitig Director der Bibliothek der Akademie, sowie Vorsitzender des Verwaltungsrats der Bibliothek der Professoren und Studenten und er sollte auch als Bibliothekar wiedergewählt werden. ‹Unvorhergesehene Umstände› gaben jedoch der Angelegenheit eine andere Wendung. Sein wohlwollendes Verhalten zu den Studenten, besonders nach der Freiheitsbewegung, hat sich besonders in seinem Gesuch um die Wiederaufnahme der ausgeschlossenen Studenten geäussert, und auf den Konferenzen der Akademie ist er der einzige gewesen, der den Mut gehabt, einen der damaligen Strömung widersprechenden Standpunct zu vertreten. Die Entlassung bringt die «Retsch» mit der Revision der Akademie durch den General Baron Meyendorff in Zusammenhang. Damals soll man sich über Prof. Skoritschenko beschwert haben, weil er für das Lesezimmer keine reactionären Zeitungen bestellt hätte. Von den Akademisten wäre in dieser Angelegenheit dem Kriegsminister ein Bericht zugegangen.

Sollte es wirklich dazu kommen, dass Prof. Skoritschenko gezwungen wird, seine Lehrtätigkeit an der Akademie aufzugeben, so würde dieser Umstand bei einem jeden, dem die akademische Freiheit und das Gedeihen der Akademie am Herzen liegt, nur tiefes Bedauern hervorrufen. Abgesehen hiervon ist auch wenig Aussicht vorhanden, dass es dem Professorenconseil gelingen würde, einen würdigen Nachfolger an Prof. Skoritschenkos Stelle zu finden. Wir hoffen aber im Interesse der Sache, dass es gelingen wird, eine so tüchtige Lehrkraft, wie Prof. Skoritschenko, der Akademie zu erhalten.

— Am 15. Mai fand hier die erste Sitzung der medicinischen Section der neugegründeten Gesellschaft für Versicherungswissenschaft statt. Zum Präses wurde Prof. Dr. Lewin, zum Vicepräses Dr. med. Abelmann gewählt. Bei der Wahl des Secretärs erhielten anfangs die DDr. F. Dörbeck und F. Holzinger die gleiche Stimmenzahl; beim 2. Wahlgang wurde Dr. F. Holzinger mit einer Majorität von 9 gegen 8 Stimmen gewählt. Bei der Besprechung über die nächsten Ziele und Aufgaben der Section erwies es sich, dass hierüber unter den Mitgliedern durchaus keine einheitliche Meinung herrscht, dass dieselben vielfach missverstanden und mit den Aufgaben der Klinik verwechselt werden.

— Nach 8-tägiger Pause gelangten am 16. Mai in St. Petersburg wieder zwei Neuerkrankungen an der Cholera zur Registrierung; von den in Behandlung stehenden Patienten starb einer, genas niemand. Am 17. Mai erkrankte 1 Person, starb 1, genasen 2. Am 18. und 19. Mai fanden keine neuen Erkrankungen statt. Von 12 Uhr mittags des 20. bis 12 Uhr mittags des 21. Mai erkrankten 4, starben 3 und genasen keine. In Behandlung verblieben 3 Personen. Seit dem Ausbruch der Epidemie erkrankten 10388, starben 4027 und genasen 6358 Personen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 26. April bis 2. Mai 1909 456 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 37, Typhus exanthem 6, Febris recurrens 55, Pocken 20, Windpocken 9, Masern 97, Scharlach 82, Diphtherie 65, Cholera 9, acut. Magen-Darmkatarrh 16, an anderen Infectionskrankheiten 60.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11809. Darunter Typhus abdominalis 409, Typhus exanth. 37, Febris recurrens 308, Scharlach 232, Masern 109, Diphtherie 150, Pocken 82, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 15, crupöse Pneumonie 138, Tuberculose 582, Influenza 240, Erysipel 83, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 84, Lepra 2, Syphilis 507, venerische Krankheiten 306, acute Erkrankungen 1904, chronische Krankheiten 1626, chirurgische Krankheiten 1408, Geisteskrankheiten 3203, gynäkologische Krankheiten 230, Krankheiten des Wochenbetts 46, verschiedene andere Krankheiten 98.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 864 + 51 Totgeborene + 46 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 9, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 2. Pocken 5, Masern 32, Scharlach 25, Diphtherie 10. Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 45, katarrhalische Pneumonie 114, Erysipelas 8, Influenza 10, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 123, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 45, andere Magen- und Darmerkrankungen 38, Alcoholismus 0, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 260.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 4. bis zum 11. April 111 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Aegypten erkrankten vom 1. bis zum 7. Mai 10 Personen an der Pest, starben 7. In Japan erkrankten vom 25. März bis zum 23. April 9 Personen, starben 5. In Singapore fand am 12. April 1 Todesfall an Pest statt.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 29. April der Privatdocent für Kinderheilkunde an der Universität zu Charkow, Dr. J. M. Kolpaktschi im Alter von 52 Jahren, Arzt seit 1881. 2) Am 3. Mai in Iwenzo, Gouv. Minsk Dr. A. Grushewskij, Arzt seit 1889; 3) Am 21. Mai Prof. Dr. Th. W. Engelmann, Director des Physiologischen Instituts in Berlin, 66 Jahre alt. 4) Dr. F. Klug, Prof. der Physiologie an der Universität zu Buda-Pest.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. sept 1909.

Am Dienstag, den 13. October findet die endgültige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts statt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 22 St. Petersburg, den 30. Mai (12. Juni) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lepratherapie.

Von
Dr. med. A. Kupffer.
Anstaltsarzt am Leprosorium zu Kuda (Estland).

Wenn ich es unternehme hier über die Behandlung der Lepra Mitteilungen zu machen, so sehe ich mich veranlasst einige Worte zur Frage der Heilbarkeit dieser Krankheit vorauszuschicken. Hat doch nach landläufiger Meinung der Satz noch allgemeine Gültigkeit, dass bei Lepra eine Heilung ausgeschlossen, eine Behandlung demnach zwecklos, da erfolglos ist. Gegenüber dieser bisher allgemein verbreiteten Anschauungsweise muss ich hervorheben, dass die Wissenschaft das Vorkommen einer Selbstheilung bei Lepra nie geleugnet, sondern ein derartiges Ereignis blos als sehr selten eintretend bezeichnet hat. Was früher auch von der Wissenschaft in Abrede gestellt wurde, das war die Möglichkeit durch therapeutische Eingriffe den Verlauf des Leidens günstig zu beeinflussen. Die Lepra sollte also zwar selbst ausheilen können, aber nicht kurierbar sein.

Eine ganze Reihe von Forschern, von denen ich hier einige zu Worte kommen lasse, hat über von ihnen beobachtete Fälle von Naturheilung Lepröser berichtet. So gibt Danielssen, der Vater der modernen Leprologie, an, 97 Heilungen erlebt zu haben, von denen später durch eine Enquête des Dr. Lie festgestellt wurde, dass factisch in 30 Fällen Dauerheilung erfolgt war, während die übrigen zwei Drittel sich allerdings blos als Scheinheilungen erwiesen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Danielssens Beobachtungen sich auf ein prognostisch sehr ungünstiges Krankenmaterial, nämlich auf die Patienten des Lungegaards Hospitals, bezogen, in dem sich nur Lepröse in vorgerückteren Stadien des Leidens befanden, Stadien in denen die Krankheit naturgemäss permanente Fortschritte zu machen pflegt. Von anderen Autoren will ich Ehlers und Cahnheim anführen, die auf Creta 2 sicher geheilte Lepröse der tuberösen Form gefunden haben. Bei dem einen Fall, einem 58-jährigen Manne, stand die Krankheit seit 16 Jahren still. Der andere Fall betraf eine Frau von 30 Jahren, die vor 20 Jahren ein Löwengesicht gehabt hatte. Bei ihr waren alle Knoten verschwunden und seit 17 Jahren ein vollständiger Stillstand der Krankheit eingetreten. In beiden Fällen war keine methodische Behandlung zur Anwendung gekommen. Der Erfolg muss daher allein durch die vis medicatrix naturae herbeigeführt worden sein. Ferner hat Kaurin (Molde in Norwegen) nach den Angaben von Marcel Sée ebenfalls zweimal die Lepra vollständig zurücktreten sehen. Einmal handelte es sich um ein von leprösen Eltern stammendes 5-jähriges Mädchen mit leichter tuberöser Lepra, welche ausheilte und in 12 Jahren nicht recidivierte. Der zweite Fall betraf einen sehr alten Mann mit Lepra mixta, der ebenfalls genas und noch viele Jahre lebte. Sein Tod erfolgte im 95-ten Lebensjahre durch eine Hemiplegie. Die Section ergab vollständiges Fehlen von krankhaften Knoten. Auch von Jeanselme berichtet Marcel Sée, dass er einen Fall von Lepra maculosa aus Haïti, der 1890 nach Frankreich kam und von Hallopeau behandelt wurde, während 5 Jahren beobachtet habe. Seit 1888 war der Patient, eine Knabe von 15 Jahren, leprös. Bacillen wurden damals reichlich gefunden. 1892 hatte der Patient nur Zeichen reiner nervöser Lepra. Er starb nach einigen Jahren an schnell fortschreitender Tuberculose, welche durch mikroskopische Untersuchung und Inoculation differenzialdiagnostisch festgestellt wurde. Bei der Section fanden sich keine Leprabacillen und Virchowsche Zellen. Dagegen konnte makroskopisch und mikroskopisch die zu Lebzeiten gestellte Diagnose Tuberculose bestätigt werden.

Der allen therapeutischen Erfolgen bei Lepra sehr kritisch gegenüberstehende Lie (Bergen) sagt, dass die Lepra nicht als eine unheilbare Krankheit bezeichnet werden könne, da nicht so ganz wenige unzweifelhafte Fälle von Naturheilungen bei der maculo-anästhetischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und, wenn auch sehr selten, bei der tuberösen Form vorkämen.

Dubreuilh (Bordeaux) hält auf Grund seiner an einem meist aus Mittel-Amerika stammenden Krankenmaterial gemachten Erfahrungen dafür, dass die Lepra ausheilt, wie er selbst beobachtet hat und dass diese Krankheit auch durch Medicamente beeinflusst werden kann.

Nach den Anschauungen von Choksy (Bombay) kommt eine spontane Heilung, ein Aufhören des leprösen Processes, vor, freilich nur bei der anästhetischen Form. Von den 380 vom Autor in Matunga untersuchten Fällen war bei 101 diese spontane Heilung eingetreten, doch bestand noch bei 64 perforierendes ulcus, obschon alle activen leprösen Erscheinungen auch bei diesen 64 Fällen erloschen waren.

Dyer (Amerika) glaubt ebenfalls, dass die Lepra heilbar ist, da nach seinen Erfahrungen sie ebenso wie andere ähnliche Krankheiten (Tuberculose und Lues) mit Erfolg behandelt werden kann und es keine Leprafälle gibt, die nicht irgend einer Behandlungsweise zugänglich sind. Von den lange genug behandelten und früh genug in Behandlung genommenen Kranken wird eine ganze Anzahl gesund.

Tonkin, der mit vielem Fleiss sich dem Studium dieser Frage gewidmet hat und eine reiche Erfahrung besitzt, fand bei seinen Untersuchungen der Leprösen des Sudan zahlreiche geheilte Leprafälle. Er tritt der herrschenden Ansicht, dass die Lepra unheilbar sei und zu frühzeitigem Tode führe, entgegen. Nach seiner Ansicht beeinflussen gute hygienische Verhältnisse den Verlauf äusserst günstig. Wenn die ersten 12 Jahre seit dem Hervortreten der Krankheit überstanden sind, ist die Prognose günstig zu stellen, und nach 20-jähriger Dauer kann die Heilung eine vollständige sein. Von 220 durch Tonkin untersuchte Lepröse lag der Beginn der Krankheit bei 24% — 15 Jahre und bei 8% 20—25 Jahre zurück. Innerhalb dieses Zeitraumes sollen nach Tonkin die Leprabacillen ihre Lebens- und Fortpflanzungsfähigkeit einbüssen, die Effloreszenzen schwinden und die erkrankten Organe ihre Functionsfähigkeit wieder erlangen. Noch günstigere Erfahrungen machte Tonkin auf Robben-Island, auf Grund derer er es noch mehr berechtigt findet von einer Heilbarkeit der Lepra zu sprechen. Dabei muss man bedenken, dass seine Beobachtungen sich alle auf Gegenden bezogen, in denen die Leprösen keiner fortlaufenden und methodischen Behandlung unterworfen werden. Eine Autorität, wie Armauer Hansen, vertritt bekanntlich auch den Standpunct, dass beide Formen der Lepra ausheilen können, wenn er auch zugeben muss, dass bei der Knotenlepra ein solcher Ausgang ein sehr seltenes Ereignis ist.

Er fügt diesen Ausführungen in seiner 1894 erschienenen Arbeit hinzu, dass es bisher kaum gelungen ist, eine Behandlungsart zu finden, welche die Heilung zu befördern imstande wäre, was eigentlich als auffallend bezeichnet werden muss, da die Krankheit doch selbst ohne Mittel heilt, es also nicht so schwierig sein dürfte, wirksame Medicamente zu finden. Die aussereuropäischen Aerzte behaupteten schon damals, gut wirkende Mittel gegen die Lepra zu besitzen, und besonders in Japan gab es Lepraspecialisten, die mit gutem Erfolge die Lepra behandelten, wie Baelz berichtet. Es fragt sich nun, ob wir heute denselben Standpunct einnehmen müssen, wie Hansen vor 15 Jahren, oder ob wir bereits über Mittel und Methoden verfügen, mit denen wir die erwiesenen Heilungsbestrebungen des Organismus zu unterstützen vermögen, mithin die Lepra erfolgreich zu behandeln imstande sind.

Bei Beantwortung dieser Frage muss ich zunächst hervorheben, dass man seit der Zeit, seitdem Hansen den oben angeführten Ausspruch tat, in der ganzen Welt der Lepra grösseres Interesse zugewandt und diese Krankheit genauer studiert hat. Speciell das Problem der Heilbarkeit der Lepra beschäftigte die Wissenschaft immer und immer wieder. Ganz besonders waren es französische und amerikanische Gelehrte, die sich der Behandlung Lepröser widmeten und von guten Erfolgen zu berichten wussten. Sehr überzeugend spricht Ehlers, der in verschiedenen Ländern der Welt die Lepra zum Gegenstande seiner Forschung gemacht hat, in seinem, 1900 veröffentlichten Aufsatze „sur le problème de la curabilité de la lèpre" die Ansicht aus, dass man vielleicht mit Unrecht die Lepra für incurabel erklärt hat, und dass seiner Meinung nach die Aerzte Europas sich zu sehr haben beirren lassen durch die landläufig geltende Meinung, dass die Lepra unheilbar sei. Ehlers meint, dass die Behandlung ebenso chronisch sein müsse, wie das Leiden. Wie viele Lepröse werden aber wirklich einer hinreichend chronischen und methodischen Behandlung entsprechend den Principien der modernen Medicin unterworfen, fragt Ehlers, der zugleich die Hoffnung ausspricht, dass es in der Zukunft gelingen werde, wirklich erfolgreiche Curmethoden zu finden. Wenn man, fährt er fort, die Kranken aus ihren elenden Wohnstätten heraushebt und sie fern vom Kampf ums Dasein und pecuniär sichergestellt wohnen lässt, wenn man ihnen reichliche und gesunde Nahrung, Bäder und geeignete Medicamente zukommen lässt, so wird man sehen, wie die Krankheit einen milderen Charakter, nämlich den der viel benigneren nervösen Form annimmt. Ja es wird sich allmählich die Lepra anästhetica pura ausbilden, welche nach Hansen und anderen Autoren als Heilung der Lepra zu betrachten ist, da nach Meinung dieser Forscher solche Patienten, wenn die specifischen leprösen Affectionen geschwunden sind, keine Lepra mehr haben, sondern nur an den Folgezuständen dieser Krankheit leiden. Ehlers weist nun ferner auf die Analogie mit der Tuberculose hin. Er sagt, dass vor 20 Jahren die Tuberculose, die Schwesterkrankheit der Lepra, auch für unheilbar gegolten, dass wir jetzt aber die verschiedenen Formen der Tuberculose kennen und wissen, dass die Mehrzahl der leichten Formen geheilt werden kann. Ehlers glaubt, dass auch bei der Lepra solche leichte Formen vorkommen und meint, dass, wenn wir die Lepra besser kennen würden, wir vielleicht wissenschaftlich die Existenz solcher abgeschwächter und abortiver Formen beweisen könnten, wie sie Ehlers beobachtet zu haben glaubt. Da Patienten mit abgeschwächter Lepra ganz erwerbsfähig sind, so kommen sie nicht in die Hospitäler, man hat also keine Gelegenheit solche Fälle zu beobachten. In die Anstalten treten sie erst ein, wenn die Krankheit solche Fortschritte gemacht hat, dass sie nicht geheilt werden kann. Kranke mit abortiver Lepra treten überhaupt nicht ins Hospital ein, weil ihr Leiden sie viel zu wenig belästigt. Wenn man solche für eine methodische Behandlung günstige Fälle beobachten will, so muss man in den Lepraherden nach derartigen Kranken suchen, sie über die Art der Erkrankung aufklären, und sie überreden, sich gratis einer solchen Behandlung und Verpflegung zu unterziehen, wie ihre Krankheit es erfordert. Nach Ehlers Meinung gibt es in Lepraländern eine Menge solcher Personen, die nur sehr leicht von der Krankheit ergriffen sind, bei welchen diese begrenzt ist auf die Contractur des IV. und V. Fingers einer Hand oder auf eine localisierte Atrophie der Muskeln des Orbicularis oder auf eine circumscripte Analgesie, also auf so geringe Leiden, die spontan heilen. Gibt es also Fälle von, so zu sagen, abortiver Lepra, die ohne Behandlung heilen, so unterliegt es nach Ehlers Meinung keinem Zweifel, dass man mit einer geeigneten Therapie in den Fällen von beginnender leichter Lepra gute Resultate

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben muss. Das lässt sich auch daraus schliessen, dass die localen Störungen selbst bei ernsten Fällen von Lepra mit einer localen restitutio ad integrum schwinden können. Die localen Läsionen haben hier wie bei der Tuberculose und Syphilis eine offenbare Neigung zu heilen. Es ist also nicht anzunehmen, dass die Krankheit, wenn sie den Gesamtorganismus ergriffen, einen anderen Charakter hat.

Ehlers zieht, wie wir sehen, aus dem Vorkommen von Selbstheilungen bei Leprösen den Schluss, dass eine methodische Behandlung sicher imstande ist die Heilungstendenz des Organismus zu unterstützen, da die Naturkräfte allein ein so günstiges Resultat, wie beobachtet, zu Wege bringen können.

Hirschberg (Riga) fasst sein Urteil dahin zusammen, dass nach seinen Erfahrungen bei schweren Fällen von Lepra, nach den äusseren Symptomen zu urteilen, auffallende Besserungen einzutreten scheinen, tatsächlich aber die Krankheit ihren Zerstörungszug durch den Körper fortsetzt. Bei leichten Leprafällen ist es ähnlich wie bei der Tuberculose. Der Krankheitsprocess beschränkt sich bei diesen, namentlich, wenn sie der Lepra maculosa angehören, oft auf einen Fleck auf der Haut, wie beim Lupus, und einige geringe Nervenstörungen, wobei es in solchen Fällen nicht zum terminalen Bilde der completten Lepra kommt. Naturheilung, Besserung und Stillstand scheinen nach Hirschberg, wie bei der Tuberculose, so auch bei Lepra nur im Beginn des Leidens möglich zu sein oder wenn es circumscript local geblieben ist.

Hirschberg ist der Ansicht, dass die Lepra meist unheilbar ist, es aber doch bei leichten Fällen zum Stillstand und zur relativen Heilung kommen kann.

Unna sprach sich 1906 auf dem internationalen medicinischen Congress in Lissabon dahin aus, dass die Zeiten glücklicherweise vorbei seien, wo es hiess, die Lepra wäre unheilbar. Auch er weist ebenso wie Ehlers und Hirschberg auf die mit der Tuberculose gemachten Erfahrungen hin und meint, der Lepra erginge es jetzt ebenso, namentlich da der Gesichtskreis der europäischen Aerzte sich durch die auf den Reihen der Leprologen in verschiedenen Lepraherden der Welt gemachten Erfahrungen erweitert habe, welche letzteren immer mehr das Dogma der Unheilbarkeit zu Fall brachten. Sodann mehrten sich auch aus den Culturländern die Berichte über Besserungen und Heilungen der Lepra. Allein mit Chaulmoograöl haben viele Autoren gute therapeutische Erfolge erzielt.

Unna betont man müsse sich von dem „unbewiesenen Dogma der Unheilbarkeit freimachen", und sich auf den Standpunct stellen, dass man es mit einer sehr schwierig zu heilenden Krankheit zu tun habe. Engel-Bey meint, dass unsere Anschauung über die Schwere der Krankheit, speciell der späteren Stadien der Lepra sich bisher noch nicht habe ändern können, dass aber dieses Urteil sich in diesem Punct wohl mit der Zeit ändern dürfte, wenn es erst gelingt, mehr und mehr die Anfangsstadien der Krankheit in Behandlung zu bekommen. Die Unheilbarkeit der Lepra galt zwar bis vor kurzem noch als ein Axiom. Im letzten Jahrzehnt ist dieses Dogma aber doch stark erschüttert worden und ein wesentlicher Umschwung in unseren Ansichten über die Behandlung der Lepra eingetreten. Eine stattliche Reihe von Forschern ist für die Wirksamkeit der Therapie eingetreten. Engel-Bey selbst ist nach systematisch von ihm in den letzten Jahren durchgeführten Versuchen mit Chaulmoograöl, combiniert mit einer äusseren Behandlung, zur Ueberzeugung gekommen, dass die, früher allgemein verbreitete, Ansicht, dass die Lepra therapeutisch nicht beeinflussbar sei, nicht mehr aufrecht erhalten werden könne, sondern dass es heute ausser Zweifel stehe, dass mit der Behandlung der Lepra ganz eclatante Erfolge zu erzielen sind.

Auf Grund der von mir gemachten Erfahrungen muss ich mich ebenfalls zu den Anhängern der soeben referierten Anschauungen bekennen. Zur Begründung dieses Ausspruches sei es mir gestattet, auf die am hiesigen Krankenmaterial gemachten Beobachtungen näher einzugehen. Zunächst will ich einem Einwande begegnen. Man könnte meinen, die Lepraepidemie in Estland zeichne sich durch einen sehr milden Verlauf aus und daher seien im Ganzen so günstige Resultate zu erzielen gewesen. Selbstverständlich ist zuzugeben, dass, wie der Charakter eines einzelnen Krankheitsfalles, so auch der einer ganzen Epidemie variabel sein kann.

Nimmt eine Epidemie ab, so mehren sich bekanntlich die leichten Fälle, und es kommen Kranke zur Behandlung, die nicht das ganze Krankheitsbild, sondern nur einige wenige Symptome darbieten.

Auch kommt es darauf an, wie weit die Zeit der Infection zurückliegt, ob Neuinfectionen bisher nicht befallener Gegenden vorgekommen sind und ob dort neue Herde entstanden sind. Sodann macht es für den Verlauf einer Epidemie gewiss einen grossen Unterschied, ob der Kampf mit der Epidemie zeitig und energisch genug aufgenommen wurde und ob es gelungen ist viele Kranke bereits im Anfangsstadium der Krankheit der Behandlung zuzuführen, leichte Fälle zur Aufnahme und Heilung zu bringen und möglichst viele und namentlich die infectiösesten Patienten in hinreichender Weise zu isolieren.

Was nun die in Estland herrschende Lepraepidemie anlangt, so möchte ich behaupten, dass sie von Hause aus sich durchaus nicht durch einen besonders milden Charakter ausgezeichnet hat. Denn damals waren sehr viele so schwere Fälle zu verzeichnen, wie sie jetzt garnicht mehr zu finden sind. Die Zeit, in der das Land zum letzten Mal mit Lepra in grösserem Stil inficiert worden, lag nicht weit zurück. Hatten doch in den 70-ger und 80-ger Jahren des 19-ten Jahrhunderts durch Einwanderung von Livland her nachweislich an vielen Orten Infectionen stattgefunden. Ausserdem wurden Infectionskeime durch Rückwanderung und durch aus dem Militärdienst zurückkehrende Soldaten garnicht so selten eingeschleppt. Auch trat die Krankheit nicht sporadisch auf, sondern es existierten bereits um jene Zeit einzelne grössere und einige kleine Lepraherde im Lande.

Jetzt nach bald 15-jähriger Bekämpfung der Seuche kann, wie mir scheint, der hiesigen Epidemie eine günstigere Prognose gestellt werden. Denn heute gibt es nur wenige hervorragend schwere Fälle und sehr viele leichte, sowie verhältnismässig wenig frische Fälle. Günstig ist es auch, dass von den alten Herden aus sich nicht neue gebildet haben, dass die Gesamtzahl der Erkrankten im Gouvernement relativ keine grosse und die Zahl der Isolierten wiederum eine hohe ist. Schliesslich hat gewiss die zeitig und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln begonnene Bekämpfung der Epidemie und die energische Behandlung der Erkrankten einen günstigen Einfluss ausgeübt.

Ehlers hat durchaus Recht, wenn er, wie oben erwähnt, behauptet, dass in allen Lepraherden auch Leichterkrankte zu finden sein müssen, die aber nicht zur Kenntnis gelangen, wenn man nicht speciell nach ihnen sucht. Was Estland anlangt, so kann ich hierfür den directen Beweis der Rüstigkeit erbringen. Bevor man in Estland die Lepraherde genau durchsuchte und blos durch administrative Massnahmen die Leprösen aus dem Gouvernement zur Anzeige und Aufnahme in das Leprosorium zu bringen sich bestrebte, wurden fast nur schwere und fast gar keine leichten Fälle zu Tage gefördert. Als aber ärztlicherseits eine genaue Durch-

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

forschung des Landes begann, fand sich in den auch schon früher bekannten Lepragegenden eine ganze Anzahl leichter und abortiver Fälle, die schon lange krank waren und auch Fälle von Selbstheilung wurden constatiert.

Je mehr man also die Lepra kennen lernt, desto mehr gewinnt die Anschauung an Boden, dass das Bild dieser Krankheit sehr ähnlich dem Bilde der uns wohlbekannten Tuberculose ist.

Ich kann auch die von Ehlers aufgeworfene, interessante Frage nach dem Vorkommen der Lepra frustra seu abortiva und anderer Abstufungsgrade der Erkrankung hier nicht genauer eingehen. Nur soviel möchte ich hinsichtlich der Vermutungen Ehlers sagen, dass ich über eine ganze Anzahl derartiger Fälle verfüge.

Was nun die Form der Lepra laevis anlangt, so habe ich eine Menge Patienten gehabt, die dieser Gruppe zuzurechnen sind, und bei denen die Symptome zum Teil ohne jegliche Therapie gänzlich verschwanden und bisher nicht wiedergekehrt sind. Bei anderen Personen dieser Gattung wurde die Krankheit latent mit Hilfe der eingeleiteten Behandlung. Wenn man auch zu Anfang der Erkrankung schwer vorhersagen kann, welche Wendung die Krankheit nehmen wird und man auf Recidive immer gefasst sein muss, so gibt es doch sicher eine Anzahl von gut beobachteten Fällen, die von Anfang an leicht sind und es auch bleiben.

Zu erwähnen möchte ich nicht unterlassen, dass in prognostischer Beziehung gewisse Momente eine grosse Rolle spielen. Es sind das die Lebensverhältnisse des Patienten, ausreichende Ernährung, die Dauer der Anstaltscur, eine den jeweiligen Körperkräften angepasste Muskeltätigkeit, die persönliche Widerstandsfähigkeit und intercurrente Krankheiten sowie Gemütsbewegungen und Sorgen. Therapeutisch am besten beeinflussbar sind natürlich die abortiven und leichten Fälle und die Anfangsstadien, aber auch schwer Erkrankte können gänzlich ihre Symptome verlieren. Andere Schwerkranke gelingt es nur von einem Teil der Symptome zu befreien oder die Krankheit zeitweilig zum Stillstand zu bringen. Aber auch solche Personen bleiben meist leistungsfähige Glieder der menschlichen Gesellschaft und ist zwischen ihnen und jenen Krüppeln der Lepra lazarina ein grosser Unterschied. Durch die Behandlung der Anfangsstadien gelingt es den Fortschritt der Krankheit zu hemmen, sodass bei diesen Patienten die Krankheit nicht zur vollen Ausbildung kommt.

Da man in Estland die Lepraherde durchsucht und aus ihnen auch die leichten Fälle zur Aufnahme und Behandlung gebracht hat, so kann es nicht auffallen, dass hier mit der Behandlung der Lepra nicht ungünstige Resultate erzielt sind, wie Ehlers das ja für ähnliche Verhältnisse vorhergesagt hat. Es kann also nicht Wunder nehmen, dass jetzt in Estland eine grosse Zahl von Personen vorhanden ist, bei denen sämtliche Symptome des Leidens geschwunden sind, bei welchen also die Krankheit, sozusagen, latent geworden ist. Bei manchen Kranken dauert dieses Latenzstadium schon so lange, dass es einer Heilung gleichkommt. Ich beobachte eben noch Personen, welche bereits seit mehr als 7 Jahren gar keine Zeichen der Lepra haben, vollarbeitsfähig sind und auch nicht die mindesten Merkmale der überstandenen Krankheit aufweisen. In Estland sind zur Zeit rund 150 Personen als leprös rubriciert. Davon befindet sich circa ein Drittel im Latenzstadium. Die übrigen 100 mit Symptomen Behafteten sind zum grössten Teile in dem Grade arbeitsfähig, dass in der Anstalt Bauten, landwirtschaftliche und Meliorationsarbeiten in grossem Stil ausgeführt werden, um eines Teils die Kranken in der ihnen gewohnten Weise zu beschäftigen und ihnen einen Erwerb zu verschaffen, und anderen Teils die in den Leuten steckende grosse Arbeitskraft nicht brach liegen zu lassen. Also auch nach meinen Erfahrungen kommen Selbstheilungen und eine grosse Anzahl leichter und leichtester Krankheitsfälle vor, welche das Bild, das man früher sich von der Lepra gemacht hatte, wesentlich zu ändern geeignet sind und zwar in dem Sinne, dass die Krankheit nicht mehr so schlimm erscheint, da nicht jeder von ihr Ergriffene die Endstadien der vollausgebildeten Lepra zu erreichen braucht.

Ferner lehrte mich meine Beobachtung, dass die therapeutischen Massnahmen doch nicht so aussichtslos sind, wie man früher meinte, und zwar sowohl den Schwerkranken als besonders den leicht Erkrankten und den in Anfangsstadien Befindlichen gegenüber.

Aus dem Dargelegten ist ersichtlich, dass immer mehr der Standpunct zur Geltung kommt, der eine energische und methodische Behandlung aller Leprakranken für notwendig und oft auch für erfolgreich hält.

Dabei ist aber nicht zu vergessen, dass nicht nur auf Grund der neuerdings gefundenen Mittel und Methoden der alte Standpunct hat einer Revision unterzogen und teilweise verlassen werden müssen, sondern ganz besonders auf Grund des Umstandes, dass das neuerdings zur Behandlung herangezogene Krankenmaterial ein wesentlich anderes, d. h. therapeutischen Erfolgen zugänglicheres ist.

Wenn die Therapie nun nicht ganz machtlos ist, dann fragt es sich welche Methode der Behandlung, welche Mittel und welche sonstigen Massnahmen sind nun am meisten geeignet, die im Organismus steckende Heilkraft in ihrem Kampf mit der Infection zu unterstützen.

Es liegt nicht in meiner Absicht — und würde den Rahmen dieser Ausführungen weit überschreiten — hier alle gegen die Lepra empfohlenen Mittel Revue passieren zu lassen. Ich gedenke nur die Mittel und Methoden einer Besprechung zu unterziehen, die sich bewährt haben, nach modernen Anschauungen zu empfehlen sind und über die ich persönliche Erfahrungen besitze.

Demnach sollen in Nachfolgendem Berücksichtigung finden die Behandlung mit dem Chaulmoograöl nebst seinen Präparaten und Derivaten, dann die Nastintherapie und schliesslich die für die localtherapeutischen Massnahmen empfohlenen Mittel.

Die moderne Leprabehandlung schlägt zur Erreichung ihres Zieles drei Wege ein. Sie geht darauf aus die vis medicatrix naturae durch Einverleibung solcher Mittel zu unterstützen, die, wie das Chaulmoograöl und das Nastin, von innen her auf den Gesamtorganismus im Sinne der Bacteriolyse wirken und die Abwehrvorrichtungen des Körpers zu energischer Tätigkeit anregen. Sodann sucht sie durch das Zerstören der Bacteriennester in der Haut und Schleimhaut das Invasionsheer der Bacillen zu vermindern. Und endlich ist sie bestrebt durch hygienische und diätetische Massnahmen sowie passende Muskeltätigkeit den Stoffwechsel zu heben und die Widerstandsfähigkeit der Körperzellen zu vermehren.

Von grosser Wichtigkeit ist es, dass die Behandlung der Kranken möglichst zeitig beginnt, continuierlich fortgeführt wird, sich über Jahre ja Jahrzehnte erstreckt und auch nach dem Verschwinden der Symptome erst ganz allmählich aufhört.

Früher erlebte Misserfolge sind oft der Kürze der Behandlungszeit und den zu geringen Dosen sowie der zu wenig energischen und zu spät einsetzenden Anwendung der einzelnen Mittel zuzuschreiben.

Das Misstrauen, das der Wirksamkeit der Medicamente entgegengebracht wurde, war oft der Grund, weshalb man die Cur zu frühzeitig unterbrach. Oder aber es war die Unverträglichkeit des betreffenden Medicaments. Grosse Ausdauer und Geduld, häufiger Wechsel der Medicamente und öfterer Wechsel ihrer Anwendungsweise sind demnach erforderlich. Es ist aber auch nötig den

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Patienten aus dem Kampfe ums Dasein herauszuheben, ihn von seinen drückendsten Sorgen zu befreien, seine Angehörigen eventuell zu unterstützen und ihn selbst kostenlos auf Rechnung seiner Commune zu behandeln. Sodann muss ihm Mut zugesprochen und Vertrauen in die Behandlungsmethode eingeflösst werden. Der Kranke muss das Gefühl haben, dass Alles, was möglich ist, geschieht, um ihm seine Leiden zu mildern und ihn womöglich von denselben zu befreien. Gute, namentlich fett- und eiweissreiche Nahrung, sorgfältige Pflege und regelmässige ihm gewohnte und liebgewordene Arbeit sind ferner wichtige Hilfsmittel der Therapie.

Ich gehe nun zur Besprechung der einzelnen bei der Leprabehandlung angewandten Mittel und Methoden über und wende mich zunächst dem Chaulmoograöl zu.

Das Oleum Gynocardiae oder Chaulmoograöl ist seit alten Zeiten in Ostasien gegen Lepra im Gebrauch. Es stammt von einem in Ostindien und China einheimischen Baume, Gynocardia odorata, und wird aus dessen Samen durch Auspressen oder Auskochen mit Wasser gewonnen. Es stellt ein gelbliches, fettes Oel dar, das bei gewöhnlicher Temperatur fest, salbenartig ist, und sich teilweise in Alcohol, Aether und Chloroform löst. Die Gynocardsäure soll das wirksame Princip im Chaulmoograöl sein, jedoch steht es noch nicht fest, dass ihr der ausschliessliche therapeutische Effect zukommt.

Durch die Untersuchungen von Talwik ist die Wirkungsweise dieses Mittels als eine die bactericide Fähigkeit des Organismus erhöhende erklärt, da dieser Autor eine Vermehrung der Zahl der weissen Blutkörperchen beim Gebrauche von Chaulmoograöl feststellte. Talwik ging bei seinen Versuchen betreffend die pharmakologische Wirkung des Oleum Gynocardiae von der Voraussetzung aus, dass einerseits viele ätherische Oele eine leukocytentreibende Wirkung haben und andererseits bekanntlich verschiedene Infectionskrankheiten unter Erscheinungen der Hyperleukocytose heilen. Er prüft nun, ob das Oleum Gynocardiae nicht vielleicht dadurch bei der Behandlung der Lepra günstig wirke, dass es die Tätigkeit der weissen Blutkörperchen anfacht, wobei die zugleich eintretende Fiebersteigerung ebenfalls als ein begünstigendes Moment in demselben Sinne mitwirkt. Er fand, dass die Zahl der roten Blutkörperchen durch den Gebrauch des Oleum Gynocardiae nicht wesentlich beeinflusst wurde, dass aber mit Sicherheit eine bedeutende Vermehrung der Zahl der weissen Blutkörperchen (von 6000 auf 10000) zu constatieren war. Und zwar trat dieser Zuwachs zu Anfang des Chaulmoograölgebrauchs ein. Bei Fortsetzung der Cur kehrte die Zahl der weissen Blutkörperchen zur Norm zurück. Talwik beobachtete ausserdem ein häufiges Zutagetreten von neuen Knoteneruptionen zur Zeit des Gebrauchs von Ol. Gynocardiae und damit verbundene Fieberanfälle, welche Erscheinungen für die Einwirkung des Chaulmoograöls speciell auf den leprösen Krankheitsprocess sprechen. Auf Grund seiner Versuche hält Talwik es nicht für möglich, dass diese künstlich hervorgerufene Hyperleukocytose die bactericide Fähigkeit des Organismus gegenüber den Leprabakterien vermehrt, dass somit das Ol. Gynocardiae in manchen Fällen von Lepra eine wirkliche Heilwirkung ausübt, obgleich er in der 6-monatlichen Versuchszeit bei seinen 2 Patienten keine solche Wirkung beobachtet hat.

Gleich Talwik haben auch andere Autoren, so Dönitz, Du Castel, Rille, Hallopeon, Hirschberg etc. constatiert, dass das Chaulmoograöl zu den Stoffen gehört, die eine Reaction von Seiten des leprös-kranken Körpers hervorrufen, welche im Auftreten von Fieber und entzündlichen Erythemen besteht.

Den mit Fieberanfällen verbundenen Eintritt einer Reaction am leprösen Gewebe habe auch ich vielfach sowohl beim innerlichen Gebrauch als nach Injectionen des Chaulmoograöls beobachtet. Bei letzteren traten viel stärkere Reactionen auf, als bei interner Anwendung, auf die allein sich die Talwikschen Untersuchungen beziehen.

Tuberöse Fälle zeigten ganz wie die tuberösen Kranken von Talwik neben Fieberbewegungen eine entzündliche Rötung und Schwellung des leprösen Gewebes, während bei den maculösen blos ein Deutlicherwerden der Flecke resp. ein Hervortreten bisher nicht sichtbar gewesener Efflorescenzen zu beobachten war, ohne dass es zu Fieberbewegungen kam. Wo Temperatursteigerungen vorkamen, dauerten sie meist 4—5 Tage und erhob sich dabei die Körperwärme bis zu 40° und mehr. Oft setzte der Anfall schon nach wenigen Injectionen ein. Die tuberösen Patienten, die schon früher das Chaulmoograöl innerlich viel gebraucht hatten, reagierten auf die Injectionen fast nur local. Dagegen zeigten alle Neueintretenden nach den Einspritzungen ganz prompt die typischen Erscheinungen. Maculöse Fälle, die blos Andeutungen von Flecken hatten, wurden durch die Chaulmoograölcur ganz scheckig. Auf diese Weise diente mir bald das Oel als gutes Diagnosticum und verschaffte mir ausserdem oft einen Ueberblick über die Verbreitung des leprösen Processes im Körper.

Die oben geschilderten Anfälle hielten gewöhnlich nicht lange an. Sie hatten immer eine Besserung des Zustandes zur Folge, während ja nach den vom Leiden selbst hervorgerufenen Attaquen meist eine Verschlimmerung zurückbleibt. Auffallend schnell verheilten die Ulcera. Oefters gelang es durch Injection von Chaulmoograöl direct unter lepröse Flecke diese dauernd zum Schwund zu bringen.

Je schwerer der Krankheitsfall war, desto eher und desto deutlicher reagierte er. Allgemein war bei allen Fällen eine ausgesprochene Tendenz zur Heilung und schnelles Verschwinden resp. Resorbiertwerden aller dieser frisch entstandenen Gewebsproducte.

Von den verschiedenen von mir beobachteten Fällen möchte ich nur einen als Beispiel anführen: Patientin litt an schwerer Lepra tuberosa. Die Injectionscur begann am 27. October. Schon am 3. November nach blos 4 Injectionen begann das Fieber und stieg schnell bis 40°. Dabei schwoll das Gesicht stark an und die Haut rötete sich wie bei einem Erythem. Das Fieber dauerte 10 Tage. Ende November war die Reaction abgeklungen und Pat. hatte ein viel besseres Aussehen und bedeutend weniger Tubera.

Beim innerlichem Gebrauch des Chaulmoograöls treten diese Reactionserscheinungen in viel milderer Form auf. Die Anschwellungen sind weniger ausgedehnt und nicht so massig, das Fieber niedrig und der ganze Verlauf des Anfalles ein kürzerer.

Solche Beobachtungen lehren jedenfalls, dass das Chaulmoograöl einen energischen Einfluss auf den Leprakranken auszuüben imstande ist.

Was nun die Anwendungsweise des Chaulmoograöls anlangt, so ist sie eine sehr mannigfache. Die Hauptsache ist das Mittel möglichst lange brauchen zu lassen und es durch häufigen Wechsel der Präparate dem Patienten so bekömmlich als möglich zu machen, so dass er jahrelang die Cur fortsetzen kann. Innerlich wird es in Milch oder Wein zu 0,25—1,25 3—4-mal täglich dargereicht. Dabei ist zu bemerken, dass das Oel erwärmt werden muss, um es träufeln zu können. Nachdem die Patienten sich an das Mittel gewöhnt haben, kann man allmählich steigernd zu viel höheren Dosen übergehen. So sind Dosen von 200—300 Tropfen pro die nichts Ungewöhnliches. Besser als rein lässt sich das Chaulmoograöl in Gelatinekapseln nehmen oder mit Tincturen gemischt. Leider wird das Chaulmoograöl von vielen Patienten nur schlecht vertragen, da es leicht gastrische Störungen wie Dyspepsie, Erbrechen, Diarrhoe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erzeugt, so dass das Mittel ausgesetzt werden muss. Man hat daher aus dem Chaulmoograöl Präparate dargestellt, welchen die unangenehmen Eigenschaften des Oeles fehlen sollten. In dieser Richtung ist zunächst ein Präparat zu nennen, welches unter dem Namen der Gynocardsäure in den Handel kam. Die Anfangsdosis ist 30 Centigramm. Leider ist die Verträglichkeit dieses Mittels nicht grösser als die des Oels. Schon besser zu nehmen, aber wohl weniger energisch in der Wirkung sind die Magnesia Gynocardica und das Natrium Gynocardicum, beides gelblich weisse Pulver, von denen 0,2 Gramm pro dosi und 2,0 pro die in Kapseln genommen werden soll. Durch Compression hergestellte Tabletten mit und ohne Keratinüberzug sind auch zu empfehlen. Mit das beste und bekömmlichste Präparat sind die keratinierten Gynocardseifepillen nach Unna, die nach der nachfolgenden Vorschrift hergestellt werden:

Sapon. gynocardiae 15,0
Aq. destill. 10,0
solve in balneo vapores, adde
Massae sebac. pro pil. kerat. . . 10,0
Terrae siliceae. 5,0
f. massa e qua form. pil. Nr. 100 obd.
lege artis keratino

Pillen pro die

Pilul. Sapon. gynocard. kerat.

Sapo gynocardiae wird folgendermassen präpariert:

Oleum gynocardiae 100,0
Natr. caustic. puriss. 17,5
Aqu. destill. qu. sat. coque ut fiat sapo,
solve in Aq. destill. 250,0
et adde Sol. natr. chlorat. . . 30,0 : 120,0

Saponem a lixivio separatum, identidem exigua Aqua ablue, tum caute sed vehementer expressum loco tepido sicca.

Pillen aus Oleum und Acidum gynocardicum mit Strychnin haben sich hier ebenfalls sehr bewährt. Die Vorschrift von Noël lautet für dieses Präparat folgendermassen:

Huile de Chaulmoogra	3 g.
Acide gynocardique	1 g. 20
Sulfate de strychnine	0 g. 0,10 mil.
Magnésie calcinée	0 g. 20
Gomme arabique	9 g.

Diviser en 24 pilules par 4 à 6 pilules au moment jusquà 24 pilules par jour.

Wird das Chaulmoograöl innerlich nicht vertragen, so kann es per rectum als Emulsion mit Milch oder Oel etc. appliciert werden. Unna gibt für diesen Zweck die nachfolgende Vorschrift an:

Ol. gynocardiae 10,0
solve in ol. amygdal. . . . . 20,0 adde
Gumm. arab. pulv. 15,0
Aq. destill. 20,0
f. l. a. emulsio, tum adde
Aq. calcis qu. sat. ad 100,0
Emulsio Ol. gynocard.

Diese Anwendungsweise wird jedoch nur selten in Frage kommen, da das Chaulmoograöl viel bequemer subcutan angewandt werden kann, falls es per os nicht vertragen wird. Man injiciert 1—3 Mal wöchentlich zunächst 0,1 gramm. und steigert die Dosis allmählich bis zu 1,0. Das ist meiner Erfahrung nach das beste Verfahren, obgleich ich zugeben muss, dass man auch mehr einspritzen kann, also bis zu 5,0 pro die und zwar auf verschiedene Körperstellen verteilt.

Die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl und den daraus hergestellten Präparaten hat mit 2 Uebelständen zu kämpfen: Erstens wird das Mittel oft verfälscht in den Handel gebracht, sodass manche therapeutische Misserfolge diesem Umstande zuzuschreiben sind. Und zwar werden die Chaulmoograöl enthaltenden Samen der Gynocardia odorata mit ähnlichen von anderen Bäumen stammenden Samen vermischt und ausserdem erhält noch oft das ausgepresste Oel einen Zusatz von Fett, Ricinus oder verschiedenen Oelen.

Und zweitens kann das Chaulmoograöl leider von vielen Patienten wegen seiner Unverträglichkeit nicht in genügend grossen Mengen und nicht continuierlich genommen werden. Der Injectionscur wiederum haften ebenfalls 2 Fehler an: erstens verursachen die Einspritzungen nicht geringe Schmerzen und zweitens sind Abscesse nicht ganz zu vermeiden.

Ueber die mit dem Chaulmoograöl erzielten therapeutischen Erfolge sprechen sich die meisten Autoren dahin aus, dass die Resultate der Chaulmoograölcur zufriedenstellende sind bei den Patienten, welche das Oel gut vertragen. So sagt Hallopeau: Die Leprösen, welche einer intensiven Behandlung mit Chaulmoograöl sowohl in Form der Injectionen als auch per os unterworfen werden, können eine solche Besserung zeigen, dass man sie für geheilt halten kann. Viel häufiger allerdings bieten sie auch fernerhin die früheren Symptome dar, aber mit deutlich gutartigem Charakter. Aehnlich äussert sich Du Castel.

Sehr gute Resultate hatte Dönitz mit seinen Injectionen ganz kleiner Dosen von Chaulmoograöl (0,1). Er wartete jedes Mal den Ablauf der eventuell eingetretenen Reaction ab, ehe er eine neue Dosis einspritzte. Sein Verfahren entlehnte er der Methode von Tourtoulis-Bey (Cairo), der die Injection des Chaulmoograöls in die Therapie eingeführt hat. Dieser machte in einem Falle schwerer Lepra, bei dem das Oel innerlich nicht mehr vertragen wurde, täglich subcutane Einspritzungen von 5,0. Mit circa 650 Injectionen (=2420,0 Chaulmoograöl) gelang es ihm alle Ulcerationen zur Heilung und die Knoten zur Rückbildung zu bringen. Auch die Augenbrauen wuchsen bei dem Patienten wieder und das Mal perforant du pied schloss sich. Die Cur dauerte allerdings mit Pausen circa 5 Jahre.

Dyer hält das Chaulmoograöl für das beste Mittel und gibt es in grossen Dosen bei gleichzeitigem Strychningebrauch. Er sagt, man solle sich nicht durch eventuelle scheinbare Wirkungslosigkeit im Anfang der Cur beirren lassen, da oft nach längerem Gebrauche plötzlich schneller Erfolg eintritt, was ich persönlich übrigens auch bestätigen kann und besonders Talwik gegenüber betonen möchte, der zu kurze Zeit und an wenig kräftigen Patienten (eine kenne ich persönlich) das Mittel angewandt und wohl deshalb keine Resultate der Behandlung gesehen hat.

Ehlers gibt von allen Mitteln ebenfalls dem Chaulmoograöl den Vorzug und von Neumann berichtet von einem mit Chaulmoograöl geheilten Falle von Lepra maculo-tuberosa. Der Pat. trat im April 1900 in Behandlung. Im November desselben Jahres war er schon bedeutend gebessert. Zu Ende des Jahres 1901 hatte er alle Symptome verloren. Ein Recidiv ist bis zur Berichtszeit (December 1905) nicht eingetreten. «Er ist, sagt N., demnach als von Lepra geheilt zu erklären. Er ist körperlich und geistig gesund und gehört nicht in jene Categorie geheilter Lepröser, von denen Lassar sagt, dass wenn sie die schweren Leiden der jahrzehntelangen Krankheit überwunden haben, zumeist blinde, verkrüppelte, der Empfindung beraubte, stumpfsinnige, frühgealterte Menschen sind, welche ihr erbärmliches Dasein mühselig zu Ende schleppen müssen.»

Sehr gute Erfolge hat Espada mit sehr grossen innerlich dargereichten Gaben von Chaumoograöl (45,0 pro die) bei gleichzeitiger strenger Milchdiät gehabt. Ebenso haben viele andere Autoren ein günstiges Urteil über

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Wirkung des Chaulmoograöls gefällt. Ich nenne hier nur noch Besnier, Brocq, Tbin, Baelz, Taschiro, Brousse, und Vires, Savill, Rille, Jeanselme, Miquel und Unna. Letzterer glaubt, dass das Chaulmoograöl von allen inneren Mitteln bis jetzt den meisten Anspruch darauf hat, ein inneres Specificum genannt zu werden. Er meint, dass seit Einführung der keratinierten Gynocardseifepilen in die Therapie die Schädigung des Magens durch längeren Gebrauch des Oeles vollkommen vermieden würde und daher kein Hindernis mehr vorhanden sei, den Patienten grosse Dosen des Mittels einzuverleiben ohne die Verdauung zu stören.

Was die in der hiesigen Anstalt mit der Anwendung des Chaulmoograöls gemachten Erfahrungen anlangt, so müssen sie als durchaus gute bezeichnet werden. Bei der Behandlung der Kranken wurde hier seit dem Jahre 1899 von diesem Mittel ausgiebiger Gebrauch gemacht.

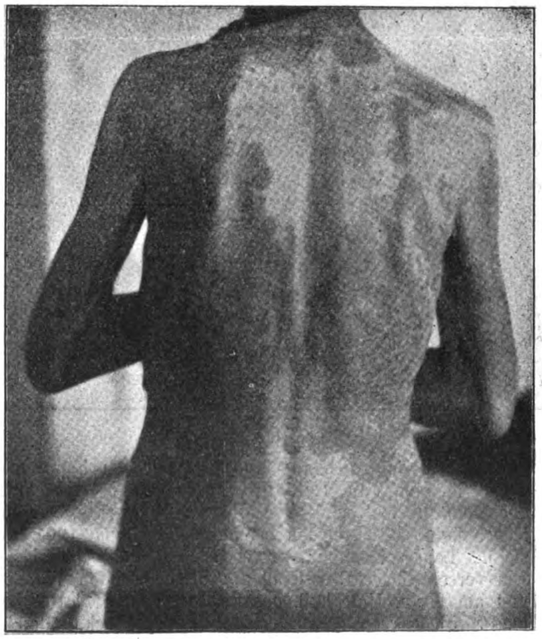
Zuerst nahmen die Kranken es in Substanz d. h. sie erwärmten das Oel und träufelten davon 10—30 Tropfen in Milch. Bei dieser Gebrauchsweise stellten sich jedoch bei vielen Patienten Verdauungsbeschwerden ein, sodass das Mittel längere Zeit ausgesetzt werden musste. Als ich vor 8 Jahren die Leitung des Leprosoriums übernahm ging ich daher auf eine andere Applicationsweise über. Das Oel wurde in Gelatinekapseln dargebracht oder subcutan injiciert. Anfangs spritzte ich nach den Angaben von Dönitz ganz kleine Dosen (0,1—0,2) ein. Als ich aber sah, dass meine Patienten gar keine Reactionen zeigten, ging ich zur Methode von Turtoulis-Bey über und steigerte die Dosis bis zu 3,0. Dieses Quantum verursachte jedoch öfters necrotische Herde, aus denen sich das Oel zuweilen noch nach längerer Zeit entleerte. Das Sterilisieren des Oeles brachte keine Besserung zu wege. Ich ging daher auf die Gabe von 1,0 zurück, die ich 3 Mal wöchentlich injicierte und konnte nach dieser Art ohne hervorragende Beschwerden für die Kranken die Injectionscur mehr als ein halbes Jahr ununterbrochen fortsetzen, sodass ich in diesem Zeitraume ca. 1500 Einspritzungen gemacht habe. Manche Patienten haben 100 und mehr Injectionen erhalten. Die meisten Kranken vertrugen am besten 1,0 3 Mal wöchentlich. Einige aber konnten ruhig 3,0 erhalten, nur musste man das Oel zu je 1,0 an verschiedenen Körperstellen unter die Haut bringen. Die Einspritzungen dürfen weder in die Haut noch in die Muskulatur noch gar in eine Sehnenscheide gemacht werden, sondern sind in die Subcutis zu applicieren. In späteren Jahren habe ich die Injectionscuren öfters mit demselben guten Erfolge wiederholt. Für die Patienten war die Injectionscur von grossem Vorteil: erstens wirkte das Oel auf diesem Wege energischer, zweitens konnte es direct unter die leprösen Effloreszenzen gebracht werden und drittens erholten sich die Verdauungsorgane während dessen und die Patienten vertrugen später wieder innerlich besser das Chaulmoograöl.

Als Nachteile ergaben sich bei dieser Curmethode: es blieben öfters kleine harte Knoten an den Injectionsstellen nach; die Einspritzungen erzeugten bei manchen Patienten recht empfindliche Schmerzen; in einer Anzahl von Fällen trat an der Injectionsstelle Rötung und Schwellung ein, die meist nach einigen Tagen verschwanden, aber manchmal trotz Verwendung sterilisierten Oeles zur Bildung eines Abscesses Veranlassung gaben.

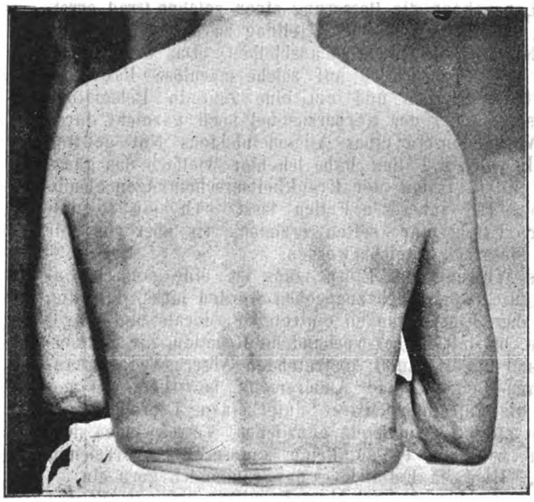
Nach meinen Erfahrungen zeigen die für eine fortlaufende Anwendung genügend grosser Dosen zugänglichen Leprafälle oft bald ein Schwinden der Symptome des Leidens. Der Erfolg der Chaulmoograölcur scheint mir direct abhängig zu sein vom Grade der Verträglichkeit dieses Mittels. Je mehr und je längere Zeit der Lepröse das Oel zu nehmen imstande ist, desto schneller tritt die Besserung seines Zustandes ein. Bei leichten Formen der Lepra kann die Besserung einen solchen Grad erreichen, dass man von einer Heilung zu sprechen berechtigt ist, falls die Recidive ausbleiben. Das Gesagte bezieht sich hauptsächlich auf solche maculöse Fälle, die in frühen Stadien und um eine Zeit in Behandlung kommen, in der der Körperzustand noch garnicht durch das Vorhandensein eines Allgemeinleidens Not gelitten hat. In solchen Fällen habe ich hier vielfach das gänzliche Zurücktreten der Krankheitserscheinungen beobachtet. Bei tuberösen Fällen lässt sich ein so günstiger Erfolg nur selten erzielen, ist aber von mir auch mehrfach erreicht worden.

Die Wirkung der Einspritzung ist eine ganz besonders gute, wenn auch zugegeben werden muss, dass die, nach den Einspritzungen eintretende, locale und allgemeine, oft mit Fieber verbundene Reaction, die Schmerzen und die eventuell eintretenden Abscesse eine unangenehme Beigabe sind. Andererseits bewirken, wie gesagt, die Injectionen direct unter einen Leprafleck gemacht oft so schnell ein gänzliches Verschwinden desselben, wie man es auf keine andere Weise erreichen kann. Hier in Estland — das räume ich gern ein — mögen deshalb so günstige Resultate erlangt worden sein, weil wie wir oben sahen, viele Fälle zu frühzeitiger Behandlung kamen, worauf es ja gerade ankommt. Denn die Cur muss, um Erfolg zu haben, in einem so frühen Stadium der Krankheit beginnen, in dem noch die vis medicatrix naturae gross genug ist, um unter Mitwirkung der Medicamente, bei guter Kost und Pflege der Ausbreitung der Infection einen Damm zu setzen und die eingedrungenen Bacillen zu eliminieren. Ist ein Lepröser, wenn ich so sagen darf, in das Stadium der Zehrung getreten, so kann man ihm wohl nur selten noch helfen.

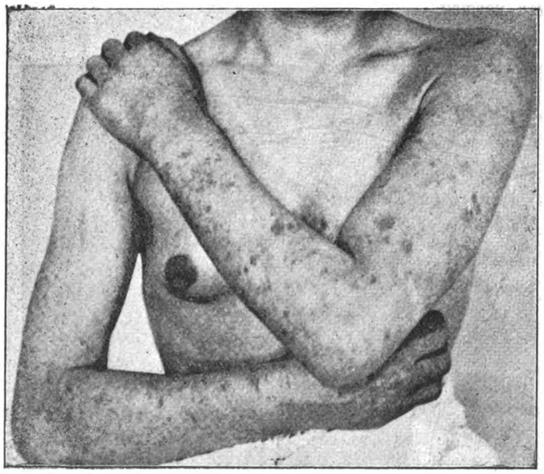
An Stelle weiterer Ausführungen möchte ich einige Krankengeschichten kurz referieren und auf die hier angeschlossenen Abbildungen hinweisen, welche zeigen sollen in wie weit die Therapie die dem Organismus eigenen Selbstheilungsbestrebungen wirksam zu unterstützen vermag.



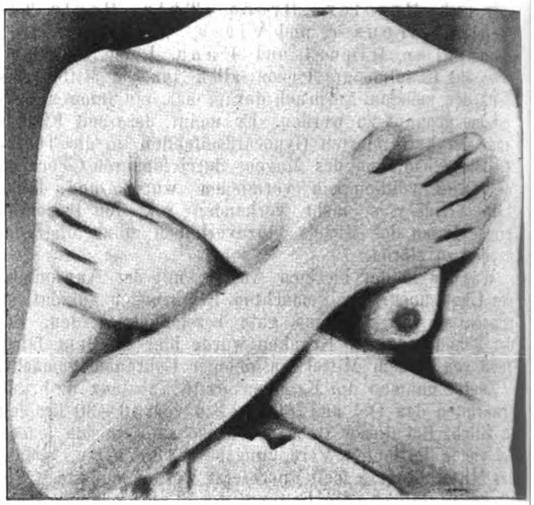
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Fall I. ist eine Patientin mit Lepra maculo-anästh., die 1896 erkrankte und bei der Aufnahme mit fast über den ganzen Körper verbreiteten rosa resp. roten grösseren und kleineren Flecken behaftet war. Die Sensibilität im Gebiete der Flecken älteren Datums erschien herabgesetzt. Bald nach Beginn des Chaulmoograölgebrauches trat ein allmählicher Schwund der Flecken ein, sodass die Patientin im Jahre 1902 keine Symptome mehr darbot. Dabei war die Kranke voll arbeitsfähig, fühlte sich ganz wohl und zeigte keinerlei durch die Krankheit gesetzte Defecte, obgleich sie doch an recht ausgebreiteter maculöser Lepra gelitten hatte. Bis zu ihrem im Jahre 1907 im Wochenbett erfolgten Tode ist kein Recidiv aufgetreten.



Fall II bezieht sich auf eine Patientin mit Lepra maculosa incipiens, die 1899 rötliche Flecke an den Armen, auf dem Gesicht und dem Rücken bemerkte, die ihr jedoch keine Beschwerden machten. Im Januar 1901 trat sie ins Leprosorium ein. Damals bestanden rote Flecke von verschiedener Grösse an der Stirn, auf den Wangen und am Kinn. Unterhalb des rechten Schulterblattes befand sich ein circa 5 cm. grosser livider Fleck. Gleichgrosse Flecke an der Streckseite des rechten Ober- und



Unterarmes und des linken Unterarmes sowie auf beiden Hüften.

Pat. verträgt die Chaulmoograöl-Cur (innerlich und subcutan) sehr gut. Das Körpergewicht nimmt zu. Die Flecke blassen ab und sind im October 1901 bereits verschwunden. Pat. bleibt unter Beobachtung. Heute nach mehr als 7 Jahren ist Patientin frisch und gesund, hat bisher kein Recidiv gehabt und bietet garnichts Krankhaftes dar.

Fall III. betrifft eine Patientin mit Lepra maculosa, die 1897 mit roten Flecken im Gesicht erkrankte. Später stellten sich auch Flecke auf den Armen ein, die sich allmählich vergrösserten. Pat. begann sogleich Ol. Gynocardiae innerlich zu brauchen, worauf eine Besserung eintrat. Dann trat sie ins Leprosorium ein. Damals bestanden im Gesicht zahlreiche rotbraune Flecke von verschiedener Grösse. Hellere und grössere Flecken befanden sich am Nacken, der Brust und den Extremitäten. Das Chaulmoograöl wird gut vertragen. Am 7. X. 1898 kann bereits constatiert werden, dass die Unterextremitäten von Flecken fast ganz frei sind, die Flecken am Thorax geschwunden und alle übrigen Maculae sehr abgeblasst sind. Die Besserung macht dann unter fortgesetzter, innerer Anwendung von Chaulmoograöl gute Fortschritte. Die Symptome des Leidens sind 1902 bereits vollständig verschwunden und bis heute noch nicht wiedergekehrt. (1909).

Aus der Zahl der tuberösen Fälle möchte ich speciell eines jungen Patienten Erwähnung tun, der mit Infiltraten und Flecken in meine Behandlung trat und nach circa $2^1/_2$-jähriger ausschliesslich innerlicher Anwendung von Chaulmoograöl soweit hergestellt war, dass die, gewiss kritische Rekrutenempfangscommission mir nur das gänzliche Fehlen von Krankheitssymptomen bestätigen konnte. Dieser Patient (Fall IV) zeigte das Bild der Lepra tuberosa incipiens im Stadium der Flecken und Infiltrate sowie der beginnenden Knotenbildung. Er erkrankte 1904 mit einer Verfärbung und Verdickung der Gesichtshaut. Später traten Vertaubungsgefühle an der rechten Hand auf. Im April 1905 trat Pat. in das Leprosorium ein. Damals hatte er infiltrierte, teils braunverfärbte, teils livide Hautpartien im Gesicht, beiden Armen und Beinen sowie den Nates. Chaulmoograöl innerlich genommen wird vorzüglich vertragen.

Nach einem Jahr (also im April 1906) sind alle Symptome geschwunden. Pat. bleibt unter Beobachtung und hat bisher keine Recidive bekommen. Dieser Kranke ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hörte allerdings zu den glücklichen Fällen, welche das Chaulmoograöl in grossen Dosen fortlaufend ohne grosse Beschwerden nehmen können.

Einen anderen viel schwerer erkrankten Fall, der über den ganzen Körper ausgedehnte tuberöse Infiltrate hatte und sehr reduciert in die Anstalt eintrat, aber sowohl Chaulmoograöl als auch die Unnasche Localtherapie sehr gut vertrug, sach ich in circa einem Jahr so ausheilen, dass die Symptome ganz verschwunden waren. Im Laufe von 4 Jahren ist bisher kein Recidiv eingetreten und befindet sich die Person voll arbeitsfähig in gutem Körperzustande. Diese Patientin (Fall V) erkrankte im Jahre 1894 mit Flecken auf der Stirn, die sich bald über den ganzen Körper ausbreiteten, jedoch keine wesentlichen Beschwerden machten. Erst im Jahre 1903 ist das Leiden so vorgeschritten, dass der Allgemeinzustand ein schlechter ist und die Kranke mehr oder weniger bettlägerig wird. Im Februar 1904 wird Patientin aufgenommen. Sie war damals mit Infiltraten fast ganz bedeckt und repräsentierte jene Form der Lepra tuberosa, bei der weniger eigentliche Tubera, dafür aber viele durch Konfluieren von Tuberis entstandene ausgebreitete Infiltrate zu beobachten sind.

Die Abbildung zeigt die beschriebenen Effloreszenzen des Rückens. An den Extremitäten, namentlich den Füssen, finden sich leichte Störungen der Sensibilität und an den Händen beginnende Atrophien der Muskulatur. Trotz dieses recht vorgeschrittenen und prognostisch nicht günstigen Zustandes besserte sich bei der Patientin das Leiden, wie gesagt, sehr schnell und konnte ich bereits am 30. Januar 1905 gar keine Krankheitssymptome mehr entdecken. Die zweite Abbildung zeigt die Kranke nach der Cur. Neben dem Fehlen der früher vorhandenen Krankheitssymptome fällt die bedeutende Körperzunahme auf. Patientin macht durchaus einen gesunden Eindruck und geht ihrer gewohnten Beschäftigung nach.

Von den schweren tuberösen Kranken, die bloss eine, wenn auch wesentliche Besserung erfuhren, möchte ich einen hervorheben, der so schlimm dran war, dass bereits wegen Larynxstenose eine Tracheotomie in Aussicht stand. Dieser Patient (Fall VI) besserte sich durch Chaulmoograöl dermassen, dass alle Tubera und Infiltrate verschwanden, die Augenbrauen wieder wuchsen und der Kehlkopf ganz frei wurde und sich bloss in langen Intervallen subcutane Knoteneruptionen zeigten, welche schnell wieder verschwanden und den Kranken in seiner Arbeitsfähigkeit und im Wohlbefinden nicht störten. Auch dieser Patient vertrug das Chaulmoograöl gut, sowohl innerlich, als auch in Form von Injectionen. Er war 1890 erkrankt. In die Anstalt trat er 1896 ein. Damals bot er folgendes Bild dar: die Supraorbitalbögen sind stark infiltriert. Ausserdem finden sich viele Tubera im Gesicht. Die Augenbrauen fehlen fast ganz, ebenso die Cilien. Am weichen Gaumen sind einige Ulcera wahrzunehmen ebenso in der Nase. Bräunliche Flecke und Infiltrate bedecken reichlich den Rumpf und die Extremitäten. Im Juli 1899 beginnt die Behandlung mit Chaulmoograel und schon im December desselben Jahres fangen die Augenbrauen an wieder zu wachsen und die Knoten zu schwinden. Im Jahre 1901 erhält Patient ca. 100 Injectionen mit Chaulmoograöl und zeigt dabei keine allgemeine und nur sehr geringe locale Reaction. Im December 1903 sind alle Symptome verschwunden bis auf eine Anzahl Unterhautknoten, die dazwischen anschwollen. Später ist keine Verschlimmerung eingetreten.

Ein anderer Patient (Fall VII) erkrankte in seinem 8. Lebensjahre (1892) an schwerer tuberöser Lepra und hatte später eine vollständige Facies leonina und Geschwüre der Haut und Schleimhaut, sowie Infiltrate an den Extremitäten. Er brauchte von 1899 an Chaulmoograöl innerlich und später in Form von Injectionen, auf welche letztere er deutlich local reagierte. Im Jahre 1905 waren bereits alle Ulcera vernarbt, die Tubera und das Löwengesicht verschwunden und die Haut fast überall dünn und faltig. Heute ist er ein kräftiger vollarbeitsfähiger Mann, der ohne Cur und Pflege wohl schon längst der Krankheit erlegen wäre zumal er in so frühem Alter von dem Leiden ergriffen worden.

Diesen hier mitgeteilten Fällen könnte ich mit Leichtigkeit eine ganze Anzahl ähnlicher folgen lassen. Jedoch ist es nicht meine Absicht und würde zu weit führen all' die vielen Krankengeschichten hier wiederzugeben.

Ich glaube nach den obigen Ausführungen das Chaulmoograöl durchaus empfehlen zu können.

Bei dem hiesigen Krankenmaterial hat mithin die Aeusserung von Ehlers ihre volle Bestätigung gefunden, laut welcher man die schweren Lepraformen einen milderen Charakter annehmen und die leichten Fälle die Symptome verlieren sehen würde, wenn man die Leprösen einer jahrelang fortgesetzten, methodischen Behandlung, entsprechend den Principien der modernen Medicin unterwürfe.

Wenn man die oben angeführten Präparate, wie die Gynocardseifepillen, Natr. gynocardicum etc., sowie die Injectionen abwechselnd zur Anwendung bringt und sich möglichst den Eigentümlichkeiten des einzelnen Falles anpasst, so gelingt es auch meist durch Jahre hindurch den Kranken unter Chaulmoograwirkung zu halten. Allerdings gibt es Fälle, die wegen der Unverträglichkeit des Chaulmoograöls dasselbe garnicht, oder doch nur in viel zu kleinen Dosen, zu brauchen imstande sind. Diese Patienten mussten bisher auf eine rationelle, methodische Behandlung ihres Leidens mehr oder weniger verzichten. Heute ist diese Lücke in der Lepratherapie nicht nur durch die Entdeckung des Nastins ausgefüllt, sondern eine Combination der Chaulmoograölcur mit einer Nastinbehandlung ermöglicht uns auch noch energischer als bisher allen Patienten im Kampfe mit ihrem Leiden behilflich zu sein. Ausserdem ist es in allerletzter Zeit gelungen das Chaulmoograöl so zu verändern, dass es nach den von Anderen und mir angestellten Versuchen berufen zu sein scheint, die Chaulmoograölbehandlung allen Patienten zugänglich zu machen, da diesem Mittel die unangenehmen Eigenschaften des Chaulmoograöls fehlen dürften. Es ist das, das auf Anregung von Engel-Bey von den Färbewerken vormals Bayer & Co. gelieferte und Antileprol genannte Präparat, welches ein gereinigtes Chaulmoograöl darstellt. Kein wirksamer Bestandteil der Drogue ist dabei eliminiert worden. Das Mittel ist eine dünnflüssige, klare Flüssigkeit von wesentlich besserem Geschmack und Geruch, als das Chaulmoograöl. Es ist, im Gegensatz zu dem sauren Oel, völlig neutral. Das Antileprol wird etwa in den gleichen Dosen gegeben, wie das gewöhnliche Chaulmoograöl und zwar entweder per os in Gelatinekapseln eingeschlossen zu 0,5 resp. 1,0 Gramm pro dosi. Subcutan wird es ebenfalls in Dosen von 0,25—0,5—1,0 angewandt. Als Anodynum kann eventuell Campher zugesetzt werden, der im Antileprol bis zu ca. 20 pCt. löslich ist.

Nach meinen Erfahrungen scheint dieses Mittel von allen Patienten innerlich genommen anstandslos vertragen zu werden. Auch bei über längere Zeit fortgesetztem Gebrauch ruft das Antileprol keine gastrischen Beschwerden hervor und das sogar auch bei solchen Patienten, welche das Chaulmoograöl selbst nicht vertragen. Die Injectionen des Antileprols sind nicht schmerzhaft. Das Mittel verursacht aber später manchmal eine entzündliche und dann natürlich schmerzhafte Schwellung und bei schwerer erkrankten Tuberösen auch Entzündungserscheinungen am leprösen Gewebe, also ähnlich wie bei Chaulmoograöl. Je weniger von dem Anti-

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

leprol man an einer Stelle einspritzt, desto weniger heftig reagiert der Körper. Ich empfehle daher von einer Stichstelle aus nach verschiedenen Richtungen hin zu injicieren, was sich mir sehr bewährt hat und kaum nennenswerte Beschwerden macht, namentlich wenn man dabei weder in die Cutis noch in die Muskulatur, sondern bloss in das subcutane Gewebe das Antileprol deponiert. Direct unter eine lepröse Effloreszenz zu injicieren scheint mir ebenso wie beim Chaulmoograöl ganz empfehlenswert, da dann das lepröse Gewebe besonders schnell schwindet. Die Schmerzhaftigkeit der Reactionen und der doch manchmal vorkommende Durchbruch macht die Einspritzungen des Antileprols bei den Pat. nicht gerade beliebt, ist aber doch erträglich. Injectionen von ganz kleinen Dosen von Antileprol werden wohl meist gut vertragen.

Ich lasse nun die Besprechung des zu den neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Lepratheorie gehörigen Nastins folgen.

Das Nastin, ein von Deycke angegebenes Mittel, ist nach den Angaben des Autors ein bacterieller Fettkörper. Dieser wurde unter Umständen, die eine zufällige Verunreinigung ausschlossen, aus den Massenculturen eines bei einem schweren Leprafalle gefundenen und isolierten Mikroorganismus genommen. Wegen seiner Gattungszugehörigkeit und seines Fundortes erhielt dieses Lebewesen den Namen Strepthotrix leproides. Die aus letzterem hergestellte Substanz findet, mit Benzoylchlorid gepart und deshalb als Nastin-B bezeichnet, practische Anwendung. Dem Benzoylchlorid wird nach den, auf experimentellem Wege, gewonnenen Erfahrungen die Fähigkeit zugeschrieben, die sogenannten säurefesten Bacillen ihrer Fettumhüllung zu entkleiden und sie somit für die Bacteriolyse unmittelbar vorzubereiten. Im lebenden Organismus bedarf das Benzoylchlorid der Führung des im Nastin-B mit ihm verbundenen Nastins, um an die Bacillen ungestört heranzukommen und seine im Probierglase festgestellte Wirkung entfalten zu können, d. h. also die durch Entfettung ermöglichte Auflösung der Leprabacillen einzuleiten.

Ueber die Entstehungsweise des Nastins lässt sich kurz Folgendes sagen: Deycke legte von der Streptothrix leproides Culturen an und extrahierte die gewaschenen und getrockneten Culturmassen mit Aether. In diesen Auszügen fand er hauptsächlich Fettsäuren, Neutralfette und lecithinähnliche Körper. Als alleinige Trägerin der activen Eigenschaften erwies sich eine Substanz, von Deycke wegen ihrer Beständigkeit, Nastin (von ναστός fest) genannt, welche ein Fettsäureglycerinester, also ein echtes Neutralfett ist. Aus heissem Alcohol, Oel etc. fällt dieser Körper beim Erkalten in schönen Crystallen aus, ist leicht verseifbar und löst sich in Aether, Chloroform, Benzin, Benzoylchlorid etc.

Die von Deycke vorgenommenen Injectionen des Nastins riefen bei Leprakranken eine deutliche Besserung des Zustandes hervor, hatten aber oft, namentlich bei schweren Fällen der tuberösen Form, für die Patienten gefährliche Reactionszustände zur Folge, die mit hohem Fieber und einer Inflammation des leprösen Gewebes einhergingen, wobei zugleich oft eine Vermehrung der Leukocyten beobachtet wurde. Deycke glaubte nun den Leukocyten eine wichtige Rolle bei diesen Vorgängen zuschreiben zu müssen und suchte nach einem Mittel um künstliche Leykocytose hervorrufen zu können. Bei seinen zu diesem Zweck angestellten Versuchen mit Zimmtsäure und Nastin stellte es sich jedoch heraus, dass das aus der Zimmtsäure abgespaltene Benzoyl-Radikal in statu nascendi diejenige Substanz ist, welche die Besserung hervorruft und der Organismus sich blos der Leukocyten bedient, um aus der Zimmtsäure das active Agens zu bilden. Deycke stellte nun fest, dass das Benzoylchlorid, welches des Benzoyl-Radikal in leicht abspaltbarer Form enthält, in vitro Tuberkelbacillen in der Kälte in ca. 20 Minuten und bei leichtem Erwärmen sogar momentan entfettet. Ferner fand er, dass das Tieren eingespritzte Benzoylchlorid von diesen gut vertragen wurde und dass das Benzoylchlorid Leprösen injiciert keine Wirkung im Sinne der Besserung des Leidens zeigte, wohl aber imstande war eine zu starke Nastinwirkung zu regulieren. Nastin-Benzoylchlorid brachte nach den Versuchen von Deycke bei einem Verhältnis von Nastin 1 zu Benzoylchlorid 20 noch leichte Reactionserscheinungen bei Leprösen hervor; bei einem Verhältnis von Nr. 1 zu B 30 reagierte der Lepröse jedoch nicht mehr. Diese Tatsache ermöglichte es Deycke, Präparate mit verschiedener genau bemessener Wirksamkeit herzustellen und auf diese Weise für alle Stadien der Lepra ungefährliche und gleichmässig gute Resultate gebende Anwendungsweisen des N.-B. anzugeben. Die von dem Nastin allein hervorgerufene Wirkung erklärt sich Deycke in der Weise, dass er annimmt, in solchen Fällen finde das Nastin im Körper des Patienten den chemisch activen Körper des Benzoylradikals vor, welcher höchst wahrscheinlich von den Leukocyten geliefert werde.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. A. Wolff-Eisner. Frühdiagnose und Tuberculose-Immunität unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen: Conjunctival- und Cutan-Reaction, Opsonine etc. speciell der Therapie und Prognose der Tuberculose. 2. vermehrte Auflage. Curt Kabitzsch. (A. Stubers Verlag). Würzburg. 1909. 378 Seiten.

Der bekannte Phthisiologe bietet uns in vorliegendem Werk die Summe der neuesten Tuberculoseforschung.

Der erste Teil enthält in ausführlicher Schilderung die Methode der Frühdiagnose der Tuberculose: die Krönigsche und Goldscheidersche Spitzenpercussion, Auscultation, Röntgenmethode, Diagnostik der Bronchialdrüsentuberculose, Thermometrie, Sputumuntersuchung, die neuesten Verfahren zum Nachweis der Tuberkelbacillen, die nichtbacteriologische Sputumuntersuchung, Zytodiagnose, Complementbildungsmethode u. s. w. Der 2. Teil behandelt die Tuberculinreactionen, Technik und Verlauf derselben und Vergleich der Wertigkeit der verschiedenen Reactionen. Im 3. Teil findet sich die Erklärung der Tuberculinwirkung, Abhandlung der Tuberculoseimmunität und der specifischen Therapie der Tuberculose, während der 4. Teil der prognostischen und socialen Bedeutung der Tuberculinreactionen gewidmet ist.

Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, es sei nur bemerkt, dass dem Practiker eine Fülle von Aufklärungen in den wichtigsten Fragen, besonders der prognostischen Bedeutung der Tuberculinreactionen und Anleitung zum Handeln geboten wird. Für den Wert des Buches spricht nicht zum wenigsten der Umstand, dass in kaum 9 Monaten eine neue Auflage nötig geworden ist.

F. Holzinger.

Sir William K. Gowers. Das Grenzgebiet der Epilepsie. Uebersetzt von Dr. L. Schweiger. Leipzig und Wien. Franz Deutike. 1908. 112 Seiten.

Wie alle früheren Werke des berühmten englischen Forschers, so trägt auch das vorliegende den Stempel scharfer Beobachtung und reicher klinischer Erfahrung. In 6 Capiteln wird die Beziehung von Ohnmachtsanfällen, vagalen und vasovagalen Anfällen, Schwindel, Migräne und einiger Schlafsymptome zur Epilepsie besprochen und an zahlreichen Beispielen aus eigener Beobachtung illustriert. Das wichtige Gebiet, welches der Abhandlung zu Grunde liegt und welches Berührungspuncte mit den Verschiedensten Specialitäten aufweist, dürfte das Buch nicht nur dem engeren Kreise der Fachgenossen, sondern jedem practischen Arzt als wertvollen Ratgeber erscheinen lassen.

F. Holzinger.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. A. Roth. Sehproben nach Snellens Princip. 2. Aufl. Leipzig. 1909. Verlag von Georg Thieme.

Die vorliegende 2. Auflage bringt 7 Tafeln für die Fernprüfung mit Buchstaben, Zahlen und Snellenschen Haken. Die Tafeln A und B des 2. Teils sind von der Grösse der Schweiggerschen Tafeln und sind für den Rothschen von Emil Sydow gelieferten Beleuchtungsapparat bestimmt. Die Beilagen enthalten die wichtigsten Regeln für die Sehprüfung auf grossen wie auf kleinen Abstand und Leseproben, ferner Angaben über die Anforderung an die Sehschärfe und Refraction in der Deutschen und Oesterreichisch-Ungarischen Armee, in der deutschen Marine u. s. w. Eine kleine Tabelle veranschaulicht endlich die Erwerbsminderung infolge von Herabsetzung der Sehschärfe. Der Druck der Tafeln ist durchweg vorzüglich.

Ischreyt.

Dr. J. Stilling. Pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes. Leipzig. 1909. Verlag von Georg Thieme.

Die bekannten Stillingschen Tafeln sind in der 12. Auflage sowohl inhaltlich vermehrt, als auch technisch verbessert worden. Sie enthalten jetzt wieder Proben zur Entlarvung von Simulanten. Gegen früher fällt bei der neuen Auflage das handliche Format auf, wodurch ihre Brauchbarkeit entschieden erhöht wird. Auf den Inhalt braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden, da er allgemein bekannt und anerkannt ist.

Ischreyt.

Protocolle des V. Aerztetages

der

Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 5., 6. und 7. December 1908 zu Reval.

3. Sitzung.

Sonnabend den 6. December von 10—1 vorm.

1) Dr. Scharlow—Riga: Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden. (Der Vortrag ist in Nr. 6 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

2) Dr. Weiss—Reval: Ueber Arteriosclerose (Referat).

3) Dr. Haller—Reval: Ueber Arteriosclerose des Herzens und der Aorta (Referat). Der Vortrag von Dr. Haller ist in Nr. 10 der St. Pet. med. Wochenschr. erschienen.

Discussion:

Dr. Westphalen referiert kurz über seine demnächst erscheinende Arbeit über die Coronarsclerose.

Dr. v. Hampeln wendet sich gegen die, besonders von französischen Klinikern vertretene, Theorie des gleichsam neurogenen Charakters der Arteriosclerose. Seiner Auffassung nach handele es sich hierbei um eine mehr geistreiche als in wirklicher Erfahrung begründete Hypothese. Die klinische Erfahrung spreche dafür, dass es sich bei Art. im wesentlichen und zuerst um Abbrauch und Verbrauch der Gefässe schon infolge des Lebensprocesses als solchen handele, unter Mitwirkung tonischer Substanzen. Auch liege der Art. nicht eigentlich eine «Entzündung», sondern ein degenerativer Process zu Grunde, zum Unterschied von der eigentlichen Endarteriitis oblit.

Es gehen allerdings häufig dem erst späteren Stadium der klinischen Nachweisbarkeit der Art. subjective Beschwerden, Neuralgien, Brust- und Extremitätenschmerz, worauf schon Thoma hingewiesen hat, voraus. Das berechtige aber nicht zur Annahme einer primären Neurose und daraus folgender Art., sondern er handelt sich nur um die ersten Merkmale der noch verborgenen, aber schon vorhandenen Gefässerkrankung.

Zum Referat Hallers übergehend, bemerkt H., dass er auf die Theorien des a. cardiacum nicht eingehen will, er möchte nun bemerken, dass ihm schwere und reine Fälle solcher Art vorgekommen sind, in welchen Lungenrasseln fehlte und nur die sog. respiratio maxima mit grosser Atemnot vorlag. Es kann sich also in diesen Fällen wohl um ein interstitielles aber nicht um ein alveoläres Lungenödem gehandelt haben.

Ferner: das systolische Aortengeräusch geht allerdings gerade bei der arteriosclerotischen Insufficienzform, auf die er selber vor Jahren hingewiesen hat, der Insufficienz voraus, beharrt aber auch in recht vielen Fällen bis ans Ende, ohne dass es zu einer Insuffizienz kommt. Relative Stenose, auf die, glaube er, Vierordt hingewiesen hat, oder Compression des normalen Ostiums durch pericardiale oder Adventia-Schwielen liege in solchen Fällen dem Geräusch zu Grunde, während eine echte Stenose allerdings selten sei.

Prof. Dehio ist sowohl in der Literatur wie auch in den heute gehörten Vorträgen die Annahme aufgefallen, dass, wenn infolge von Arteriosclerose der peripheren Gefässe in diesen die Widerstände für das Durchströmen des Blutes wachsen, dadurch direct eine Steigerung des Blutdruckes in den proximalwärts gelegenen Gefässabschnitten und in der Aorta hervorgerufen werde. Dem ist nun nicht ganz so. Eine Verengerung des Lumens und Steigerung der Widerstände in der Peripherie bewirkt zunächst, bei gleichbleibender Herzarbeit nur eine Verlangsamung des Blutkreislaufes, die, so lange sie nicht zu hohe Grade erreicht, bei ruhigem Leben und Vermeidung körperlicher Anstrengungen ganz gut ertragen werden kann. Wir haben dann dasjenige Stadium der allgemeinen Arteriosclerose vor uns, bei welchem von einer arteriellen Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie noch nicht viel zu merken ist. Erst wenn die Behinderung der Stromgeschwindigkeit das noch eben erträgliche Mass überschreitet, kommt es dank der vermehrten Herzarbeit zu einer compensatorischen Steigerung des arteriellen Blutdruckes, wodurch die unumgängliche Stromgeschwindigkeit aufrecht erhalten und die notwendige Blutzufuhr zu allen Organen des Körpers gesichert wird. Diese vermehrte Herzarbeit muss dann allerdings zu einer allmählichen Hypertrophie des linken Ventrikels führen. Diese Hypertrophie ist dann stets mit einer diffusen bindegewebigen Verdichtung des Herzfleisches (Myofibrosis cordis) verbunden.

In der Aetiologie der Arteriosclerose spielt der Missbrauch des Alcohols eine sehr wichtige und verderbliche Rolle. Es ist nicht zu bezweifeln, dass bei der Beschränkung des Alcoholconsums auf ein vernünftiges Mass auch die heutigen Tages in erschreckender Häufigkeit und Schwere auftretenden arteriosclerotischen Erkrankungen beschränkt und hintangehalten würden.

Man braucht nicht Abstinenzler zu sein, um dieses anzuerkennen. Aber das richtige Masshalten in alcoholicis, das sollte jeder Arzt in seiner Praxis verlangen und schon um des guten Beispiels willen auch selber üben.

Unter den Jodpräparaten, welche in der Therapie der Arteriosclerose mit Recht an erster Stelle stehen, bevorzugt Redner die organischen Jodverbindungen Jodol, Jodipin, Sajodin, weil sie langsamer aus dem Magendarmtract ins Blut resorbirt werden als die anorganischen Jodsalze und dadurch eine anhaltendere und gleichmässigere Versorgung des Blutes mit Jod gewährleisten.

Dr. Weiss: Wesentliche Meinungsunterschiede sind in der Discussion nicht hervorgetreten. Ich kann mich daher kurz fassen und möchte nur die Herren, die an der Discussion teilnahmen, dafür danken, dass sie die Ausführungen meines Referates weiter ergänzt und vervollständigt haben. Nur auf einige Puncte möchte ich noch etwas näher eingehen. Bezugnehmend auf die Ausführungen des Herrn Dr. v. Hampeln möchte ich mich dahin aussprechen, dass wir bisher keine Veranlassung haben, die der Extremitätengangrän zu Grunde liegenden Gefässerkrankungen von der Arteriosclerose abzutrennen. Was die Frage der Endarteriitis obliterans anbetrifft, so habe ich bei der anatomischen Untersuchung einschlägiger Fälle feststellen können, dass der Gefässverschluss nicht durch eine Entzündung der Gefässwand sondern durch später sich organisierende Thromben zustande kommt. Was die ätoilogische Bedeutung nervöser Störung für die Arteriosclerose anbelangt, so scheinen locale Erkrankungen des Nervensystems wohl unter Umständen zur Arteriosclerose des entsprechenden Gefässgebietes führen zu können. So sah Botkin bei Hemiplegischen auf der erkrankten Körperhälfte sich stärker Arteriosclerose entwickeln als auf der gesunden. Desgleichen wurden bei Neuralgien locale Sclerose der entsprechenden Arteria beobachtet. Prof. Dehio gegenüber möchte ich betonen, dass auch ich die Voraussetzung der Blutdrucksteigerung bei der Arteriosclerose für eine Mehrarbeit des Herzens mache. Das Wesentliche der arteriosclerotischen Circulationsstörung liegt im erschwerten Uebertritt des Blutes aus dem Herzen in die Capillaren. — Schliesslich möchte ich noch auf ein ätiologisches Moment der Arteriosclerose hinweisen, das ist die Heredität. Gerade der practische Arzt, der als Nervenarzt durch Jahrzehnte hindurch an solchen Orten tätig ist, kann nicht nur der Krankheit des einzelnen Individuums sondern kranke Generationen verfolgen, da gewinnt man erst den richtigen Eindruck von familienweisen Auftreten der Arteriosclerose.

Dr. Haller (Schlusswort). Wenn H. v. Hampeln das Auftreten eines cardialen Asthmas ohne bronchitische Erscheinungen betonte, so sind darunter die leichten schnell vorübergehenden Anfälle zu verstehen. Das vollausgebildete Asthma cardiale zeigt stets das Kochen der Brust (reichliches kleinblasiges Rasseln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von Herrn Westphalen ist die Todesursache im stenocardischen Anfall berührt worden. Dazu sind die Sectionsergebnisse Curschmans von Interesse, die er bei zwei Pat., die einem stenocardischen Anfall erlagen, fand.

Im einen Fall hatte sich ein Kalkplättchen in d. l. Coronaria quer gestellt und das Lumen verlezt, in dem anderen war die Coronaria durch arteriosclerotische Wucherungen so verengt, dass sie für eine Borste gerade noch durchgängig war. Bei ganz geringen Ansprüchen an das Herz, konnte es seiner Pflicht zur Not genügen; so wie aber die Ansprüche stiegen, wurde die Blutcirculation im Herzmuskel in steigendem Masse ungenügend und die Muskelkraft versagte. Auch das Auftreten einer Stenocardie nach der Mittagsmahlzeit ist durch stärkere Inanspruchnahme des Herzmuskels zur Veränderung der Blutverteilung zu erklären.

---

4. Sitzung.

Sonnabend von $3^1/_2$—$^1/_2 5$ Uhr Nachm.

1. Dr. v. Hampeln-Riga: Ueber die seröse Expectoration nach Pleurapunctionen. (Der Vortrag ist in Nr. 11 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Prof. Dehio schliesst sich der von Dr. Hampeln ausgesprochenen Ansicht an, dass es sich bei der serösen Expectoration während der nach der Punction eines Pleuraexsudates um ein plötzlich in der sich wieder entfaltenden Lunge entstehendes acutes Lungenödem handele. Für diese Ansicht spricht die Tatsache, dass man sehr oft im Verlauf der Punction in der Lunge der betroffenen Seite feuchte, feinblasige subcrepitierende und crepitiernde Rasselgeräusche auftreten hört. Vortragender hat es sich deshalb zur Regel gemacht, während einer Pleurapunction stets oberhalb der Punctionsstelle zu auscultieren und die Operation zu beenden, sobald Patient zu husten beginnt und Rasseln in der Lunge hörbar wird. Vielleicht hat er es dieser Vorsicht zu verdanken, dass Zufälle bedenklicher seröser Expectoration ihm nie begegnet sind.

Dr. Blacher — Petersburg. Ich möchte das mechanische Moment doch nicht ganz ausschliessen. Es wäre doch leicht anzunehmen, dass nach Punctionen, resp. Aushebern der Exsudate, leicht Läsionen der entzündeten veränderten Visceralpleura, infolge von Druckveränderungen in der Pleurahöhle, so besonders an bronchiektatischen Stellen stattfänden und krankhafte seröse Expectorationen zur Folge hätten.

Dr. v. Hampeln (Schlusswort). H. stimmt Prof. Dehio bei, dass während der Punction die Auscultation ebenso wie die Percussion auszuführen ist. Auch die Bemerkung, dass bei Beachtung des ersten Hustenstosses die seröse Expectoration vermieden werden könne, erwiedert H., dass man erfahrungsgemäss damit, wenigstens in einzelnen Fällen, schon zu spät kommt. Der erste Hustenreiz ist wie in seinem Fall 1, bereits das erste Signal der serösen Expectoration. Es sei übrigens zu berücksichtigen, dass von sehr erfahrener Seite, so von Ziemssen die Verhinderung des Hustens durch eine prophylaktische Morphiuminjection befürwortet wurde. Auch er habe sie in einzelnen Fällen ausgeführt, und es scheine ihr Erfolg ein günstiger zu sein. In diesen Fällen wurde also auf den Husten als Symptom verzichtet und, wie es scheint, ohne Nachteil für die Kranken.

2. Prof. Dehio — Dorpat: Ueber die therapeutische Wirkung künstlich erzeugter Fieberzustände bei einigen Infectionskrankheiten. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Discussion:

Dr. Blacher: Vor mehreren Jahren hat Prof. Dehio auf der Pirogowschen Aerzteversammlung über dasselbe Thema gesprochen, damals wurde er sehr heftig angegriffen, da keine biologische Grundlage für dieses therapeutische Verfahren vorlag.

Nunmehr hat die moderne Immunitätsforschung durch Tierexperimente die Einspritzung artfremden Eiweisses ausgearbeitet und die Ergebnisse sprechen für eine positive Entscheidung dieser therapeutischen Massregel z. B. die Opsonie.

Dr. Hugo Hoffmann fragt, wie gross die Dosis der Pepton-Injection, und wie die Lösung präpariert wird. Ob bei Strepto- resp. Staphylococcen (Furunkulose) Pepton versucht worden ist?

Dr. Keilmann teilt mit, dass es ihm nicht gelungen ist eine Vermehrung der Leukocythen nachzuweisen, wenn bei localer Anordnung der Hitze (Becken) eine Steigerung der allgemeinen Körperwärme immerhin sich feststellen lässt. Ob bei weiterer Fortsetzung der Untersuchungen und bei anderer Anordnung desselben sich ein anderes Resultat wird gewinnen lassen, muss eigentlich erwartet werden. Um die Erklärung des negativen Resultats sei er jedenfalls in Verlegenheit.

Bei einer Darreichung von nucleinsaurem Natron habe er in einem Fall nur eine vorübergehende Steigerung der Leukocythose (au f6000) gesehen, trotz längeren Gebrauchs des Mittels. Es handelte sich um einen Fall von Lymphomatosis mit einer durchweg sehr geringen Zahl der Leukocythen (2—3000).

Dr. Westphalen. Zum Vortrage des Herrn Prof. Dehio kann ich von Hörensagen mitteilen, dass mir von einem sehr glaubwürdigen Collegen in St. Petersburg berichtet worden ist, dass durch Injection frischer steriler Ascitesflüssigkeit in einen phlegmonöseitrigen Abscess nach vorangehender Probeaspiration des Eiters in kürzester Zeit unter sehr hohen Temperatursteigerungen eine vollkommene Resorption des Eiters mit Rückgang der Phlegmone beobachtet werden kann.

3. Dr. v. Bergmann-Riga: Ueber die Differentialdiagnose der Abdominaltumoren. (Der Vortrag ist in Nr. 5 der «St. Pet. Med. Wochenschr.» erschienen).

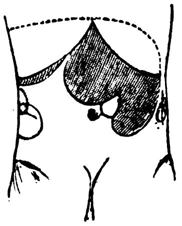
Discussion:

Dr. Keilmann stimmt Herrn Dr. B. darin zu, dass auch auf gynäkologischem Gebiet sehr oft nicht die Diagnose sondern die Indication gestellt werden muss und dann ist es eben eine Probelaparatomie, gegen die nichts einzuwenden ist, sobald irgend eine Aussicht auf Heilung durch Operation gegeben ist. Letzteres lässt sich nicht selten auch ohne bestimmte Diagnose in gewissen Grenzen bestimmen.

Dr. Hampeln demonstriert die Zeichnung eines Abdominaltumors, den er in den letzten Tagen zu sehen Gelegenheit hatte und über dessen Natur er noch nicht zur Klarheit gelangen konnte, wie ja überhaupt Abdominaltumoren fast immer, oder doch in der Mehrzahl der Fälle ein ausserordentlich schwieriges diagnostisches Problem bilden.

Patientin, 45 J., ist vor 4 Jahren wegen eines Uteruspolypen von Dr. Knorre operiert worden. Seit 3 Wochen bemerkt sie eine Anschwellung des Leibes in der «Magengegend» mit «Druckgefühl», ohne Schmerzen. Nicht abgenommen, nur müde und wie früher sehr erregt. Periode, Stuhl, Urin sgbl. normal; Appetit verringert.

Keine Spur von Kachexie, im ganzen gesundes Aussehen. Im Epigastrium ein sich ins linke Hypochondrium erstreckender Tumor, glatt, nicht empfindlich, stumpfraudig, mit einem Anhang von Form der Gallenblase, anscheinend fluktuierend, respiratorisch exact beweglich, nicht pulsierend. Leberrand



rechts palpabel, Uebergang in Tumor nicht deutlich. Nieren beiderseits bei Inspiration deutlich palpabel. Milz normal. Rechts im Abd. ein deutlicher Tumor, eine gefüllte Darmschlinge. Im übrigen Normalbefund. Der Tumor reicht nach links bis zur vorderen Axillarlinie und weicht bei seitlichen Lagerungen entsprechend nach links oder rechts aus.

Dr. Baron Engelhardt. Einen Fall, der in gewissem Sinne zwischen den beiden eben referierten steht, möchte ich kurz beschreiben. Eine Dame (60 a n.). war von Dr. G. Walter-Riga wegen linksseitigen Empyem operiert worden. Dr. Walter bat mich zur Patientin, weil sich im Laufe von circa 2 Wochen ein deutlich palpabler Tumor im Epigastrium entwickelt hatte. Der Tumor war völlig glatt und ragte als rundliche, weich elastische Geschwulst von Gänseeigrösse vom linken Rippenbogen her in das Epigastrium. Der Leberrand war unter dem rechten Rippenbogen zu palpieren, er war weich und nicht schmerzhaft und verlor sich allmählich zum Tumor hin, der selbst wenig druckempfindlich war. Da der Tumor sich mit der Atmung verschob, und zwar ebenso wie der rechte Leberrand, glaubte ich ihn als Tumor des linken Leberlappens auffassen zu können. Ob Echinococcus oder eine Cyste, blieb zweifelhaft. Ein paar Tage später trat in der Nacht plötzlich Collaps ein: Pulslosigkeit und in dem breiten Herzdämpfungsbezirk fühlte man den Spitzenstoss supra- und extramamillär. Ich glaubte, dass ein Erguss in das Pericard von dem weichen Lebertumor her stattgefunden hätte. Die mehrfache Punction des Tumors ergab ein negatives Resultat, eine weitere Punction des Herzbeutels lehnte Dr. Walter ab. Nach 12 Stunden trat der Tot ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Section ergab ein weiches glattes Sarcom des linken Leberlappens mit Wucherung ins Mediastinum und ein Pyopericard. Ob der Eiter plötzlich wohl aus einem abgesackten Abscess des Pleuraraumes in das Pericard durchgebrochen war, liess sich nicht mit Sicherheit constatieren.

4. Dr. v. Dehn-Reval: Zur internen Röntgendiagnostik.

Discussion:

Dr. Blacher-St. Petersburg spricht sich sehr anerkennend über die demonstrierten Röntgenbilder aus, welche er in so vorzüglicher Ausführung bisher nirgends gesehen hat.

---

5. Sitzung.

Sonntag den 7. Dec. von 10—1.

1. Dr. Kupffer-Kuda: Ueber moderne Leprabehandlung. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form im Druck in dieser Nummer).

Vortragender bespricht die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl und den aus diesem Mittel hergestellten Präparaten. Sodann erwähnt er der mit Antileprol, einem Derivat des Chaulmoograöls, gemachten Erfahrungen und geht schliesslich zur Beurteilung der Nastintherapie über, der eine specifische Wirkung zugeschrieben wird. Diese Mittel sind vom Vortragenden geprüft worden. Als besonders empfehlenswert ist die Behandlung mit Nastin zu bezeichnen, sowie eine Combination des Nastins mit dem Chaulmoograöl und zwar in der Weise, dass Nastin injiciert und Chaulmoograöl innerlich verabreicht wird. Die Resultate dieser Behandlungsweise demonstriert Vortragender an Abbildungen von Patienten, welche vor und nach der Cur photographiert sind.

Discussion:

Dr. Sadikoff-Talsen: Ich habe leider nicht so gute Resultate sowohl mit Ol. Gynocordiae, wie mit Nastin gehabt. Dagegen kann ich die von Prof. Dehio vorhin gemachte Mitteilung, dass das Erysipel günstig bei Lepra wirkt, durchaus bestätigen.

Prof. Dehio teilt mit, dass therapeutische Versuche mit Nastin auch im Leprosorium zu Wenden seit einiger Zeit ausgeführt werden, aber noch nicht zu deutlichen Resultaten geführt haben. Hoffentlich wird es ihm möglich sein auf dem im August des nächsten Jahres in Bergen stattfindenden Lepracongress zuverlässige Erfahrungen über die Erfolge der Nastineinspritzungen bei Lepra mitteilen zu können.

Nach einer mündlichen Mitteilung des Dr. Biehler, welcher das Nastin schon seit längerer Zeit im Leprosorium zu Riga anwendet, ist die Wirkung dieses Mittels bei den verschiedenen Kranken sehr verschieden und ungleich, sodass ein abschliessendes Urteil einstweilen nicht möglich ist. Das Eine scheint nach den von Dr. Biehler gemachten Erfahrungen nicht zu bezweifeln, dass das Nastin bei Lepra höchst energische specifische Wirkungen entfaltet.

Dr. Kupffer verzichtet auf das Schlusswort.

2. Dr. Pallop-Reval: Zur Frage der Choleraschutzimpfung. (Der Vortrag ist in Nr. 15 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. Blacher: Der Ausdruck des Vortr., dass wir keine antitoxische Cholerasera haben, ist nicht streng zu nehmen. Wir haben wohl welche. Das neueste, welches von Kraus hergestellt wird, wird eben in Petersburg angewandt, freilich, wie ich hörte, mit wenig Erfolg.

Bei sehr schweren Collapszuständen bei Cholera wende ich intravenöse Injectionen von ClNa-Lösungen an. Der Allgemeinzustand und die Herztätigkeit werden zusehens gebessert. Dauererfolge sind freilich nicht zu bemerken.

Ich möchte noch aufmerksam machen auf die negative Phase nach den Vaccineinjectionen. Diese Ueberempfindlichkeit bei eventueller Cholerainfection dauert ungefähr 5 Tage und muss bei Vornahme prophylact. Injectionen in Betracht gezogen werden.

Dr. Westphalen: Bezüglich des antitoxischen Heilserums der Cholera kann ich berichten, dass ich neulich einem Vortrage des Prof. Kraus beigewohnt habe, in welchem dieser die Unwirksamkeit eines antitoxischen Serums beim Menschen im Gegensatz zu seiner nachgewiesenen Wirksamkeit im Experiment bei einigen Tieren darauf zurückführte, dass bei Menschen das Choleratoxin enorm rasch von den Receptoren des menschlichen Körpers verankert wird, so rasch, dass das therapeutisch eingeführte Antitoxin kein Toxin mehr zur Bindung vorfindet. — Die Choleraschutzimpfungen scheinen in der Tat in der grössten Mehrzahl der Fälle ungefährlich zu sein, jedoch haben mir damit vaccinierte Personen angegeben, dass sie sich namentlich nach der zweiten Injection recht unbehaglich gefühlt haben. Ich habe nur einen Fall gesehen und in meiner Abteilung des Alexander Männer Hospitals behandelt, bei dem in unmittelbarem Anschluss an die erste Injection Gelenkschwellungen und mehrwöchentliches Fieber bis über 39° eintrat, welches mit plötzlich einsetzendem Durchfall kritisch abfiel, so dass ich von diesem Falle den Eindruck gewonnen habe — eine Diagnose habe ich nicht stellen können — als wäre ein vorher im Körper latent entzündlicher Herd durch die Injection activ geworden und wäre dann später in den Darm perforiert. Ich selbst habe keinen einzigen Cholerapatienten gesehen, aber von den Collegen, die viele solcher Kranken behandelt haben, erfahren, dass alle mit dem Kraus schen und mit einem anderen Choleraheilserum angestellten Versuche völlig resultatlos verlaufen sind, grossen, allerdings nur vorübergehenden Nutzen haben die Collegen von oft wiederholten reichlichen intravenösen, nicht subcutanen NaCl-Injectionen erlebt.

3. Dr. Keilmann-Riga: Massnahmen und Erfolge der öffentlichen Kinderfürsorge. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Discussion:

Dr. Meder-Reval: Ich kann schon auf ein Viertel-Jahrhundert zurücksehen. Die Entwickelung keines Gebietes der Medicin berührt so unangenehm, wie die dieses Gebietes. Ich bin der Ueberzeugung, dass die Medicin sich vollständig auf dem Holzwege befunden habe, und allmählich wieder zur Natur zurückkehrt. Als ich Student war, galt die künstliche Ernährung als eine Garantie zur Genesung. Man glaubte, dass man die Milch sehr bekömmlich mache, wenn man sie Stunden und Stunden malträtierte. Schmeckte man diese Milch, wurde einem übel. Man hat viel Sünde begangen, und hat sich endlich entschlossen, zur natürlichen Ernährung zurückzugehen. Es gibt ja derartige Fälle, wo man ohne künstliche Ernährung nicht auskommt, es sollte aber nicht eine gekünstelte sein; wenn die natürliche Ernährung nicht durchführbar, soll man nicht zur gekünstelten Nahrung greifen, sondern man sollte gute Kuhmilch schaffen, ohne Zusätze, es sei denn durch Verdünnung mit Wasser. Die Kuhmilch rasch abgekühlt unter 12°, dann hält sie sich. Sobald sie aber gekocht ist, verdirbt sie entsetzlich, es ist keine Milch mehr, sondern ein gefährliches Getränk. Man muss sich nur wundern, dass so viel Kinder noch dabei am Leben bleiben.

Dr. Meyer-Dorpat: Ich möchte nur noch mehr unterstreichen, was College Keilmann zum Schluss betreffend die Aufklärung des Publicums sagte. Es ist mir ein Fall bekannt, in welchem meine Hilfe als Geburtshelfer abgelehnt worden ist, weil ich den Müttern keine Ruhe gäbe, und sie zum Stillen zwänge. Die Hebammen müssen angewiesen werden, ihre Patientinnen zum Selbststillen anzuhalten. In der Stadt können wir die Hebammen in dieser Richtung leicht beeinflussen. Auf dem Lande ist die Neigung zur künstlichen Ernährung zu greifen überhaupt weniger ausgesprochen. Vor allem müssen die Mütter selbst zur Ueberzeugung gebracht werden, dass es für ihre Kinder von der grössten Bedeutung ist mit Muttermilch ernährt zu werden, für welche auch die besten Milchpräparate keinen vollwertigen Ersatz zu liefern imstande sind. Nur durch Aufklärung kann der schädliche Einfluss «erfahrener» alter Tanten und Bekannten bekämpft werden, die nur zu sehr geneigt sind bei den ersten Schwierigkeiten vom Selbststillen abzuraten.

Die Ausführungen des Herrn Collegen Meder möchte ich in einer Hinsicht etwas zurechtstellen: als wir in Dorpat in der Entbindungs-Anstalt arbeiteten, wurde die künstliche Ernährung nicht empfohlen; es wurde auch damals schon Gewicht darauf gelegt, dass die Mutter wenn irgend möglich selbst stillen solle. Die künstliche Ernährung wurde schon damals als abnorm angesehen, obgleich die schädlichen Folgen der Ernährung mit artfremder Milch damals wissenschaftlich nicht begründet werden konnten.

Dr. Haller. Ich will Sie nur noch einmal darauf aufmerksam machen, dass wirklich die Muttermilch eine Materie ist, die durch nichts zu ersetzen ist, auch nicht durch Ammenmilch. Es sind bestimmte Bestandteile, die nur die artgleiche Mutter geben kann und die Milch der Amme ist für den Säugling artfremd. In den Ausführungen gegen die Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen glaube ich, dass College Keilmann zu weit gegangen ist. Die Fürsorgestellen sind Beratungsstellen nicht nur für kranke Kinder, auch nicht nur für künstlich genährte sondern auch für Mütter, die ihre Kinder selbst nähren: die Mütter erscheinen allwöchentlich und präsentieren ihre Säuglinge. Es wird dabei festgestellt, ob das Gewicht zugenommen, im entgegengesetzten Fall nach den Ursachen geforscht und diese durch Belehrung zu heben gesucht. Es wird wo nötig nicht nur einwandfreie Milch gegeben, sondern es werden auch Surrogate verabfolgt im besonderen Kellersche Malzsuppe, Buttermilch etc.; in Amerika sind die sog. Milchapotheken ganz besonders ausgebildet, speciell in New-York. Die Statistik hat festgestellt, dass in den letzten Jahren dort die Säuglingssterblichkeit um 50 pCt. gesunken ist; ob dies gerade auf die Milchapotheken zurückzuführen ist, ist wohl die Frage. Immerhin ist die Beschaffung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einwandsfreier künstlicher Säuglingsnahrung ein nicht zu unterschätzender Factor in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit solange die Forderung «jedem Säugling die Mutterbrust» noch unerfüllbar ist. Dass nur in Frankreich eine Mutterschafts-Versicherung existiert, ist nicht ganz genau: auch in Deutschland gibt es bereits derartige Einrichtungen. Es wäre sehr dankenswert, wenn die Ausführungen Dr. Keilmanns einen practischen Wert haben könnten. Wir haben hier eine Anstalt, die wohl in der Lage wäre, auf das weitere Gedeihen der Mütter und Säuglinge Einfluss zu haben — die Hebammenanstalt. Die Einrichtung, dass sich die Mütter mit ihren Säuglingen nach der Entlassung aus der Anstalt in gewissen Zeiträumen wieder präsentieren und ihnen über richtige Haltung Pflege und Ernährung ihrer Kleinen Rat erteilt würde, liesse sich gewiss leicht schaffen.

Endlich glaube ich, dass es von grossem Wert wäre, beim Hebammenunterricht besonderes Gewicht darauf zu legen, dass die Schülerinnen sich über die Pflege und Ernährung der Kinder bis zum 1. Lebensjahr tüchtige Kenntnisse anlegen.

Dr. Schawlow: Ich muss gegen den Schlusssatz meines Vorgängers ankämpfen, gerade die Pädiater haben in dieser Beziehung sehr viel gesündigt. Wenn Heubner und Biedert grosse Untersuchungen über verschiedene Rahmgemenge gemacht haben, als über Surrogate, die nie an die Werte der Frauenmilch herankommen, und diese Publicationen in die weitesten Massen hineinbringen, sind sie meiner Ansicht nach, dem Gespenst der Mode verfallen, das durch die unzweckmässige Bekleidung der Brüste in ihren Functionen beeinträchtigt. Sollte, wie Stratz es verlangt, die Bekleidung zweckmässig werden, so würden bestimmte schädigende Momente wegfallen.

Was die sociale Frage anlangt, so liegen die Verhältnisse bei den Fabriksarbeiterinnen nicht so sehr ungünstig. Es kommt nicht darauf an, dass die Säuglinge regelmässig alle 3 Stunden genährt werden, es genügt, dass sie 3—4 mal täglich die Brust bekommen. Die Hauptsache ist es aber, gegen das sociale Vorurteil in Bezug auf die ehelosen Kinder anzukämpfen, welche eben die Kindersterblichkeit befördert. Das Bewusstsein, dass jede Mutter ein Heiligtum ist und selbst nähren soll, dürfte viel zur Herabsetzung der Kindersterblichkeit beitragen.

Dr. Blacher: Ich muss meine Verwunderung darüber aussprechen, dass Dr. Keilmann eine solche complicierte sociale Frage wie Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung lediglich in Gebiete der Gynäkologie hinübergespielt sehen will, da die künstliche Ernährung, wie das aus der Statistik der Säuglingsheime ersichtlich, nur traurige Folgen gezeitigt haben soll, denn der Sterblichkeitsprocentsatz des Säuglingsalters sei seit Popularisierung der künstlichen Ernährung noch gestiegen. Vor allen Dingen möchte ich darauf hinweisen, dass wir Zeiträume von 4—5 Jahren nicht zum Vergleich heranziehen können, denn mit dem Wachsen der grossindustriellen Centren hält die Verbesserung der hygienischen Bedingungen der Arbeitsnehmer nicht gleichen Schritt.

Der Procentsatzder Sterblichkeit des Säuglingsalters muss beständig wachsen.

Was können da die Gynäkologen helfen, wenn bei den Arbeiterinnen das Stillrecht wenigstens innerhalb der ersten 3 Monate nicht gesetzlich geschützt ist?

Richten wir noch das Augenmerk auf die immer häufiger vorkommenden industriellen Krisen und das mit diesem Moment im Zusammenhang stehende Elend und die Armut, so lässt es sich leicht erklären, dass trotz der Einrichtung der Milchanstalten, goutte de lait, Säuglingsheime, der Procentsatz der Säuglingssterblichkeit, wenn auch langsam, so doch im Wachsen begriffen ist. Diesen Umstand aber auf die Einrichtung der goutte de lait zu beziehen, hiesse einen falschen Schluss ziehen. Dass die Sterblichkeit in den Säuglingsheimen so gross ist, liegt wohl daran, dass vernachlässigte Darmerkrankungen zur Aufnahme gelangen.

Dr. Keilmann (Schlusswort): Auf die Behandlung der Kuhmilch des Näheren einzugehen habe er unterlassen. weil das zu weit geführt hätte, jedoch glaube er, gestützt auf die Untersuchungen Flügges, in der Kühlung und Kühlhaltung der Milch einen wesentlichen Gesichtspunct für die Fernhaltung der Gefahren erkennen zu müssen, ebenso wie in Verwendung möglichst frischer Milch. Nach Japha u. Neumann erwies sich die Landmilch vielleicht noch günstiger, als die von manchen besonders begünstigsten Kuhställen in der Stadt. (J. u. N. d. Säuglingfürsorgestelle I der Stadt Berlin 1907). Indessen bleibt es immer Kuhmilch.

Einen Gegensatz zwischen Geburtshelfer und Pädiater in vorliegender Frage zu construiren, sei unrichtig; die Mitwirkung des Geburtshelfers und seines Hilfspersonals sei aber unbemerkbar, wenn ein Erfolg in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eintreten soll. Die Vorbereitung der Frau zum Stillgeschäft müsse in der Zeit der Schwangerschaft unter Anleitung des Geburtshelfers bezw. der Hebamme geschehen; die Geburt des Kindes werde von diesen überwacht und die Ueberwachung des Neugeborenen liege in ihren Händen; die Einleitung der Ernährung, die zweckmässige Anregung der Milchsecretion könne wiederum nur vom Geburtshelfer und seinem Hilfspersonal in die richtigen Wege geleitet werden; die Stillfähigkeit der Mutter sei von der allgemeinen Fürsorge für diese abhängig und steigt bei rationeller Beratung erwiesenermassen bedeutend. Dass der Pädiater in allen diesen Puncten richtigen Rat erteilen könnte. solle nicht bezweifelt werden, jedoch liege es auf der Hand, dass der Pädiater gerade in diesen kritischen Zeiten garnicht in Betracht komme; eine Hebamme ist immer anwesend, ein Geburtshelfer oft; wenn ein Pädiater aber erst hinzukommt, so ist die wichtigste Zeit für Erhaltung der Stillfähigkeit meist verstrichen und Herr College Blacher hat Recht, wenn er sagt, er müsse meist mit der künstlichen Ernährung rechnen — dazu kommt es immer, wenn die Geburtshilfe hier die Grenzen der Pädiatrie zu sehr respectiert und damit eine wesentliche Pflicht versäumt. Deshalb haben auch die Säuglingsberatungsstellen, deren Tätigkeit jenseits der pädiatrischen Grenzen liegt weniger Erfolg, als die Mutterberatungsstellen, deren Leitung schon zur Geburt des Kindes in Beziehung steht (Steigerung der Stillfähigkeit von 57% auf 93% Bresset). Müsse man das Hauptmittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der Steigerung der Stillfähigkeit und Stillpflicht der Mutter sehen, so werde bei Beurteilung practisch-socialer Unterfragen die Beihilfe des Geburtshelfers nicht entbehrt werden können. Wird die Fürsorge für die Schwangere, Kreissende und Wöchnerin nicht richtig getroffen, se sind alle Massnahmen zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit fast nutzlos.

Eine wichtige Aufgabe des Geburtshelfers sei es deshalb auch, die Hebammen und Pflegerinnen in dieses Gebiet einzuführen und ihnen volles Verständnis für die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung beizubringen; ihr Einfluss ist gross und kann sehr nutzbringend sein; die entsprechende Beratung und Anleitung, die von den Hebammen in den ersten Tagen des Wochenbettes ausgehe, entscheide meist über Erfolg und Misserfolg des Stillgeschäfts. In der geburtshilfl. Poliklinik zu Riga zeige sich das deutlich, indem die dort Geborenen und von den Pflegerinnen der rigaschen Hebammenschule in den ersten 10—14 Tagen beratenen Kinder, wie der College K. G. Schultz nachgewiesen hat nur in 12.5% der Fälle das II. Lebensjahr nicht erreichen bei einer allgemeinen Mortalität der Kinder in Riga von 20—22%. Poliklinische unentgeltliche Hilfe erhalten nur die ärmsten Frauen.

Durch Vermittelung des Pflegepersonals könnte die vom Geburtshelfer ausgehende Aufklärung und Belehrung des Publicums ausserdem in allein wirksamer Weise bewerkstelligt werden; alle anderen Mittel, wie z. B. die Merkblätter sind weniger wirksam; letztere betonen ausserdem nur noch zu sehr die künstliche Ernährung und erreichen dadurch oft das Gegenteil von dem, was sie anstreben. Eins der Besten sei das Winklersche (in Reval erschienen), doch bedürfe der II Teil desselben durchgreifender Correctur.

Dr. Keilmann hält es nicht für richtig, mit der Stillungsfähigkeit der Mutter, als gegebener Thatsache zu rechnen; unter Beihilfe des geburtshilflichen Personals lässt sich die Stillfähigkeit wie in Stuttgart und Paris auch andernorts bedeutend steigern. Nur wenn die natürliche Ernährung der Säuglinge wirksam gesteigert werden könne, werde die Frage der Säuglingssterblichkeit ihrer Lösung näher gebracht werden und deshalb müssen Geburtshelfer und Hebammen in erster Reihe zur bewussten Betätigung auf diesem Gebiete herangezogen werden. Eine gesteigerte Geburts- und Wochenbettshygiene mit richtiger Belehrung und Anleitung in der ersten Ernährung des Kindes seien die wesentlichen Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit; öffentliche und private Massnahmen, die nicht von diesen Gesichtspuncten aus getroffen werden, fassen das Uebel nicht an der Wurzel und haben daher auch keinen wesentlichen Erfolg.

4. Privatdocent Dr. Palldrok-Dorpat: Demonstration seltener Hautkrankheiten. (Der Vortrag erscheint im Druck).

1. Fall, — Pityriasis rubra bei einem 52 Jahre altem Manne, der seines Berufes wegen sich öfter Erkältungen ausgesetzt hat. Die Krankheit besteht seit 6 Monaten; ist seit 4 Wochen mit Acid. carbolicum Pillen behandelt worden und zeigt Besserung.

2. Fall. — Urticaria perstans Raymond mit Pigmentbildung bei einem 22 Jahre altem Mädchen, dessen Genitalien auf der Entwickelungsstufe eines 10—11-jährigen Kindes stehen geblieben sind und die noch nie eine Regel gehabt hat.

3. Fall. — Moulage einer Psoriasis verrucosa bei einem erwachsenen Manne.

4. Fall. Moulage einer Prurigo ferox bei einem erwachsenen Manne.

5. Demonstrationen: a) Dr. v. Wistinghausen demonstriert ein Röntgenbild und Photographien von einem Fall von

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Situs viscer. inversus Schaltwirbeln und überzähligen Rippen.

6. Dr. Haller lenkt die Aufmerksamkeit der Versammlung auf eine Collection Blumenthalscher Lichtbilder, die dem Tuberculose-Verein gehören und zur Besichtigung ausliegen. Ihre Projection und Demonstration musste der knappen Zeit wegen unterbleiben, doch auch durch einfache Besichtigung der Platten lässt sich ein Eindruck gewinnen, wie zweckmässig die bildliche Darstellung statistischer Daten in Curven und Diagrammen ist und wie sich die einzelnen Länder, Städte, Lebensalter, Berufe etc. an der Tuberculosemortalität beteiligen.

c) Dr. Blacher-Petersburg demonstriert einen von ihm construierten Apparat für Veneninjectionen und Hypodermaclysma. Der Apparat besteht aus einem Luftbehälter von 1,5 Liter Inhalt. Vermittelst einer Luftpumpe wird der Druck auf 3 Atmosphären gebracht. Am Apparat ist ein Reductionventil angebracht, vermittelst dessen die austretende Luft auf einen beliebigen Druck bis auf $^1/_{10}$ Ctm. reduciert werden kann. Das Ausströmen der Luft ist keinen Druckschwankungen unterworfen, sondern ist constant. Vermittelst eines Gummischlauches kann diese beständige, beliebig regulierbare Druckquelle mit einem beliebigen Injectionsapparat, der nach dem Princip der Wulffschen Flasche construiert ist, verbunden werden.

Da die Flüssigkeit auch unter hohem Druck bis über 2 Atmosphären eingespritzt werden kann, ist sie auch für andere Zwecke anwendbar, z. B. Termocauter, Gefrierapparate u. s. w.

6. Sitzung.

Sonntag den 7. December von 4—6 nachm.

1. Dr. Eichfuss-Dagoe-Kertell: Ueber medicinische Genealogie. (Der Vortrag ist in Nr. 18 der St. Pet. Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion:

Dr. Meyer-Dorpat weist darauf hin, dass die Familienforschung zunächst nur von den Psychiatern, namentlich behufs Beurteilung crimineller Fälle angewandt worden. Die bisher angenommenen Vererbungstatsachen beruhen nur auf Benutzung von Stammbäumen, nicht aber von Ahnentafeln. Eine derartige nachträgliche Benutzung einer Ahnentafel, wie es Sommer bei der Familie Soldan geglückt, dürfte zu den seltensten Annahmen gehören. Es ist dringend wünschenswert, dass in erster Linie von den Hausärzten die Bausteine zusammengetragen würden, die in Zukunft die Aufstellung genealogischer Tafeln ermöglicht, nach welchen die Vererbung körperlicher und psychischer Fehler erforscht werden könne. In der ganzen organischen Welt bestehen den Kampf ums Dasein nach natürlicher Zuchtwahl nur die besten Individuen. Beim Menschengeschlecht ist das viel weniger der Fall. Die Gesellschaft nimmt sich auch der Erhaltung der Schwachen an. Wird nicht in Zukunft eine bewusste Zuchtwahl auf der Basis medicinischer genealogischer Tatsachen zur Verbesserung der Race in Betracht kommen können?

Ehen betreffend ist darauf hinzuweisen, dass bei ihnen auch eine Accumulation guter Eigenschaften zur Geltung kommt.

Dr. Baron Engelhardt—Riga: Die Anregung, die von dem Herrn Vortragenden ausgegangen ist, scheint mir in höchstem Grade beachtungswert, nur muss man die Schwierigkeiten nicht übersehen, die sich einer sorgfältig bearbeiteten medicinischen Genealogie entgegenstellen. Da wäre zuerst daran zu erinnern, dass die Beurteilung eines Individuums in Bezug auf seine psychische Anlage und geistigen Functionen der Gefahr subjectiver Färbung selten entgeht, dass die Erinnerung den Blick für die psychischen Eigentümlichkeiten erst seit Kurzem Verstorbener intensiv trübt, und dadurch Bilder entstehen können, die der Wirklichkeit wenig entsprechen. Auch auf dem Gebiet psychischer Abnormitäten dürfte Vorsicht geboten sein, da die Nomenclatur beständig in der Psychiatrie wechselt und was heute unter den Begriff der Paranoia fällt, nach einigen Jahren bereits einer allgemeinen Gruppe der Psychopathologie zugezählt wird. Nicht geringeren Schwierigkeiten begegnen wir bei der Beurteilung rein somatischer Krankheitszustände und Anlagen. Es ist eine Frage rein subjectiven Ermessens ob ich in zweifelhaften Fällen visceraler Gicht den Patienten zu denen zähle, die an harnsaurer Diathese leiden oder nicht. Durch alle diese Umstände können die Resultate einer medicinischen Genealogie entwertet werden, und es wäre Aufgabe der Collegen, die sich dieser Frage annehmen wollen, möglich einheitliche und einfache Schemata auszuarbeiten.

2. Dr. Blacher—St. Petersburg: Ueber Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. (Der Vortrag erscheint im Druck).

In der Pause demonstriert Dr. Westphalen eine Methode den Verschluss des Ductus Wirsungianus zu diagnosticieren.

3. Der Präses weist darauf hin, wie nötig und erwünscht es für die baltischen Aerzte wäre, sich fortbilden zu können etwa durch Curse, die sie an grossen Hospitälern nehmen. Auf Anfrage des Präses erhebt sich die Versammlung, um damit anzudeuten, dass eine solche weitere Fortbildung auch von ihr gewünscht wird. Der Präses bittet nun Herrn Dr. v. Hampeln in Riga dafür wirken zu wollen, dass am Stadtkrankenhause für die baltischen Aerzte eine weitere Ausbildung privatim ermöglicht werde, umsomehr als bereits in Livland und Kurland man sich in Aerztekreisen ebenfalls für diesen Plan ausgesprochen hätte.

Dr. v. Hampeln erklärt sich bereit dafür in Riga sich zu verwenden.

Prof. Dehio bringt eine Vorlage betreffend die baltische Aerzteconferenz ein. Die Versammlung schliesst sich dem Wunsche der Gesellschaft Livländischer Aerzte und der Kurländischen Aerztlichen Gesellschaft an, ist mit der Einberufung eines baltischen Aerztetages und zwar im Herbst 1909 in Dorpat einverstanden und überlässt die Ausarbeitung und Einreichung des Statuts sowie die Bestimmung des Termins der zu diesem Zweck erwählten Commission.

Dr. v. Kügelgen—Seewald stellt den Antrag Berichte und Entwürfe vor der Tagung der Gesellschaft den Interessenten zugänglich zu machen, indem dieselben in der Pet. Med. Wochenschrift publiciert werden. Ein Verlesen derselben könnte dann unterbleiben. Der Präses überweist diesen Antrag an den Vorstand.

Dr. v. Kügelgen—Seewald stellt folgenden Antrag: Der Vorstand wolle durch Antrag beim Estländischen Aerztetage einen Beschluss herbeiführen, indem die Versammlung sich 1. für die Notwendigkeit einer Enquête über Zahl und Versorgung der Geisteskranken in Estland erklärt und 2. den Vorstand ermächtigt, die Anordnung entsprechender Massnahmen durch die zuständigen Instanzen zu veranlassen. Die Versammlung beschliesst eine Irrenenquête in Estland zu veranstalten und beauftragt den Vorstand der Angelegenheit Verfolg zu geben.

Dr. Haller—Reval schlägt vor aus der Vereinscasse eine Zahlung einem Buchhändler zu bewilligen, für welche dieser dann in einem Lesecirkel Zeitschriften cursieren lassen wird.

Der Antrag wird angenommen und Dr. Haller beauftragt die nötigen Schritte zu tun.

4. Dr. v. Wistinghausen demonstriert wegen der vorgeschrittenen Zeit nur die zu seinem Vortrage gehörigen Abbildungen. Die Vorträge von Dr. Baron Keyserlingk, Dr. v. Wistinghausen und Dr. v. Kügelgen fallen wegen der vorgerückten Stunde weg.

5. Nach einer Ansprache schliesst der Präses den V-ten Estländischen Aerztetag.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Conferenz der Militär-medicinischen Akademie hat dem hier weilenden Prof. E. Metschnikow den Titel eines Doctor medicinae honoris causa verliehen.

— Wie wir von autoritativer Seite erfahren, soll im Kriegsministerium die Absicht bestehen, mit dem Abschiede des Professors der Geschichte und Encyklopädie der Medicin, Dr. G. Skoritschenko, auch den betreffenden Lehrstuhl aufzuheben. Auf eine Anfrage im Ministerium, weshalb seine Wahl auf ein weiteres Quinquennium nicht zugelassen sei, erhielt Prof. Skoritschenko den Bescheid, dass man schon seit längerer Zeit die Absicht gehabt hätte, dieses Lehramt zu streichen und da gerade jetzt die 25-jährige Dienstzeit des Professors abläuft, so hätte man die Gelegenheit benutzt, indem man seine Wiederwahl nicht zuliess. Es ist hierbei zu beachten, dass die Conferenz der Militär-medicinischen Akademie bei dieser wichtigen Angelegenheit gar nicht um ihre Meinung befragt worden ist.

— Am 19. Mai wurde im Institut für Experimentelle Medicin das 25-jährige Jubiläum des Directors, Prof. W. Podwyssozkij gefeiert. Der Prof. der Physiologie J. Pawlow verlas eine Adresse der Dienstcollegen, darauf folgten Ansprachen und Begrüssungen seitens verschiedener medicinischen Institutionen und Gesellschaften. Prof. E. Metschnikow beglückwünschte den Jubilar persönlich.

— Am 2. April fand im Nicolai-Militärhospital die allgemeine Versammlung der Gesellschaft zur Fürsorge für die Waisen der Aerzte unter dem Vorsitze von Dr. med. A. Dwukrajew statt. Nach Verlesung des Rechenschaftsberichts sprach die Versammlung dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats, Dr. Grjasnow, ihren Dank aus für seine fruchtbringende Arbeit zum Besten der Gesellschaft und dem Mitglied Dr. Ebermann, der die Collecte verwaltet, den Dank für die Spende von 68 Rbl. und 80 Kop. zur Deckung der Unkosten bei der Collecte. Das Anerbieten

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

des Mitgliedes A. Busch, der Gesellschaft ein Haus mit einem Grundstück an der Station Wsewoloshskoe der Irinowka-Bahn zu schenken, damit daselbst ein Asyl für weibliche Waisen von Aerzten eingerichtet werde, wurde mit grossem Dank angenommen. Sodann wurde beschlossen, Abteilungen der Gesellschaft in Moskau und Kasan zu eröffnen. Einstimmig wurden zu Ehrenmitgliedern erwählt: der frühere Vorsitzende des Comitees K. Schenk, der Cassierer der Gesellschaft A. Busch und dessen Gemahlin, Frau L. Busch und der Vorsitzende des Verwaltungsrats A. Grjasnow. — Aus dem Rechenschaftsbericht ist zu ersehen, dass die Gesellschaft ein Capital besitzt von 12450 Rbl. an Wertpapieren und 1514 Rbl. 75 Kop. an baarem Gelde. Die Zahl der Mitglieder beträgt 1140, meist sind es Aerzte, nur 124 sind Nicht-Aerzte und 32 Frauen von Aerzten. Die meisten Mitglieder sind Petersburger, aber die Gesellschaft hat Mitglieder im ganzen Reich bis zum Küstengebiet am Stillen Ocean. Die Gesellschaft besitzt ein Asyl in St. Petersburg in der Kawalergardskaja Strasse, Nr. 12, in welchem am 1. Januar 1909 19 Waisen waren und dessen Unterhalt im Berichtsjahr 6373 Rbl. und 38 Kop. zu stehen kam. — Der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 Rbl. jährlich. Mitgliedsbeiträge und Spenden werden entgegengenommen von A. Grjasnow (Ssimbirskaja 45) und A. Busch (Newski 122).

— Bei dem Wettbewerb um den vacanten Lehrstuhl der chirurgischen Klinik an der Universität zu Tomsk erwies sich der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. Wenglowskij, als mit grosser Stimmenmehrheit erwählt.

— In Tomsk hielt am 12. April das Mitglied der Geographischen Gesellschaft W. Anutschin einen Vortrag über die Jenisseier oder Jenissei-Ostjaken, einen Volksstamm, der zwischen russischen Ansiedlern des Tumchanschen Gebiets versprengt und im Aussterben begriffen ist. Die Blindheit soll unter den Jenisseiern sehr stark verbreitet sein, zum grössten Teil infolge von endemischem Trachom. Die hygienischen Bedingungen, unter denen sie leben, sollen die denkbar schlechtesten sein. Sie waschen sich nie; nur das Gesicht wird zuweilen aus einem allgemeinen schmutzigen Geschirr gewaschen. Ferner werden die Wöchnerinnen gewaschen. Die Geburt geschieht meist in hockender Stellung, bei schwerer Geburt wird die Kreissende an Armen und Beinen gehalten und geschüttelt. Die Jenisseier bewohnten in den ersten Jahrhunderten unserer Zeitrechnung das Flussgebiet des oberen Jenissei, die nördliche Mongolei und einen Teil des Altaigebirges, von wo sie allmählich durch türkische und finnische Stämme weiter nach Norden gedrängt wurden. Die letzten Reste dieses Volksstammes haben sich bis jetzt am Jenissei und seinen Nebenflüssen zwischen Jenisseisk und Turuchansk erhalten. Ihre Beschäftigung besteht in Jagd und Fischfang. Obwohl officiell zum Christentum bekehrt, verehren sie bis jetzt ihre heidnischen Götter. (Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta № 18).

— Wir erhalten von der Internationalen Tuberculose-Gesellschaft (Société Internationale de la tuberculose, Secrétariat Général, Dr. G. Petit. Paris, 51 Rue du Rocher) eine Zuschrift mit der Bitte, die Mitteilung zu bringen, dass im Mai 1910 folgende Preise den Autoren der besten Arbeiten über Tuberculose zugeteilt werden sollen:

1) Ein Preis von 300 Francs.
2) Ein Preis von 100 Francs.
3) Zwei Preise von je 50 Francs.
4) Zwei goldene Medaillen mit einem Ehrendiplom.
5) Drei silberne Medaillen mit Ehrendiplom.

Die Autoren (Franzosen oder Ausländer), die an dem Wettbewerb teilzunehmen wünschen, müssen ihre Arbeiten vor dem 1. Januar 1910 versiegelt dem Generalsecretär Dr. G. Petit unter obiger Adresse zusenden.

— In St. Petersburg wurden 3 Fälle von Erkrankung an Milzbrand constatiert, darunter befindet sich Dr. L. Bublitschenko, dessen Zustand besorgniserregend sein soll.

— Der Flecktyphus herrscht in den Gefängnissen in Moskau, Kiew, Jekaterinoslaw, Jekaterinodar, Wjasma, Bachmut, Pawlograd, Orenburg, Wologda, Berditschew, Werchotursk und Rostow am Don.

— Unter den Uebersiedlern im Gouv. Tobolsk herrscht der Flecktyphus in erschreckender Weise. Einige Ansiedelungen im Kreise Turin sind fast ganz ausgestorben. (Sibirskaja Wratschebnaja Gaseta, № 18).

— Am 3.—7. August findet der VI. internationale Congress für Psychologie in Genf statt. Folgende Themata stehen auf der Tagesordnung: Külpe (Würzburg), Sollier (Paris): die Gefühle. — Dessoir (Berlin), Janet (Paris), Mirton Prince (Boston): das Unbewusste. — Patrizi (Modena), Ziehen (Berlin): Messung der Aufmerksamkeit. — Höffding (Kopenhagen), Leuba (Bryn Mowr): Psychologie der religiösen Erscheinung. — Auskunft erteilt der Generalsecretär, Prof. Claparède, Genf, 11 Avenue de Champel.

— Am 15.—19. August findet die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen statt.

— Am 23.—28. August findet in Berlin der V. internationale zahnärztliche Congress statt.

— Der «Stahlkönig» M. A. Carnegie hatte im November 1908 der Universität zu Paris 50000 Dollar überwiesen zur Unterstützung von jungen Gelehrten, die sich mit der Erforschung von radioactiven Stoffen beschäftigen wollen. Aus dieser Veranlassung fand in der Universität am 2. Juni (n. St.) eine feierliche Sitzung statt unter dem Präsidium des Vice-Rectors Liard zu Ehren des in Paris weilenden Stifters M. Carnegie, in Gegenwart des Botschafters der Vereinigten Staaten von America, wobei Liard für die Schenkung den Dank seitens der Universität aussprach. (La Presse méd. Nr. 44).

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 21.	des 22. Mai.	1	1	—	3
» 22.	» 23. »	12	3	—	12
» 23.	» 24. »	9	2	—	19
» 24.	» 25. »	7	4	1	26
» 25.	» 26. »	9	2	—	28
» 26.	» 27. »	5	3	—	29
» 27.	» 28. »	9	4	—	34

Seit dem Beginn der Epidemie sind 10493 Personen erkrankt, 4046 gestorben und 6359 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 3. zum bis 10. Mai 1909 465 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 35, Typhus exanthem 13, Febris recurrens 49, Pocken 8, Windpocken 2, Masern 111, Scharlach 82, Diphtherie 65, Cholera 3, acut. Magen-Darmkatarrh 17, an anderen Infectionskrankheiten 80.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11545. Darunter Typhus abdominalis 402, Typhus exanth. 42, Febris recurrens 286, Scharlach 235, Masern 99, Diphtherie 136, Pocken 71, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 12, crupöse Pneumonie 159, Tuberculose 570, Influenza 218, Erysipel 89, Keuchhusten 9, Hautkrankheiten 79, Lepra 1, Syphilis 475, venerische Krankheiten 297, acute Erkrankungen 1790, chronische Krankheiten 1582, chirurgische Krankheiten 1409, Geisteskrankheiten 3198, gynäkologische Krankheiten 240, Krankheiten des Wochenbetts 57, verschiedene andere Krankheiten 88.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 780 + 30 Totgeborene + 55 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 13, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 4, Pocken 8, Masern 42, Scharlach 17, Diphtherie 6, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 41, katarrhalische Pneumonie 133, Erysipelas 2, Influenza 12, Lyssa 1, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 18, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 1, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 27, andere Magen- und Darmerkrankungen 28, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 46, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 244.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien wurden vom 4. bis zum 10 April 5462 Erkrankungen und 4419 Todesfälle registriert. — In Singapore fand am 18. April ein Todesfall an Pest statt. — In Amoy wurden vom 10. bis zum 17. April 8 Todesfälle an Pest registriert. In Kanton fanden in derselben Zeit 2 Todesfälle an Pest statt. — In Aegypten wurden vom 8. bis zum 14. Mai 14 Erkrankungen und 8 Todesfälle constatiert. — In Chile kamen Ende März und Anfang April mehrere Pesterkrankungen vor.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta wurden vom 11. bis zum 18. April 108 Todesfälle an der Cholera registriert. — Auf den Philippinen erkrankten im Laufe des März 591 Personen und starben 315.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) in Moskau am 14. Mai Dr. G. Pribytkow, im Alter von 52 Jahren, Arzt seit 1884; 2) in Ufa am 27. April Dr. D. Novakowitsch, geb. 1864, Arzt seit 1904; 3) in Warschau Dr. H. Goldblum, geb. 1849, Arzt seit 1874; 4) in Minsk am Flecktyphus Dr. A. Grushewskij, geb. 1865, seit 1889; 5) in Warschau Dr. S. Stamirowskij, geb. 1870, Arzt seit 1893; 6) in Berlin Dr. J. Saks, geb. 1870, Arzt seit 1893; 7) in Lyon Dr. P. Caraillon, Professor der Chirurgie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga. Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 23 St. Petersburg, den 6. (19.) Juni 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lepratherapie.

Von

Dr. med. A. Kupffer.

Anstaltsarzt am Leprosorium zu Kuda (Estland).

Vortrag, gehalten am 7. Dec. 1908 auf dem V. Estländischen Aerztetage in Reval.

(Schluss.)

Die Deyckesche Hypothese lautet somit wie folgt: „Das Nastin belädt sich in der öligen Lösung mit Benzoyl — nicht etwa in Form chemischer Bindung, sondern vielmehr im Zustande einfacher Lösung — schützt dieses vor vorzeitigem und zwecklosem Aufbrauch, führt es an die Leprabacillen heran, an denen es selber vermöge seiner nahen chemischen und physikalischen Beziehungen haftet, und nunmehr kann das Benzoyl seine antibacterielle im Sinne der Entfettung sich vollziehende Wirkung voll entfalten. Einmal entfettet scheinen aber die Leprabacillen ihrem Schicksal verfallen zu sein; der menschliche Körper wird dann verhältnismässig leicht mit der weiteren Auflösung der Bacterienleiber und schliesslich mit deren vollständiger Vernichtung fertig." „Der Endeffect der specifischen Injectionen bei Lepra ist eben etwas durchaus Substantielles, was sich jederzeit mit Hilfe des Mikroskopes controllieren lässt, es ist die durch Entfettung eingeleitete Bacteriolyse der Leprabacillen," sagt Deycke weiter und gibt in seiner Arbeit eine Abbildung des von ihm in den diesbezüglichen Präparaten nach Nastin-B.-Behandlung gefundenen Bacterienzerfalles. Therapeutisch bestehen die Erfolge der Nastin-Behandlung sowohl darin, dass die Leprome und Lepride schwinden, das Allgemeinbefinden sich bessert, das Körpergewicht zunimmt und ein Wiederkehren des Gefühles zu constatieren ist. Die Anwendungsweise des Nastin-B. ist eine einfache und mit keinen Schwierigkeiten verbundene. Jedoch muss genau nach den Vorschriften verfahren werden. Ich lasse daher die Anweisung zur Behandlung der Lepra mit Nastin-B. im Originaltext folgen, soweit ihre Wiedergabe hier nötig erscheint.

Die therapeutische Verwendung des Nastin-B geschieht in Form von Injectionen öliger Lösungen des Nastin-B in bestimmten, weiter unten gekennzeichneten Concentrationen.

Die Injectionen werden subcutan gemacht (Arm, Oberschenkel, Rücken, Infraclaviculargruben etc.), und zwar lediglich in das Unterhautfettgewebe, nicht etwa in die Muskulatur. Zu den Injectionen können die gebräuchlichen Spritzen aus Glas, mit Glas-, Metall- oder Asbeststempel benutzt werden. Hartgummispritzen sind zu vermeiden, da dieselben eine dauernde Aufbewahrung unter Aether nicht vertragen. Sehr empfehlenswert sind die sogenannten Luer'schen Spritzen mit ausglühbarer Platinkanüle. Die Spritze samt Kanüle muss absolut trocken, wasserfrei sein. Wenn man nicht trockene Sterilisation im Heissluftofen vorzieht, ist es am practischsten, die Spritze vor und nach dem Gebrauch lediglich mit wasserfreiem Aether zu reinigen und sie dauernd in einem hermetisch verschliessbaren Präparatenglas unter wasserfreiem Aether aufzubewahren, so dass sie jederzeit gebrauchsfähig ist. Die Gegenwart von nur geringen Mengen Wasser gibt Anlass zu Chlorwasserstoffbildung und dadurch zu Abscessen und Necrosen an den Injectionsstellen. Eine lege artis ausgeführte Nastin-B-Injection erzeugt einen vorübergehenden brennenden Schmerz, verursacht aber keine Indurationen, Abscesse, Necrosen etc., mit einem Worte keine wie auch immer gearteten localen Reactionen.

Das Nastin-B wird von der chemischen Fabrik Kalle u. Co. Actiengesellschaft in Biebrich a. Rh. in zugeschmolzenen Glasröhrchen (à 1 ccm.), bis auf weiteres in drei in Bezug auf Nastin verschiedenen Concentrationen geliefert, während der Gehalt an Benzoylchlorid bei allen Lösungen stets derselbe ist.

Die classische Lösung zur Behandlung der Lepra ist Nastin-B_1.

Man beginnt gleich mit einer ganzen Spritze (à 1 ccm.), nur bei schweren Fällen fängt man mit 0,5 ccm. an.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zunächst macht man eine Injection pro Woche, später eventuell alle 5 Tage oder aber jede Woche einmal 2 ccm. Langsames Vorgehen ist stets besser, weil ungefährlicher. Nastinreactionen (locale und allgemeine) sollten bei Anwendung der Nastin-B_1-Lösung überhaupt nicht und können nur bei häufigen Injectionen eintreten.

Dem gegenüber ist die Nastin-B_2-Lösung, in der das Nastin im Ueberschuss vorhanden ist, zumal bei öfterer Application, von mehr oder minder grosser Reactivität, d. h. sie kann sowohl locale Entzündungserscheinungen am leprösen Gewebe (bestehend in einfacher breiiger Erweichung, entzündlich ödematöser Schwellung und Durchtränkung, Bildung von serösen und hämorrhagischen Blasen, Vereiterung, Necrose etc.) — als auch allgemeine Reactionen (subjectives Krankheitsgefühl, Fieber, rheumatoide und neuralgiforme Schmerzen und ähnliches) auslösen, deren Grösse und Umfang natürlich weitgehenden individuellen Schwankungen unterliegen. Die Anwendung dieser Lösung beschränkt sich deshalb auf Fälle mit wenigen und besonders hartnäckigen leprösen Formationen. Ganz ausgeschlossen ist ihre Anwendung:

1. bei bestehender Augenlepra, bei der Nastinreactionen das Sehvermögen durch Trübung der brechenden Medien und secundäres Glaukom schwerer schädigen können als die Augenleprome selber;

2. bei Nervenlepra. Bei dieser ist jetzt mehrfach festgestellt, dass augenscheinlich infolge von entzündlichen Nastinreactionen in leprösen Nervenherden, direct trophische Störungen der Haut, bestehend in pemphigoiden Eruptionen, brandwundenartige, zum Teile tiefgehende Ulcerationen etc. verursacht werden.

Infolgedessen ist sowohl bei Augenlepra als auch bei Lepra nervorum zunächst lediglich eine stärker verdünnte Lösung— Nastin-B_0 — in nicht zu kleinen Intervallen von nicht unter einer Woche zu injicieren. Erst später kann zur vorsichtigen Anwendung der klassischen Nastin-B_1 Lösung übergegangen werden.

Treten überhaupt im Laufe der Behandlung deutliche allgemeine oder locale Nastinreactionen auch nur leichteren Grades auf, so sind unbedingt bis zum völligen Abklingen dieser Erscheinungen die Injectionen einzustellen. Es können sonst unter ganz unberechenbaren Umständen sehr stürmische, direct lebensgefährliche Reactionen eintreten. Es gelingt bisweilen, bei von vornherein sehr heftig auf Nastin reagierenden Patienten, die zu starken Reactionen allgemeiner Natur durch Injectionen der ebenfalls von Kalle u. Co. gebrauchsfertig gelieferten Lösung K., die nur Benzoylchlorid ohne Nastin enthält und unter der Beziehung „Ketyn" im Handel ist, zu mildern und abzukürzen, da es scheint, dass diese Substanz gleichzeitig im Sinne der Entfieberung und Entgiftung wirksam ist.

Schwerste Leprafälle, d. h. solche, bei denen die inneren Organe bereits ergriffen sind, bei denen hochgradige Anämie oder ausgesprochene Kachexie vorliegt, endlich bei denen andere Complicationen (zumal Nephritis) eingetreten sind, sollten von vornherein von der specifischen Nastin-B-Therapie ausgeschlossen werden. Alle anderen Lepraerkrankungen aber eignen sich zur Behandlung: bei den meisten wird man den leprösen Process zum Stillstand bringen, bei vielen wird man eine mehr oder weniger weitgehende Besserung erzielen, die bei einzelnen, soweit sich das bis jetzt beurteilen lässt, einer Heilung nahekommt.

Am Schluss meiner Anweisung möchte ich die Beherzigung stellen, die sich bereits in unserer oben citierten Lepraarbeit findet: Mehr denn je ist bei einer specifisch wirkenden Terapie der behandelnde Arzt auf genaue klinische Beobachtung und individuelle Bewertung des einzelnen Falles angewiesen. Und noch eins: je weniger man sich auf schnelle und zauberhafte Wirkungen steift und je mehr man die eigene und des Patienten Ungeduld zu meistern versteht, um so mehr wird man erreichen.

Die Behandlung der Lepra mit Nastin ist noch im Ganzen nicht viel nachgeprüft worden. Daher sind meines Wissens diesbezügliche Publicationen von anderer Seite noch nicht erschienen.

Es hat jedoch vor einiger Zeit über den Wert dieses Mittels im Gegensatz zu dem das Chaulmoograöl im ärztlichen Verein zu Hamburg eine Discussion zwischen Unna und Deycke stattgefunden, deren Referat kürzlich erschienen ist. In der Debatte vertrat Unna den Standpunct, dass das Nastin seiner Meinung nach zwar keine ausreichende Immunisierung hervorzurufen imstande sein dürfte, wohl aber ein brauchbares Heilmittel zu sein scheint. Der Chaulmoograölbehandlung rühmte er die besten Resultate nach und empfahl für dermatologisch zu behandelnde Fälle die von ihm ausgestaltete Localtherapie.

Deycke kennzeichnete das Nastin als ein direct die Leprabacillen im Sinne der Entfettung angreifendes Mittel, welches von innen heraus auf den Krankheitsprocess wirkt und ganz allein ohne sonstige therapeutische Massnahmen eine Besserung resp. Heilung der Lepra hervorzurufen fähig ist. Beide Herrn waren darin einig, dass eine Combination der genannten Methoden höchst wahrscheinlich sehr gute Resultate ergeben werde.

Da ich die Patienten des hiesigen Leprosoriums sowohl mit der einen als der anderen Methode behandelt, sowie beide Methoden auch combiniert angewandt habe, möchte ich mir erlauben hier meine Erfahrungen etwas detaillierter wiederzugeben, namentlich, da zufälliger Weise, wie ich durch Prof. Deycke höre, die hiesige Anstalt, die erste ist, welche in grösserem Stil die Behandlung eingeführt hat.

Zunächst wenige Worte über die im Laufe der Nastincur eintretenden Reactionserscheinungen:

Den oben wiedergegebenen Weisungen von Deycke streng Folge leistend, bin ich bei der Behandlung der hiesigen Patienten mit N., das ich, solange das Mittel erhältlich ist, brauche, höchst vorsichtig vorgegangen. Daher habe ich, von den leichten Fällen abgesehen, bisher blos einmal eine stärkere allgemeine und locale Reaction beobachtet. In einer ganzen Reihe von Fällen konnte ich mich jedoch davon überzeugen, dass das N. factisch die leprösen Knoten erweicht und zur Ausstossung bringt. Ein derartig rapides Verschwinden der Tubera habe ich bei keinem anderen Mittel, welches ich gegen Lepra angewandt habe, beobachtet. Die unleugbar energische Wirkung des Nastins überzeugte nicht nur mich, sondern auch die gewiss recht skeptischen Patienten von der Güte des Mittels. Trotzdem dass nun in den allermeisten Fällen keine Reaction eintrat, machte ich bald die Erfahrung, dass die Fortschritte in der Besserung der Behandelten unverkennbar waren. Besonders gute und schnelle Resultate ergaben die Fälle, in denen eine Combination der Nastinbehandlung mit einer Chaulmoograölcur durchgeführt wurde, wie Unna und Deycke das je vermuteten. Theoretisch erschien mir diese Beobachtung auch verständlich zu sein, da das N. die Leprabacillen ja zur Bacteriolyse vorbereitet und das Chaulmoograöl, indem es mehr weisse Blutkörperchen erzeugt, gerade die Elemente des Körpers vermehrt, die die Bacteriolyse besorgen, also die durch das Nastin der schützenden Fettumhüllung beraubten Bacterienleiber zum Zerfall bringen.

Aber auch wo Nastin allein zur Anwendung kam —

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und das waren meist Patienten, die das Chaulmoograöl schlecht oder garnicht vertrugen — zeigten sich überraschende Fortschritte in der Besserung der Behandelten. Neben dem schon erwähnten Einschmelzen und Aufbruch der Knoten zeigte sich an den Flecken schon bald die Tendenz abzublassen und zu verschwinden ohne dass es zu Recidiven kam. Die Gefühllosigkeit nahm ab und auch die Contracturen liessen nach. Dabei hob sich das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht.

Während die Nastinbehandlung für die Patienten, die das Chaulmoograöl gut vertrugen, blos ein Zuwachs an Curmitteln bedeutete, war sie von ganz besonderem Vorteil für solche Kranke, die das Chaulmoograöl garnicht oder blos zeitweilig zu brauchen imstande waren. Ihnen konnte ich nun ebenfalls eine rationelle und methodische Cur angedeihen lassen. Von den wenigen hiesigen Kranken, die das Chaulmoograöl in keiner der verschieden Formen brauchen konnten, möchte ich eines Falles besonders Erwähnung tun, um die reine Nastinwirkung zu schildern. Ich wähle gerade diesen Fall, weil er sich bereits in einem schlimmen Stadium befand, weil demnach die Besserung sehr eclatant war, zumal sie ohne Anwendung sonstiger innerer oder äusserer Mittel zustande kam, und endlich weil ausser Nastin mir kein Medicament zu Gebot stand, mit dem ich der Patientin hätte helfen können.

Es handelte sich um ein junges Mädchen, dessen Mutter ebenfalls leprös war, jedoch nach einer energischen Chaulmoograölcur verbunden mit Unnascher Localtherapie ins Latenzstadium trat. Ich habe vorhin von dieser Person berichtet. Die Tochter (Fall VIII) bot 1902 die ersten deutlichen Zeichen der beginnenden Lepra dar. Diese verschwanden im Laufe des Jahres 1903. Dann traten harte rote Effloreszenzen auf, die sich zum Teil zu typischen Knoten umbildeten. Leider suchte Patientin nicht gleich die Anstalt auf, sondern trat erst im März 1904 hier ein. Der damalige Status war folgender:

Auf der Stirn grössere und kleinere braunrote Flecke. Auf den Wangen, dem Kinn und der Oberlippe kleine Tubera. An den Ohrmuscheln Knoten. Auf der Brust, dem Bauch und dem Rücken verwachsene, braune Flecke und Infiltrate. An den Armen, Beinen und den Nates einzelne Tubera und viele bräunliche Flecke und Infiltrate; Lividfärbung und Verdickung der Haut an den Unterschenkeln; an den Händen beginnende Anästhesien Atrophien und Contracturen. Nach einmaligem Chaulmoograölgebrauch traten schon nach ca. $2^1/_2$ Wochen frische, im Unterhautbindegewebe sitzende, Tubera zu Tage, die nach einigen Wochen resorbiert wurden. Dieser Vorgang wiederholte sich immer wieder. Allmählich folgten diese Eruptionen von Knoten seltener auf einander und hörten schliesslich gegen Mitte des Jahres 1906 fast ganz auf.

Es waren diese Erscheinungen also wohl der Chaulmoograöl-Wirkung zuzuschreiben. Patientin lebte darauf ca. 2 Monate zu Hause. Nach ihrer Rückkehr in die Anstalt stellte sich wieder Anfang Juli 1906 ein starker Knotenausbruch ein, der nach einigen Wochen vorüber war. Im October tritt ein neuer heftiger Anfall auf. Im November zeigte sich am linken Auge ein kleines Infiltrat am Cornealrande, das sich bald zurückbildete. Im December folgten die Knoteneruptionen schnell hinter einander. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends. Nach jedem Anfall machte Patientin einen kränkeren Eindruck. Patientin magerte sehr ab, hatte starke Gliederschmerzen und war ganz bettlägerig. Die Nervi ulnares waren zu fast fingerdicken Strängen angeschwollen, während die Muskulatur mehr und mehr atrophierte. Ol. Gynocardiae konnte Patientin schon seit einiger Zeit gar nicht mehr nehmen. Es stellten sich heftige neuralgische Schmerzen namentlich in den Beinen ein, sodass der Zustand der Kranken ein desolater war.

Zum Glück für diese Patientin wurde gerade damals der Nastingebrauch hier begonnen. Im März 1907 fing ich bei der Kranken mit den Injectionen an und liess seitdem das Chaulmoograöl ganz weg, obgleich die Kranke später dasselbe vielleicht vertragen hätte. Im Sommer 1907 war die Besserung des Zustandes bereits eine so bedeutende, dass Patientin wieder arbeitsfähig war. Knoteneruptionen, doch nun ohne Störungen des Allgemeinbefindens, traten dazwischen auch noch zu Ende des Jahres 1907 und zu Anfang 1908 auf, verschwanden aber schliesslich gänzlich. Zur Zeit hat Patientin ein gesundes Aussehen (conf. Abbildung). Alle Flecke und Tubera sind verschwunden und die Haut zeigt normale Verhältnisse. Die Körperkräfte sind wiedergekehrt und verfügt Patientin über eine grosse Leistungsfähigkeit. Die Gefühllosigkeit des rechten Daumens und Zeigefingers und die beginnende Flexionsstellung des IV. und V. Fingers der linken Hand haben sich ganz zurückgebildet. Die Kranke hat ca. 100 Nastininjectionen erhalten. Ihr Allgemeinbefinden ist ein sehr gutes. Das Körpergewicht hat sich gehoben. Die Nervenanschwellung ist fast ganz geschwunden. Nastincur hat also den Zustand so verändert, dass Pat. heute vollarbeitsfähig und schmerzfrei ist.

Da kein anderes Medicament zur Anwendung kam, und die Ernährung der Kranken infolge Appetitmangels eine ungenügende war, so glaube ich zu dem Schluss berechtigt zu sein, dass hier die Besserung allein der Wirkung des Nastins zuzuschreiben ist, wovon auch die Patientin ganz überzeugt ist. Mit Recht kann man daher wohl behaupten, dass in diesem Fall das kritische Stadium mit Hilfe des Nastins überwunden worden ist, indem die Heilkraft des Körpers in der Episode, während der sie dem Leiden zu erliegen drohte, durch dieses wirksame Medicament so ausgiebige Unterstützung erhielt, dass sie obsiegte.

Zu dieser Krankengeschichte muss ich noch Einiges hinzufügen und dabei auf die betreffenden Abbildungen hinweisen, welche vor der Nastincur und nach derselben hergestellt sind. Aus Rücksicht auf das Zartgefühl der Kranken muss ich es leider mir versagen auch das Gesicht wiederzugeben, doch kann ich versichern, dass dasselbe früher fast ebenso mit Flecken, Infiltraten und Knoten bedeckt war wie der abgebildete Teil des Körpers und jetzt nichts Abnormes darbietet. Ja ich muss sogar betonen, dass zur Zeit des Beginnes der Nastincur der Zustand ein viel schlimmerer war als das Bild wiedergibt, ich damals aber, da die Kranke bettlägerig war, keine photographische Aufnahme machen konnte. Die Patientin war noch viel mehr übersät mit leprösen Effloreszenzen als das Bild es zeigt, diese waren von viel beträchtlicher Grösse, sassen zum Teil subcutan und hatten das Aussehen von Furunkeln und Beulen oder bildeten ausgedehnte, harte Infiltrate der Haut, so namentlich an den Unterschenkeln.

Da im Interesse der Patienten der Practiker gezwungen ist, alles anzuwenden, was eine Besserung hervorzubringen verspricht, so habe ich die meisten Fälle mit Nastin und Chaulmoograöl behandeln müssen und verfüge deshalb nicht über viele nur mit Nastin behandelte Fälle. Ich habe den eclatantesten Fall beschrieben und glaube, dass bei ihm das Resultat der Therapie durchaus eindeutig ist. Aber auch da, wo ich Nastin und Chaulmoograöl zusammen verwandte, glaube ich Resultate erzielt zu haben, die mit Chaulmoograöl allein nicht zu erreichen sind. Bei einer solchen Patientin, die das Chaulmoograöl schlecht vertrug, es aber doch zwischendurch brauchte, trat nach langer Stabilität des Zustandes eine Vermehrung der Knoten und Infiltrate auf

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und zwar so hochgradig, dass in kurzer Zeit der Fall zu den schwersten in der Anstalt zu rechnen war, umsomehr als das Sehvermögen beider Augen durch tuberöse Infiltrate der Cornea fast ganz geschwunden war. Eine nun energisch durchgeführte Chaulmoograöl- und Nastininjectionscur verbunden mit Unnascher Localtherapie und Chaulmoograölsalbenbehandlung der Augen besserte den Zustand bedeutend. Namentlich ging die Umwandlung der Tubera und Infiltrate in nicht infiltrierte fleckige Hautpartien überraschend schnell vor sich; dia Augenleprome schmolzen dermassen ein, dass eine beiderseits ausgeführte Iridektomie die Patientin soweit sehend machte, dass sie jetzt wieder arbeitsfähig ist. Nachschübe von Knoteneruptionen sind nicht vorgekommen. Da die Kranke Chaulmoograöl innerlich nur zeitweilig und auch dann in viel zu geringen Dosen nehmen konnte und Injectionscuren mit dem Oele nicht lange fortgesetzt werden können, so hat wohl den Hauptanteil an dem günstigen Resultat das Nastin. Eine Bestätigung dieser Behauptung glaube ich auch noch in folgendem Umstande finden zu können: Bevor die angewandten Mittel schon eine genügende Wirkung ausgeübt hatten, wurde eine Probeiridektomie des einen Auges auf heissen Wunsch der Patientin vorgenommen. Dabei ergab es sich, dass die Iris viel zu starr und unbeweglich war, um gefasst werden zu können. Sehr interessant war es nun, dass nach einigen Monaten, während welcher die Cur mit Chaulmoograöl und Nastin fortgesetzt wurde, die nun vorgenommene Iridektomie auf beiden Augen mit Erfolg ausgeführt werden konnte, da nun die Iris nicht mehr starr und unbeweglich war.

Bei einer ganzen Anzahl anderer Patienten habe ich nach dem Gebrauch von Nastin Aehnliches inbezug auf das Verschwinden der Knoten und Flecke beobachtet. Diese Patienten hatten durch jahrelangen Chaulmoograölgebrauch eine bedeutende Besserung erfahren, welche aber in der letzten Zeit keine weiteren Fortschritte machte. Nach Anwendung des Nastins traten sehr bald die noch vorhandenen Symptome mehr und mehr zurück.

Fasse ich meine Erfahrungen zusammen, so muss ich bekennen, dass die Anwendung des Nastins allein mir sehr gute Resultate gegeben hat und dass für Patienten, die andere Mittel nicht oder nur zeitweilig brauchen können, das Nastin das einzige Mittel ist, welches von allen vertragen wird und auf das sie ihre Hoffnung setzen können. Aber auch für alle anderen Patienten ist es von grosser Bedeutung, da die Combination der Nastincur mit anderen Curmethoden Heilerfolge erzielt, wie man sie vor Anwendung des Nastins nicht zu erreichen imstande war. Auch ermöglicht das Nastin dem Kranken eine Pause im Chaulmoograölgebrauche zu machen, ohne deshalb gänzlich auf eine Behandlung seines Leidens verzichten zu müssen. Sehr loben muss ich die bequeme und in jeder Weise ohne Störungen und fast schmerzlos verlaufende Anwendungsweise des Nastins und seine Verträglichkeit für alle Kranken. Auch ist es gewiss als ideal zu bezeichnen, dass das Mittel von innen her wirkend, ohne auf der Haut grosse Narben etc. zu erzeugen, die leprösen Producte zum Schwinden bringt. Ich kann die Anwendung des Nastins also nur sehr empfehlen sowohl allein als in Combination mit Chaulmoograöl.

Inbezug auf die Localtheraphie der Lepra ist hervorzuheben, dass Unna das Verdienst gebührt, diese Behandlungsart ausgestaltet zu haben nach allen Richtungen hin, methodisch und rationell. Er betont, dass das von ihm angegebene und empfohlene Verfahren speciell bei Fällen von Hautlepra zur Anwendung kommen soll, da es von ihm in der Hauptsache nach dermatologischen Material erprobt ist.

Unna meint, dass bei der Lepra eine ganze Reihe von Hindernissen für eine medicamentöse Wirkung vorhanden sind. Er nennt als solche Hindernisse 1) die torpide und allzu schwache Reaction des Hautgewebes, die der Bacillus um sich herum hervorruft; 2) die Verstopfung aller Lymphspalten des betreffenden Gewebes mit Bacillen, sodass ein reger Stoffwechsel nicht stattfindet und die Medicamente nur sehr langsam an ihren Bestimmungsort hingelangen können; 3) die Fettumhüllung des Bacillus, die ihn mehr für ölige als für wässerige Lösungen angreifbar macht, welcher Umstand durch das Vorhansein einer Gloea noch mehr erhöht wird. Die Beseitigung dieser mechanischen Schwierigkeiten ist von grosser Wichtigkeit für den Erfolg der Therapie.

Die bei der Localtherapie verwandten Mittel zerfallen in 2 Gruppen nämlich in physikalisch und in chemisch wirkende.

Als erstes, einfachstes und ältestes Mittel der physikalisch wirksamen Gruppe ist hier die Anwendung der Hitze in Form von heissen Bädern, die von Alters her im Gebrauch gewesen, zu nennen. Neben den einfachen heissen oder den japanischen Bädern sind Schwefelbäder zu verwenden.

In Rumänien hat Glück mit der Anwendung des Guberwassers sehr gute Resultate erzielt. Unna empfiehlt ganz besonders seine sog. Dintenbäder, welche durch Beimischung von 1 Solut. acid. tannic. 10:200,0 2) Solut. ferri sulfur. 5,0:200 zum Badewasser hergestellt werden, da heisse mässig sauere und besonders eisenhaltige Bäder auf die Dauer gut vertragen werden, während heisse Natron oder gar Kalibäder sehr schnell wegen Herzschwäche und allgemeiner Müdigkeit unterbrochen werden müssen, ein langes Verweilen im Wasser also nicht gestatten. In diesen Bädern sollen die Patienten 1/4—1 Stunde bei einer Temperatur von 30° und mehr verweilen. Am meisten finden die Bäder Anwendung um die Zeit, wenn weder Salben noch schärfere Mittel gebraucht werden können, denn bei ausgebreiteten Parästhesien und vasomotorischen Störungen besonders der Füsse und Hände, bei Gelenkaffectionen und bei Complication mit Ekzem, Psoriasis, Pityriasis etc. Auch heisse Douchen und Localbäder sind unter gewissen Umständen indiciert. Bei Cyanose ist den Localbädern Senfmehl oder Salzsäure und bei Hyperkeratose Soda oder Schmierseife zuzusetzen. Für manche Fälle, namentlich für einzelne zerstreut liegende Neurolepride und Leprome und die vereinzelten embolischen Herde empfiehlt sich die Anwendung der Hitze in der Weise, dass diese Hautpartien mit einem Bügeleisen wie beim Pletten wiederholt einige Secunden lang berührt werden, nachdem zwischen Eisen und Haut einige Lagen Flanell geschoben wurden. Die Hitze in stärkster Form kommt dann zur Anwendung, wenn man die Leprome mit dem Paquelin ausbrennt. Besser als dieses Verfahren, ist das flache Abtragen der Leprome mit dem Wasser nach vorheriger Anästhesierung mit Aethylchlorid. Die Wundfläche wird dann mit Stypticingase oder einem adstringierenden Pulver verbunden und bei dem nachfolgenden Verbandwechseln, falls nötig, noch gebeizt. Beim Bestehen vieler Tubera ist diese Methode sehr wirksam und gibt auch kosmetisch gute Resultate.

Um die verstopften Lymphspalten und Lymphgefässe durchgängig zu machen sind die consequent angewandte Massage mit desinficierenden Oelen und der dauernde Druck vermittelst stark comprimierender Verbände und Pflaster die besten und einfachsten Mittel.

Der Zinkleim, aufgeleimte Pflaster und Zinkleimbandagen sind in derselben Richtung wirksam und erzeugen Abflachung der leprösen Efflorescenzen. Verstärkt werden kann diese Wirkung noch dadurch, dass den applicierten Pflastern stark reducierende Mittel (wie Pyrogallol, Chrysarobin) beigemischt werden. Nun kommen wir zur Besprechung der chemisch wirkenden Mittel. Die Hauptmittel dieser Gruppe sind die Alkalien, deren Anwendung Unna auf Grund der Entdeckung des Fettkörpers

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Bacillen empfiehlt. Speciell die caustischen Alkalien sind geeignet besonders energisch durch Verseifung des Bacillenfettes die Bacillen zu schädigen.

Als sehr practische Form der Anwendung empfiehlt Unna die Pasta caustica, welche zu gleichen Teilen aus Kal. caustic., Aqu. destill., Calcar. hydric. Sapon. virid. besteht und auf die afficierten Hautpartien aufgetragen wird, worauf man diese Stelle mit einem Pflaster am besten Zinkoxyd-Guttaplast bedeckt, welches die Umgebung schützt und die Verdunstung auf der kranken Stelle verhindert. Will man schwächer beizen, so mischt man die Pasta je nach Bedarf mit Vaselin. Die Schleimhautleprome des Mundes können mit Vorteil auch mit der Pasta caustica behandelt werden. Die geätzte Haut wird zur Abheilung gebracht durch Pasta Zinci oder ähnliche Mittel für sclerotische Hautpartien sowie zur Behandlung von Narbenkeloiden empfieglt Unna das Thiosinamin als Seife oder Pflaster sowie in Form von Injectionen.

Während die bisher besprochenen Mittel wie Unna sagt dazu dienen, das Protoplasma des Bacillus bloszulegen, wenden wir uns jetzt den mehr specifisch wirkenden, einen Einfluss auf den lebenden Leprabacillus ausübenden Mitteln zu.

In dieser Beziehung sind die reducierenden Mittel wie Pyrogallol, Resorcin, Carbol und das Chrysarobin, dann der Schwefel und das Ichtyol zu nennen. Diese Mittel kommen meist in Salbenform und oft mit einander combiniert zur Anwendung. Die Salben können mehr local oder als universelle Schmiercuren angewandt werden, wobei zu bemerken ist, dass beim Gebrauch des Pyrogallol verdünnte Salzsäure verabreicht werden muss zwecks prophylactischer Paralysierung der event. Giftwirkung des Pyrogallols. Die Carbolsäure wird zur Aetzung benutzt. Sie kann aber auch in 2 pCt. Lösung injiciert werden und zwar mit besonderem Vorteil in die bacillenhaltigen Drüsen und frischen Embolisationsknoten. Das Chrysarobin empfiehlt sich am besten für die Unterextremität, wo die durch dieses Mittel erzeugte starke Wallungshyperämie von guter Nebenwirkung ist. Der Schwefel kommt hauptsächlich als Zinkschwefelpaste und in Form von Bädern zur Anwendung.

Das Ichtyolum purum empfiehlt sich für die Oedeme und Stauungen der Extremitäten, die schmerzhaften Schwellungen der Gelenke und alle vasomotorischen Störungen. Seine Wirkung kann noch durch nachfolgende hydropath. Einwicklung erhöht werden. Als 5 pCt. Salbe mit Vaselin ist es auf der Schleimhaut der Nase und mit Collodium bei Drüsenschwellungen anzuwenden.

Als Hülfsmittel findet auch das 30 pCt. Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol) zur Oberflächenätzung Verwendung. Salicylseifenpflaster zur Erweichung der Hornschicht über Lepromen tut gute Dienste. Unna empfiehlt die von ihm angewandten Mittel vielfach in Form von Guttaplasten zu benutzen, welche für die Anwendung in Anstalten sehr practisch, leider hier bei uns aber schwer erhältlich sind.

Für dermatologische Behandlung der Lepra gibt Unna ein Schema an, das neben Verordnungen für die innere Behandlung genaue au Wochen und Tage berechnete Anweisung für in einem Cyklus wiederkehrende regionäre und universale Curmethoden enthält, bei denen, Schmiercuren mit diversen Salben, Bäderbehandlung, Pflasterapplicationen und Aetzungen unter einander wechseln.

Seit einer Reihe von Jahren wende ich in der hiesigen Anstalt die localtherapeutischen Massnahmen fortlaufend an und kann die Angaben von Unna nur bestätigen. Die Resultate haben nicht nur mich sondern auch meine Patienten befriedigt. Ich glaube auch beobachtet zu haben, dass bei meinen Patienten, seitdem ich Localtherapie übe, die innerlich gereichten Mittel grösseren und schnelleren Erfolg haben. Jedenfalls imponiert die energische Wirkung der Localtherapie, was den kosmetischen Effect und die Wegschaffung der leprösen Efflorescenzen anbelangt.

Zum Schluss möchte ich nochmals hervorheben, dass die Lepra nicht nur schwere Erkrankungsformen aufweist sondern auch leichte und nicht voll ausgebildete, welche letztere den therapeutischen, hygienischen und diätetischen Massnahmen besonders zugänglich sind.

Die im Vorstehenden besprochenen Behandlungsmethoden scheinen am meisten geeignet zu sein Erfolge zu erzielen, namentlich wenn sie richtig mit einander combiniert möglichst lange und fortlaufend zur Anwendung kommen.

Literatur:

Hansen und Looft: Bibliotheca Medica, D. II. Heft 2. 1894. pag. 26. Ehlers (Kopenhagen): «Lepra» Vol. I. Fasc. 4. pag. 159. 1900. Ehlers (Kopenhagen): Aetiologische Studien über Lepra. (Berlin. Verl. v. Karger 1896). Deycke: «Lepra» Vol. 7 Fasc. 3. 1907. Dyer: «Lepra» Vol. 6. Fasc. 1. pag. 49. 1905. Dubreuilh (Bordeaux): «Lepra» Vol. 5. Fasc. 1. 1904. pag. 3. Choksy (Matunga): «Lepra» Vol. 3. Fasc. 3. 19.. pag. 165. v. Neumann (Wien): Wiener Klinische Wochenschr. 1906. Nr. 4. pag. 85. Tonkin: «Lepra» 1904. Vol. V. Fasc. 1. pag. 80. Y. Taschiro (Tokio): «Lepra» Vol. III. Fasc. 2. pag. 65. 1902. Hallopeau (Paris): «Lepra» Vol. 2 Fasc. 2. Seite 103. 1901. Du Castel (Paris): «Lepra» Vol. II. Fasc. 2. Seite 107. 1901. G. Thin: Monatshefte für pract. Dermat. Bd. XXXIV. Nr. 10. Seite 520. Dr. Miquel: Injections sous-cutanées d'huile de Chaulmoogra. XIII. Congrès de médecine. Section de médecine et de chirurgie militaire. «Lepra» Vol. 2. Fasc. 2. 1901. Seite 120. E. Baelz (Tokio): Beiträge zur Lehre von der Lepra. Besnier (Paris): Lepraconferenz. T. II, pag. 147. Brocq: Traitement des maladies de la peau, 2-e édition, Paris 1892. Rille (Insbruck): «Lepra» 1901. Vol. 2. Fasc. 1. Seite 7 und Vol. 2, Fasc. 2, Seite 88. Unna (Hamburg): Monatshefte für Practische Dermatologie, Bd. 42, Nr. 12. 1906. Engel-Bey (Cairo): «Lepra» Vol. 7. Fasc. 4. 1908. pag. 14. Hirschberg (Riga): Dermatologische Zeitsch. Bd. IX. H. 5. 1902. pag. 626. Talwik: Petersburger Med. Wochenschrift. 1903. Nr. 46 und 47. Noël: «Lepra» Vol. 4. Fasc. 4. 1904. Lie (Bergen): Deutsche Med. Wochenschrift. 1904. Nr. 38. T. D. Savill: Lepra maculosa. (Brit. med. journal. 5 mai. 1900). «Lepra» Vol. 2. Fasc. 4. Seite 249. 1902. J. P. Espada (Mexico): Quelques considérations sur la lèpre, son traitement curatif. (Mémoire présenté à l'Académie de Médecine à Paris) «Lepra» 1903. Vol. 3. Fasc. 3. Seite 185. Dr. A. Brousse et Vires (de Montpellier): Sur un cas de Lèpre tuberculeuse. Traitement par l'huile de Chaulmoogra. Amélioration très rapide. Lepra Vol. 1. Fasc. 4. 1900, Seite 155. Schaphir: Huile de Chaulmoogra dans le traitement de la lèpre (Praktitscheskij Wratsch 1902. Nr. 33) «Lepra» Vol. 3. Fasc. 4. Seite 260. (1903). Marcel Sée: Les traitements de la lèpre (Gazette des hôpitaux. 31 Mai 1902) «Lepra» Vol. 3. Fasc. 4. Seite 245 (1903).

Aus der I. chirurgischen Abteilung des Stadt-Krankenhauses zu Riga (Ord. Dr. med. A. v. Bergmann).

Ueber acute Magendilatation und arterio-mesenterialen Darmverschluss.

Von

Dr. Friedrich Michelsson.

Die acute Magendilatation und der arterio-mesenteriale Duodenalverschluss, bis vor nicht langer Zeit fast völlig unbekannte Erkrankungen, sind in den letzten Jahren immer häufiger der Gegenstand mehr oder weniger eingehender Publicationen und experimenteller Studien geworden, so dass jetzt der Symptomcomplex daher in engstem Zusammenhang zueinander stehenden Krankheiten als gut charakterisiert angesehen werden kann.

Wenn trotzdem auch jetzt noch die Diagnose nicht selten erst auf dem Sectionstisch gestellt wird, so ist das wohl in erster Linie der relativen Seltenheit dieser Erkrankung zuzuschreiben, die den behandelnden Arzt, besonders wenn er nicht die Entwickelung der Krankheit

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

von Anfang an beobachten konnte, in erster Linie an die häufigeren acuten Abdominalerkrankungen denken lässt, wodurch nicht nur ein Verkennen des Krankheitsbildes, sondern auch schwer wiegende therapeutische Missgriffe veranlasst werden können.

Da aber bei dem in der Regel rapiden Verlauf der oben genannten Erkrankung nur die frühzeitige Sicherung der Diagnose Aussicht dafür bietet, das schwer bedrohte Leben des Patienten zu retten, wozu im Frühstadium der Erkrankung meist relativ einfache jedem practischen Arzte zu Gebote stehende therapeutische Massnahmen genügen, so dürfte es gerechtfertigt erscheinen, wenn hier an der Hand eines eigenen Falles kurz auf den jetzigen Stand der Frage eingegangen werden soll.

Zunächst möge die betreffende Krankengeschichte hier Platz finden.

A. K. Fabrikarbeiter. 30 a. n. verheiratet. Pat. hat früher mehrfach an Leibschmerzen und Verdauungsstörungen gelitten, die aber stets von kurzer Dauer waren und sich in mässigen Grenzen hielten. Seit 3 Tagen Stuhlverhaltung, Winde sollen bis zum Tage vor der Aufnahme abgegangen sein. An diesem Tage um 6 Uhr nachm. plötzlich sehr heftige Schmerzen im Abdomen, die sich im Lauf der Nacht und des folgenden Vormittags noch weiter steigerten. Erbrechen ist nur einmal am Morgen des Aufnahmetages erfolgt.

Um ½3 Uhr nachm. kommt Pat. in die Abteilung.

Mittelgrosser, normal gebauter Mann, keine Lordose. Pat. macht einen sehr schwer leidenden Eindruck, stark abgemagert; facies abdominalis, Temperatur 37,6, P. 120 klein, leer. Pat. hockt mit angezogenen Knien im Bett und klagt über heftige Schmerzen im Abdomen, die sich bei Rückenlage bis zur Unerträglichkeit steigern sollen.

Atmung oberflächlich, kostal, stark beschleunigt. Beiderseits Zwerchfellhochstand. Leberdämpfung rechts zwischen 4. und 6. Rippe. An den Lungen nichts Abnormes nachweisbar.

Abdomen in toto mächtig aufgetrieben, im Epigastrium hebt sich eine über kindskopfgrosse Vorwölbung, von der mehr gleichmässigen Auftreibung des Abdomens ab. Keine Darmsteifung. Die Bauchdecken sind gespannt, doch besteht keine ausgesprochene Rigidität der Bauchmuskeln, so dass man einen in der Mittellinie von der Symphyse aufwärts steigenden Strang von ca. 3 Querfinger Breite etwa eine Handbreit weit hinauf abtasten kann, wo er sich in der allgemeinen Auftreibung verliert. Das Abdomen ist überall mässig druckempfindlich, nirgends ein localisierter stärkerer Druckschmerz zu constatieren. An den höchsten Puncten der Auftreibung ergibt die Percussion tympanitischen Schall, während in den seitlichen Partien Dämpfung besteht, deren Grenzen bei Lagewechsel sich ändern. Ballotieren. In der Ampulle viel breiig-flüssiger Kot.

Während der Untersuchung tritt plötzlich profuses Erbrechen ein, es werden etwa 2 Liter galliger mit unverdauten Speisepartikeln untermischter Flüssigkeit entleert. Bevor noch die Schlundsonde eingeführt werden kann, collabiert Pat. plötzlich während des Brechakts und es tritt ½ Stunde nach seiner Einlieferung der Exitus letalis ein. Diagnose: Volvulus des Dünndarms, perforative Peritonitis?

A u t o p s i e. An den Lungen nichts Abnormes; keine Aspiration. Bei Eröffnung der Bauchhöhle wird der Magen versehentlich angeschnitten, wobei sich enorme Mengen grünlicher geruchloser Flüssigkeit und Speisereste entleeren. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass der schlaffe Magen die ganze Abdominalhöhle bis zur Symphyse einnimmt. Beim Zurückschlagen des Magens erweist sich die Bauchhöhle sonst leer, der gesamte Dünndarm liegt im kleinen Becken, das Mesenterium ist straff gespannt. Das Duodenum ist bis zur Kreuzungsstelle mit dem Mesenterium armdick gespannt, von der Stelle an ist der in seinen oberen Partien livid verfärbte Dünndarm total collabiert, ebenso der Dickdarm. An der Stelle, wo das Duodenum durch das Mesenterium comprimiert ist, sind in der Darmwand keine Veränderungen makroskopisch sichtbar. Am Magen und Darm sonst nichts Abnormes zu finden. Die grossen Mesenterialgefässe sind nicht thrombosiert. Das Peritoneum zeigt keinerlei entzündliche Erscheinungen. Am Magen-Darmtractus sind ausser den erwähnten keine weiteren Veränderungen zu constatieren.

Wie der Sectionsbefund zeigt, handelte es sich also um eine hochgradige acute Magendilatation mit mesenterialem Duodenalverschluss und nicht, wie fälschlich angenommen worden war, um eine Perforationsperitonitis infolge einer Achsendrehung des Dünndarms.

Ueber die Aetiologie und die Entwickelung der Krankheit gibt uns die Anamnese, die sich auch durch spätere Erkundigungen bei den Angehörigen des Patienten nicht vervollständigen liess, keinen Aufschluss.

Das Krankheitsbild wird aber von allen Autoren, die die Entwickelung des Leidens von Anfang an beobachten konnten, übereinstimmend geschildert, das wir auch in diesem Fall einen ähnlichen Verlauf annehmen können. Die Krankheit beginnt meist mit Uebelkeit, Brechreiz und Spannung im Leibe, dem bald eine Auftreibung des Epigastriums, besonders links, folgt. Ueber Schmerzen klagen die Pat. gewöhnlich nicht, doch werden sie von einem intensiven Durstgefühl gequält, das sie häufig zu unmässigem Trinken veranlasst, wodurch die Auftreibung natürlich nur noch vermehrt wird. Aber wenn auch nichts genossen wird, nimmt die Auftreibung des Epigastriums, trotz des bald einsetzenden Erbrechens grosser Mengen galliger nicht fäculent riechender Massen rasch zu, so dass das Epigastrium sich bald polsterartig vorwölbt, während das übrige Abdomen zunächst weich und eingesunken bleibt und keine Druckempfindlichkeit zeigt. Percutorisch gelingt es in der Regel im Epigastrium eine zircumscripte Flüssigkeitsansammlung zu constatieren, über der sich helle Tympanie findet. Stuhlgang und Flatus lassen sich im Anfang meist noch erzielen, während die Harnsecretion sehr spärlich ist oder auch ganz aufhört. Die Temp. ist normal oder sogar unter 36, während die Pulsfrequenz rasch ansteigt. Facies Hypocratica, trockene Zunge, beschleunigtes kostales Atmen, vervollständigen das schwere Krankheitsbild, das unter raschem Verfall der Kranken meist bald zum Tode führt.

Wenn auch das eine oder andere Symptom weniger deutlich ausgeprägt sein kann, so ist doch der ganze geschilderte Symptomcomplex so charakteristisch, dass die Diagnose, wenigstens im Anfangsstadium der Erkrankung, nicht schwierig erscheint, wenn nur die Möglichkeit einer acuten Magendilatation überhaupt in Betracht gezogen wird.

Wie die Zusammenstellungen von N e c k und von L a f f e r zeigen, ist das bis jetzt aber meist nicht der Fall gewesen, und die richtige Diagnose wurde in der Regel nur von Beobachtern gestellt, die schon einen nicht erkannten Fall von acuter Magendilatation behandelt hatten und erst durch die Section zur richtigen Beurteilung des ersten Falles gelangt waren.

Am häufigsten wurde die Diagnose auf Peritonitis gestellt, die ja in mancher Beziehung ein ähnliches Krankheitsbild liefern kann. Als Unterscheidungsmerkmal kommen hier aber in Betracht, die normale resp. subnormale Temperatur, Abwesenheit stärkerer Druckempfindlichkeit des Abdomens, die, wenn sie überhaupt vorhanden ist, nicht localisiert ist, Fehlen einer Rigidität der Bauchdecken und die auf das Epigastrium beschränkte Flüssigkeitsansammlung. Vollständige Klarheit wird aber sofort eine Magenausheberung schaffen. Da mit der Entleerung des Magens sofort eine wesentliche Besserung im Allgemeinbefinden und eine rasche Hebung der Pulsqualität eintritt, die beweisen, dass hier die gelegentlich auch bei Peritonitiden vorkommende Flüssigkeitsstauung im Magen, die primäre Erkrankung war.

Schwerer erscheint die Differentialdiagnose zwischen hohem Dünndarmverschluss und acuter Magendilatation. In beiden Fällen besteht eine Auftreibung des Magens, Collaps, normale resp. subnormale Temperatur und Erbrechen, während auch bei Dünndarmverschluss in der ersten Zeit Stuhl und Winde auf Klysma abgehen können, aber auch hier wird neben der Anamnese eine Magenausheberung auf den richtigen Weg hinleiten. — Differentialdiagnostisch wären noch zu erwähnen Pankreascysten, abgekapselte Exsudate in der Oberbauchgegend und urämische Zustände, die mehrfach zu schwer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiegenden Fehldiagnosen geführt haben. All diese Krankheiten lassen sich aber ebenfalls leicht durch die Mageuausheberung ausschliessen.

Was die Aetiologie der Erkrankung anbetrifft, so sind zwei verschiedene Ansichten vertreten worden.

Die älteren Autoren (Rokitansky, Kundrat, P. Albrecht, Bäumler, Binswanger, Müller, Schnitzler u. a.) sind der Meinung, dass die acute Magendilatation die Folge einer Duodenalcompresion durch die Mesenterialwurzel sei, die durch das Herabsinken des Dünndarms ins kleine Becken hervorgerufen werde. Wie Byron-Robinson feststellte, ist der Druck der Mesenterialwurzel auf den unter ihr hinziehenden horizontalen Duodenalteil am stärksten, wenn die Dünndarmschlingen im kleinen Becken liegen und der Pat. sich in Rückenlage befindet. Glénard, der ebenfalls Leichenversuche in dieser Hinsicht anstellte, fand, das der leere und ins kleine Becken gesunkene Dünndarm mit einem Gewicht von ca. 500 Gr. am Mesenterium zieht.

Dass durch das Herabsinken des Dünndarms ins kleine Becken und die dadurch hervorgerufene Spannung des Mesenteriums über der Wirbelsäule eine Compression des Duodenems hervorgerufen werden kann, besonders bei Verkrümmungen der Wirbelsäule, scheint somit, soweit man überhaupt die Ergebnisse derartiger Leichenversuche auf den Lebenden übertragen kann, wahrscheinlich, dass es aber unter diesen Bedingungen nicht stets zu einer Duodenalcompression kommen muss, beweisen zahlreiche Sectionen, bei denen als zufälliger Nebenbefund das Herabsinken des Dünndarms ins kleine Becken constatiert wurde, ohne dass es intra vitam zur geringsten Störung der Darmpassage gekommen wäre. Diese Beobachtung und der Umstand, dass mit der Zeit immer häufiger bei der Section an acuter Magendilatation gestorbener eine Duodenalcompression nicht nachweisbar war, liessen immer stärkere Zweifel an der Richtigkeit der oben erwähnten Auffassung aufkommen, die jetzt auch allgemein verlassen worden ist. Wenn man sich die von Laffer aus der Literatur zusammengestellten 217 Fälle von acuter Magendilatation, von denen 120 seciert worden sind, daraufhin ansieht, so wird man in der Tat der Duodenalcompression keine derartig ausschlaggebende Bedeutung beimessen können. Denn unter 120 Fällen fand sich bei der Section nur 27 Mal eine Duodenalcompression durch das Mensenterium und bei diesen 27 Fällen war der Dünndarm nur 21 Mal ins kleine Becken gesunken, was nur 22,5 resp. 17,5 pCt. ausmacht.

Dass die Duodenalcompression nicht das Primäre sein kann, erhellt auch noch daraus, dass nur in dem Bäumlerschen Falle eine tiefergreifende Veränderung der Duodenalwand an der Compressionsstelle nachweisbar war, die in oberflächlicher Necrose der Schleimhaut bestand.

Das Herabsinken des Dünndarms ins kleine Becken und im Zusammenhang damit die Duodenalcompression sind daher wohl nur als secundäre Erscheinungen aufzufassen. Wie schon Albrecht annahm, wird wohl der Dünndarm erst durch den primär hochgradig dilatierten und gefüllten Magen ins kleine Becken hinabgedrängt und dort festgehalten, wodurch das Duodenum comprimiert wird und ein circulus vitiosus schwerster Art hervorgerufen wird.

Ein anderes mechanisches Moment, das beschuldigt wurde, die acute Magendilatation hervorzurufen, ist der von Kelling angenommene Klappenventilverschluss der Cardia. Wie aber die Untersuchungen von Gubaroff und Braun und Seidel zeigen, ist ein solcher Ventilverschluss im Sinne Kellings nur in seltenen Fällen ausgebildet. Wohl aber wird durch die schräge Insertion des Oesophagus in den Magen und die Anordnung der Muskulatur des Diaphragma um die Durchtrittsstelle des Oesophagus bei starker Füllung des Magens und dadurch bedingter Spannung und Hochbreitung des Diaphragmas ein Verschluss der Cardia hervorgerufen, der je nach den individuellen Verhältnissen mehr oder weniger vollkommen sein kann.

Wie aus dem oben gesagten hervorgeht, ist also auch dieser Verschluss eine secundäre Erscheinung, da er erst durch eine primäre hochgradige Ueberfüllung des Magens hervorgerufen wird; und es kommt ihm daher ebenso wie der Duodenalcompression keine selbständige ätiologische Bedeutung zu.

Auch die Gastro- resp. Enteroptose, die mehrfach als prädisponierendes Moment angesprochen worden ist, scheint diese Bedeutung nicht beanspruchen zu können.

Dagegen spricht die gleichmässige Verteilung der acuten Magendilatation auf beide Geschlechter und der seltene Hinweis auf eine Enteroptose in den Sectionsprotocollen.

Die oben angeführten mechanischen Momente kommen somit in ätiologischer Beziehung nicht in Betracht. Ich möchte aber trotzdem die Möglichkeit der mechanischen Entstehung einer acuten Magendilatation nicht ohne weiteres von der Hand weisen und der Ansicht, dass die acute Magendilatation eine functionelle Erkrankung des Magens und seines Nervenapparates darstellt, nicht unbedingte Geltung einräumen.

Ich meine vielmehr, dass sich hier sehr wohl zwei Gruppen unterscheiden, wenn auch nicht immer streng von einander trennen lassen. Die erste und wie, auch gleich zugegeben sein möge, grössere Gruppe bilden die, wenn man sie so nennen will, essentiellen primären acuten Magendilatationen, die auf nervöser Basis beruhen.

Bei der zweiten Gruppe spielen Passagehindernisse die Hauptrolle, in erster Linie Adhäsionsbildungen in der Nähe des Pylorus oder des Duodenums, sei es infolge von entzündlichen Processen oder operativen Eingriffen in dieser Gegend, ferner in die Bauchhöhle eingeführte Fremdkörper u. s. w. Zu dieser Gruppe sind wohl auch die Fälle von Magenvolvulus zu zählen, die sich wohl rein theoretisch von der acuten Magendilatation trennen lassen.

Die Möglichkeit der Entstehung einer acuten Magendilatation auf dem oben angedeuteten Wege ist nicht nur theoretisch denkbar, sondern lässt sich auch durch mehrfache klinische Beobachtungen beweisen. So fanden sich in den beiden ersten publicierten Fällen von acuter postoporativer Magendilatation von Riedel frische Adhäsionen in der Nähe des Pylorus, die diesen abknickten; und unter den von Laffer zusammengestellten Fällen lassen sich noch eine Anzahl ähnlicher Befunde anführen.

Auch wir konnten hier einen Fall von acuter Dilatation des Duodenums beobachten, die auf eine Compression des aufsteigenden Duodenalschenkels durch eine Jejunumfistel nach Witzel zurückzuführen war. Das Duodenum war bis zu seinem dreifachen Volum gebläht und zeigte an seiner Compressionsstelle eine markstückgrosse Necrose des peritonealen Ueberzuges.

Auch der IV. Fall von Braun und Seidel scheint mir auf mechanischem Wege entstanden zu sein. Es handelte sich um eine Appendicitisoperation, bei der sich in der Nähe der Leber ein alter Abscess fand, der tamponiert wurde. Am dritten Tage trat eine mässige acute Magendilatation ein, die nach Magenspülung und Entfernung des Tampons schwand und nicht wieder kehrte, obgleich Pat. noch am selben Tage Sekt erhielt.

In den angeführten Fällen die Ursache der acuten Dilatation in einer functionellen Störung der Mageninnervation oder in einer Läsion des plexus solaris suchen zu wollen, scheint mir gezwungen.

Wie aber schon erwähnt wurde, lässt sich bei der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mehrzahl der acuten Magendilatationen ein derartiges Passagehindernis nicht nachweisen und wir sind zur Erklärung ihrer Entstehung gezwungen, eine functionelle Störung anzunehmen. Um den Einfluss von Nervenstörungen auf das Entleerungsvermögen des Magens zu untersuchen, haben Braun und Seidel Versuche an Hunden angestellt, denen eine Magenfistel nach Witzel angelegt worden war und bei denen dann der Magen durch die Fistel aufgebläht wurde. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen sind kurz folgende:

In tiefer Narcose traten niemals Erbrechen und Aufstossen ein. Der Innendruck im Magen war dabei erheblich gesteigert, manchmal um das 2—3-fache desjenigen Druckes, bei welchem im wachen Zustande Ructus erfolgt waren.

Beim Aufwachen aus der Narcose trat bei allen Hunden, falls ihnen die Luft nicht vorher absichtlich abgelassen worden, Ructus und Erbrechen auf.

Nach Durchschneidung beider Vagi liess sich eine ausserordentliche Erschwerung bezw. völlige Behinderung des Brechvermögens bei Lufteinblasung und Darreichung von Tart. stibiat beobachten, während Apomorphin stets Erbrechen hervorrief. Die Durchschneidung der Splanchnici kann einen hemmenden Einfluss auf das Erbrechen haben, doch stellt sich auch dann das normale Brechvermögen nach einigen Tagen wieder ein.

Die Durchschneidung des Sympathicus in der Brusthöhle hat keinen Einfluss auf das Brechvermögen.

Die Durchschneidung des Rückenmarks zwischen dem letzten Hals- bis zum VI. Brustwirbel hebt das Brechvermögen und Ructus auch nach Apomorphin vollkommen auf, eine Durchtrennung unter dem X. Brustwirbel bleibt ohne Einfluss.

Eine vollkommene Spaltung der Bauchdecken durch Kreuzschnitt beeinflusst das Brechvermögen nicht. Diese Untersuchungen beweisen, dass durch gewisse Nervengifte und die Durchschneidung der Vagi und des oberen Brustmarks das Brechvermögen ganz aufgehoben bezw. erheblich vermindert werden kann. Ob neben der Aufhebung der Reflexa durch diese Mittel eine motorische Schädigung der Magenmuskulatur, die zur acuten Ueberdehnung des Magens notwendig erscheint, bedingt wird, kann aus diesen Versuchen nicht direct abgeleitet werden. Jedenfalls muss aber nervösen Störungen eine zum mindesten prädisponierende Rolle beim Zustandekommen einer acuten Magendilatation eingeräumt werden. Wenn wir die Anamnesen der veröffentlichten Fälle auf die Aetiologie hin prüfen, so finden wir in erster Linie vorhergehende Operationen unter Narcose verzeichnet, und zwar in 38,2%, wobei es sich meist um Laparotomien handelte. Doch sind auch acute Magendilatationen nach Operationen, bei denen die Bauchhöhle nicht eröffnet wurde, und nach Operationen an den Extremitäten beobachtet worden. Operative Eingriffe am Magen finden wir nur in 4 Fällen unter 217 verzeichnet. An zweiter Stelle folgen ihrer Häufigkeit nach schwere Infectionskrankheiten bezw. Reconvalescenz nach solchen, besonders Pneumonien und Typhus abdominalis, wobei hier häufig noch Diätfehler als unmittelbare Veranlassung angegeben werden. Hastiger Genuss von grossen Flüssigkeitsmengen und schwer verdaulichen Speisen sind mehrfach auch als Ursache von acuten Magendilatationen bei bis dahin anscheinend völlig gesunden Personen beschuldigt worden.

Schliesslich seien hier noch einige Medicamente erwähnt, die acute Magendilationen hervorgerufen haben sollen. Brausepulver, Veronal, Morphium, Opium, salicylsaures Natron u. s. w.

Im allgemeinen wird man auf Grund der bisher veröffentlichten Fälle den Satz aufstellen können, dass Personen, die sich in einem acuten Erschöpfungszustand befinden, sei es nach einer überstandenen Operation und Narcose, sei es infolge einer schweren Infectionskrankheit, am häufigsten von der acuten Magendilatation bedroht werden, wenn auch Fälle publiciert sind, in denen eine Magendilatation plötzlich bei völliger Gesundheit eintrat. Ein Vorwiegen des einen oder anderen Geschlechts lässt sich, wie schon erwähnt, nicht constatieren. Was das Alter anbetrifft, so herrscht das jugendliche vor, und zwar kommt an erster Stelle das Alter zwischen 20 und 30, dann 30—40; an dritter Stelle 10—20. Der jüngste Patient war nach Laffer 9 Monate, der älteste 74 Jahre alt.

Die Mortalität berechnet Laffer auf 63,5 pCt, doch muss hier erwähnt werden, dass die Mortalität ständig abnimmt, denn während sie in der ersten Zeit über 80 pCt. betrug, ist sie in letzter Zeit, wo das Krankheitsbild bekannter und Fehldiagnosen seltener geworden sind ganz bedeutend gesunken und beträgt in den letzten Jahren etwa 40 pCt., wenn man nur die diagnosticierten und daher richtig behandelten Fälle berücksichtigt, so sinkt diese Zahl sogar noch weiter.

Die Prognose der acuten Magendilatation ist daher im allgemeinen als nicht unbedingt ungünstig anzusehen, wenn die Krankheit nur rechtzeitig erkannt und sofort die entsprechende Therapie eingeleitet wird.

Der Tod wird hauptsächlich durch zwei Factoren bedingt, die starke Flüssigkeitsentziehung, die, ähnlich wie bei der Cholera, sogar zu Convulsionen bei der acuten Magendilatation führen kann; und zweitens die Alternation der Atmung und des Herzens durch den exzessiven Zwerchfellhochstand.

Das zweite Moment ist das unmittelbar lebensbedrohende und muss daher in erster Linie behoben werden, was am einfachsten und vollkommensten durch die Magenausheberung geschieht. Als erstes muss daher bei jeder acuten Magendilatation sofort die Schlundsonde eingeführt werden. Da eine Entleerung des Magens nur möglich ist, wenn der Schlauch bis zum tiefsten Punct des Magens reicht und der Magen bei der acuten Dilatation häufig colossal erweitert ist, so sind lange Sonden erforderlich und man muss sich nach der Ausheberung, die nach dem Vorschlage von Neck wirksam durch Beckenhochlagerung unterstützt wird, stets durch eine nachfolgende Magenspülung davon überzeugen, dass der Magen wirklich leer ist. Die Entleerung des Magens spiegelt sich auch sofort im Allgemeinbefinden der Patienten wieder. Während sie noch kurz vorher einen schwer leidenden Eindruck machten, fühlen sie sich nach der Spülung bedeutend erleichtert. Das Abdomen ist eingesunken, der Puls wird langsamer und voller, die Atmung tiefer und regelmässig.

Da nach der Ausheberung der Magen noch überdehnt bleibt, so muss ihm nach der Entlastung die Möglichkeit geboten werden, sich wieder contrahieren zu können, weshalb jegliche Nahrungsaufnahme per os in den ersten 3—4 Tagen unbedingt vermieden werden muss, da bei Ausserachtlassen dieser Vorsichtsmassregel mehrfach Rezidive beobachtet worden sind. Nebenbei muss die Ausheberung auch weiter systematisch fortgesetzt werden, da sich infolge der Hypersecretion der Verdauungsdrüsen stets neue Flüssigkeitsmengen im Magen ansammeln, die entfernt werden müssen. Die Involution und normale Lagerung der Eingeweide muss auch noch durch die Lagerung der Patienten unterstützt werden, da nach den oben erwähnten Untersuchungen von Byron Robinson die Rückenlage ungünstig ist, so scheint es zweckmässig die Patienten auf die rechte Seite zu lagern, wobei das Fussende des Bettes etwas erhöht werden soll. Von Schnitzler, Bäumler u. a. ist die Bauchlage, die eventuell alle zwei Stunden auf 1/4 Stunde von der Knieellenbogenlage abgelöst werden soll, empfohlen worden, doch werden sich diese Massnahmen wohl häufig durch den Allgemeinzustand der Patienten von selbst verbieten.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Um dem Körper Flüssigkeit zuzuführen, sind neben Wassereingiessungen, auch in der Form von protrahierten Kochsalzeinläufen, reichlich Kochsalzinfusionen indiciert, neben denen noch Excitantien zur Hebung der Herztätigkeit gegeben werden müssen.

Das wäre in den Grundzügen die bei einer acuten Magendilatation einzuschlagende Therapie, die wohl auch in den meisten Fällen zum Ziele führt, wenn der Patient nicht in einem schon zu desolaten Zustand in die Behandlung kommt.

Sollten die angeführten Massnahmen nicht von völligem Erfolge gekrönt sein und fortgesetzte Neigung zu Recidiven bestehen bleiben, so muss meines Erachtens die Frage in Erwägung gezogen werden, ob nicht die Magendilatation secundär durch Adhäsionsbildung hervorgerufen wird, in welchem Falle ein operativer Eingriff indiciert erscheint.

Eine sofortige Laparotomie ohne vorhergehenden Versuch einer exspectativen Therapie ist aber in jedem Fall contraindiciert.

In der Literatur habe ich 16 Fälle von Operationen bei acuter Magendilatation gefunden, von denen nur 4 nicht im Anschluss an die Operation gestorben sind.

Im ersten Fall von Byron Robinson wurde das Duodenum an der plica duodenojejunalis quer durchtrennt und das Duodenum vor dem Mesenterium in das Jejunum implantiert. Der Patient machte eine glatte Reconvalescenz durch und blieb dauernd geheilt.

In den übrigen 3 Fällen war eine Gastroenteroanastomose gemacht worden. Tschudys Patient starb bald nach der Operation infolge einer Pneumonie.

Die Patienten von Heile und Torrance wurden geheilt, doch scheint mir gerade der letzte Fall gegen die Zweckmässigkeit einer Gastroenteroanastomose bei acuter Magendilatation zu sprechen.

In diesem Fall handelte es sich um eine junge Negerin, die mit Ulcussymptomen aufgenommen wurde. Bei der Operation fand sich neben einem Ulcus in der Nase des Pylorus eine Duodenal- und geringere Magendilatation. Es wurde eine Gastroenteroanastomose ausgeführt.

Nach der Operation hielt das Erbrechen aber noch 4 Tage lang an, obgleich Patientin die beiden ersten Tage nichts per os erhielt. Erst als systematische Magenausheberungen vorgenommen wurden, schwanden die Symptome bald.

Wie dieser Fall zeigt, genügt also eine Gastroenteroanastomose nicht dazu, um selbst bei einer mässigen acuten Dilatation normale Circulationsverhältnisse herzustellen, da der atonische Magen den Inhalt nicht in den Darm befördern kann. Das zeigt neben dem Fall von Tuffier, dessen Patient nach einer Gastroenteroanastomose an einer acuten Magendilatation zu Grunde ging, obgleich die Anastomose sich bei der Autopsie vollkommen durchgängig erwies, auch der Versuch von Stieda. Stieda legte bei einem Hunde eine Gastroenteroanastomose an und erzeugte darauf durch die Durchschneidung beider Vagi eine acute Magendilatation, an der das Tier einging. Auch hier erwiesen sich die Anastomose und der Pylorus bei der Section durchgängig.

Es erscheint daher nutzlos den schwer darnieder liegenden Patienten der Gefahr einer Narcose und Operation auszusetzen, deren Erfolg zum mindesten fraglich ist.

Die anderen Operationen, die bei der acuten Magendilatation versucht worden sind, Gastrostomien (4 Mal), Punction des Magens (2 Mal) u. s. w. endeten sämtlich letal.

Ich glaube, dass die hier angeführten Fälle genügen, um die warme Empfehlung der Gastroenteroanastomose bei acuten Magendilatationen von seiten Mayo-Robsons, der sie übrigens selbst nie ausgeführt hat, zu widerlegen.

Die Operation sollte meiner Ansicht nach nur für die ätiologisch zur zweiten Gruppe von acuter Magendilatation gehörenden Fälle reserviert bleiben. Ob man dann neben einer Lösung der Adhäsionen noch eine Gastrojejunostomie ausführt, wird man wohl von Fall zu Fall entscheiden müssen.

Da aber die Prophylaxe die beste Therapie ist, so sollte man bei allen Fällen, wo acute Störungen des Mageninhalts aufreten oder auch nur zu befürchten sind, möglichst frühzeitig die Magenspülung anwenden. Ich glaube, dass der Umstand, dass wir auf der Abteilung bei einer jährlichen Operationsziffer von über 3000, keinen einzigen Fall von postoperativer acuter Magendilatation beobachtet haben, nicht in letzter Linie darauf zurückzuführen ist, dass bei uns, sobald sich Stauungserscheinungen zeigen und bei Magenresectionen und Gastroenteroanastomosen auch prophylactisch vom Operationstage an, systematisch der Magen ausgehebert wird. Zur Vermeidung von Adhäsionsbildungen muss bei der Operation strengstens auf peinliche Asepsis, zartes Behandeln des Peritoneums, Gebrauch nur warmer feuchter Tupfer u. s. w. geachtet werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Bieganski: Medicinische Logik. Kritik der ärztlichen Erkenntnis. Autoris. Uebers. nach der 2. Auflage von Dr. A. Fabian. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) 1909. 237 Seiten. Preis M. 4.50, geb. M. 5.50.

Die junge Disciplin der medicinischen Logik hat auch in deutscher Sprache nur ganz vereinzelte Vertreter aufzuweisen und daher ist eine Uebersetzung des vorzüglichen Werkes ausserordentlich wertvoll. Die weiteste Verbreitung des Buches in ärztlichen Kreisen, sowohl bei Practikern, als Theoretikern, ist ihm, oder, vielleicht richtiger, ihnen, zu wünschen. Man wird wohl nicht fehlgehen in der Behauptung, dass die «Kritik» nicht Schritt gehalten hat mit dem Wachsen der «ärztlichen Erkenntnis» und dass dieses Missverhältnis einen grossen Teil der Schuld trägt, dass der ärztliche Stand gegenwärtig in einem schlecht abgesteckten Fahrwasser segelt, welches schon Havarieen veranlasst hat und auch fernerhin damit droht.

Nur eine Lücke scheint das Buch aufzuweisen: die suggestive Bedeutung der ärztlichen Behandlung als krankmachende Ursache hat darin keine Bewertung gefunden. Hoffentlich findet sich bald Gelegenheit in einer neuen Auflage diese Lücke, wenn sie wirklich als solche anerkannt werden sollte, auszufüllen.

F. Holzinger.

Dr. med. et phil. Hans Lungwitz, Stoffwechselversuche über den Eiweissbedarf des Kindes. Carl Marhold. Halle a. S. 1908. Preis 1.80 M.

Die vorliegende Arbeit, welche sich auf eine Reihe von Stoffwechselversuchen bei Kindern mit genau vorgeschriebener Kost gründet, wobei die Analysen mit Sorgfalt ausgeführt zu sein scheinen, hat selbstredend einen grossen Wert, da sie noch einmal daran erinnert, dass es an der Zeit ist, die übermässige Eiweisszufuhr sowohl beim Kinde als auch beim Erwachsenen einzuschränken: «wir alle, die Aerzte nicht ausgenommen, schreibt Verfasser, sind in der grossen Gefahr der kritiklosen Ueberschätzung eines Nährstoffs, des Eiweisses; wir alle sind in dem falschen Glauben befangen, dass Fleisch, Milch und Eier das Wesentliche der kräftigen Kost ausmachen, und denken nicht einmal, wenn wir die künstlich erzeugten Krankheitsbilder vor uns sehen, daran, dass die Ueberfütterung mit Eiweiss schädlich gewesen sein, dass das Eiweiss als Gift gewirkt haben könne». Verfasser gelangt zum Ergebnis «dass die Siegert'schen Zahlen Werte darstellen, die ein gutes Gedeihen des kindlichen Organismus garantieren, indem sie nicht nur zu Stickstoffgleichgewicht, sondern zu Eiweissansatz führen, also noch immer oberhalb der Schwelle des Bedarfes liegen.» In den Versuchen des Verfassers «waren die Nahrungsmengen dermassen bemessen, dass

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die Kinder im allgemeinen zu Hause bedeutend mehr erhalten». In der Kostanordnung des Kindes und des Erwachsenen sei nach Verfasser das Schlagwort: «gemischte Kost!» Viel Vegetabilien im Verhältnis zu den Animalien. Das Eiweiss sei im Durchschnitt zu etwa 50 pCt. vegetabilen Ursprungs! Jedenfalls sind die in den Tabellen des Verfassers niedergelegten Zahlen sehr beachtenswert.

V. Schmidt.

Handbuch der gesamten Therapie in 7 Bänden, herausgegeben von Prof. F. Penzoldt und Prof. R. Stintzing. Vierte Auflage. Erste Lieferung. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909.

Nachdem das bekannte Handbuch im Jahre 1894 zuerst unter dem Titel «Handbuch der speciellen Therapie» erschienen war, wurde es im Jahre 1897 in zweiter Auflage unter dem Namen «Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben, «mit Rücksicht auf die umfangreichen Kapitel allgemein-therapeutischen Inhalts». Nun erscheint es wieder in neuer Auflage unter verändertem Namen, der u. E. am meisten dem Inhalt des gross angelegten Werkes entspricht. Die uns vorliegende erste Lieferung enthält den allgemeinen Teil der Behandlung der Infectionskrankheiten, und zwar die «Allgemeine Prophylaxe», verfasst von Prof. A. Gärtner-Jena und den Anfang des Abschnittes «Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmassregeln», verfasst von Prof. E. Levy-Strassburg. In dem von Prof. E. Gärtner verfassten Abschnitt sind gegenüber der 2. Auflage manche Aenderungen in der Anordnung und Behandlung des Materials vorgenommen, wobei rühmend hervorgehoben werden muss, dass es dem Verf. glücklich gelungen ist, manches Neue hineinzubringen, während der Umfang dieses Capitels nicht zugenommen, sondern sogar abgenommen hat; statt der früheren 101 Seiten ist der ganze Stoff auf 74 Seiten untergebracht. Es konnte dies nur durch eine derartig geschickte Behandlung des Stoffes erreicht werden, dass nur das Wesentliche und wirklich unbedingt für den practischen Arzt Wissenswerte in knapper, präciser Fassung aufgenommen wurde. Den neuen Forschungen auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten und der Seuchenlehre ist in durchaus genügender Weise Rechnung getragen, und die Seuchengesetzgebung, namentlich die deutsche, und speciell die preussische, ist hinreichend berücksichtigt. Das Capitel «Desinfection» hat gleichfalls manche dankenswerte Ergänzung und Aenderung erfahren, dafür ist aber auch der ganze Abschnitt stellenweise wesentlich gekürzt. Der Besprechung der Desinfectionsmittel und ihrer Anwendung ist die durch den Reichskanzler im Jahre 1907 erlassene «Bekanntmachung betr. Desinfectionsanweisungen für gemeingefährliche Krankheiten» zu Grunde gelegt.

Der II. Abschnitt «Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmassregeln», der in den früheren Auflagen von Prof. Buchner bearbeitet war, ist in der neuen Auflage von Prof. E. Levy verfasst. Eine Besprechung desselben im Zusammenhang behalten wir uns vor bis zum Erscheinen der 2. Lieferung.

F. Dörbeck.

Moritz Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Vierte umgearbeitete Auflage von Prof. Dr. Edmund Meyer. Berlin. Verlag von Julius Springer. 766 S. Preis geb. 22 Mark.

Zu den Klassikern der laryngologischen Literatur gehörend lief das Schmidtsche Buch nach dem Tode des Verfassers Gefahr schnell zu veralten. Enthielt doch schon die dritte im Jahre 1903 erschienene Auflage so manches nicht was in einem modernen Lehrbuch der Hals- und Nasenkrankheiten notwendig hätte Platz finden müssen (ganz besonders die im letzten Jahrzehnt aufgekommenen Operationsmethoden) und litt es andererseits in vielen Abschnitten an einer nicht genügend motivierten Breite. Die Capitel über Diphtherie und Tuberculose z. B. enthielten vielerlei Details, die mehr in Lehrbücher der allgemeinen und speciellen Pathologie hineingehörten. Auch Erörterungen wie z. B. über die Aetiologie der Neoplasmen dürften heutzutage in einem Speciallehrbuch nicht an ihrem eigentlichen Platz sein. Wie im Vorwort mitgeteilt wird, hat Schmidt persönlich Prof. Edm. Meyer angeboten, eine neue Ausgabe seines Lehrbuches zu veranstalten, letzterer ist jedoch nur mit grossen Bedenken auf diesen nach Schmidts Tod von der Verlagsbuchhandlung wiederholten Vorschlag eingegangen, Bedenken, die vorwiegend aus dem stark subjectiven Charakter des Buches, Divergenz mancher Anschauung etc. entsprangen.

Was die neue Ausgabe betrifft, so unterscheidet sie sich schon im Aeusseren vorteilhaft von den früheren. Durch verschiedenartigen Druck sind die (im grossen ganzen vom Herausgeber beibehaltenen) Capitel des Schmidtschen Buches in übersichtlicher Weise in Unterabschnitte geteilt worden. Sehr wertvoll ist die reichliche Ausstattung mit Abbildungen (darunter sehr viele pathologisch-anatomische Befunde nach Präparaten der Berliner-Poliklinik und erläuternde Zeichnungen bei Besprechung der Operationsmethoden). Ueberflüssiges, wie z. B. Abbildungen veralteter Instrumente oder die farbige Tafel «Pathogene Bacterien», ist ausgemerzt worden. Entsprechend dem rapiden Vorwärtsschreiten der Laryngo-Rhinologie sind manche Capitel vollkommen umgearbeitet worden, während bei anderen Capiteln die Arbeit des Herausgebers hauptsächlich in Kürzungen und Ergänzungen bestand. In ganz neuer und zeitgemässer Gestalt erscheint z. B. die Darstellung der Nebenhöhlenerkrankungen, zeitgemäss ist sie z. B. auch in der richtigen Bewertung der endonasalen Behandlungsmethoden im Gegensatz zu den eine Zeitlang übermässig geübten «Radicaloperationen». Der Abschnitt über die Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge von acuten und chronischen Infectionen ist durch Besprechung von Maul- und Klauenseuche, Milzbrand, Meningitisepidemica, Beri-Beri und Gonorrhoe erweitert worden.

Es liesse sich wohl darüber streiten ob eine ausführliche Besprechung der Schilddrüsenerkrankungen (incl. Morbus Basedow) sowie der Erkrankungen der Speiseröhre in ein Buch über Erkrankungen der oberen Luftwege hineingehören. Diese Capitel sind wohl nur aus Pietät gegen den ursprünglichen Autor in die neue Auflage mit hineingenommen und neu bearbeitet worden.

Einige Einzelheiten, wie z. B. die Empfehlung der veralteten und mit Vorteil durch einen elastischen Katheter zu ersetzenden Bellocqschen Röhre sind nicht ganz zu billigen, die Technik der Paraffininjectionen hätte ausführlicher besprochen werden können, namentlich die Onodische ungefährlichere Injection von nicht erwärmtem Hartparaffin, auch ist das maximale Quantum von 2—3 Ccm. Paraffin zur einmaligen Injection viel zu hoch angegeben. Alles in allem hat der «Moritz Schmidt» in seiner neuen Bearbeitung ganz ausserordentlich an Brauchbarkeit gewonnen, nur sehr wenige Lehrbücher können sich ihm ebenbürtig an die Seite stellen.

A. Feldt.

Auszüge aus den Protocollen des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.

4. Sitzung von 18. April 1908.

Vorsitzender: A. Netschajew.

Schriftführer: V. Stühlern und G. Zeidler.

1) E. Giese: Ein seltener Fall von Trophoneuritis mit Krankendemonstration.

Der $7^1/_2$ jährige Patient hat vor $3^1/_2$ Jahren die Masern durchgemacht. Gleich darauf soll die linke Hand merklich abgemagert und die linke Abdominalhälfte eingesunken sein. Bei der Untersuchung ergibt sich folgendes: Das Unterhautfettgewebe ist überall stark entwickelt. An 2 Stellen jedoch fehlt es vollkommen: an der Dorsalseite der linken oberen Extremität und am linken Mesogastrium. Infolgedessen schimmerte das Venennetz hindurch und heben sich die einzelnen Muskeln deutlich ab. Die Haut ist am ganzen Körper marmoriert, — besonders in den oben erwähnten Partien; ferner erscheint die Temperatur dieser Körperteile wesentlich höher, als die der benachbarten Partien. Die Muskulatur der linken oberen Extremität nur wenig atrophisch. Die Structur der Knochen im Röntgenbilde ist vollkommen normal. Die Circumferenz dieser Extremität ist wesentlich geringer, als die der correspondierenden Teile. Auch die linke untere Extremität ist dünner, als die rechte, — doch nur unwesentlich. Die Muskel- und Sehnenreflexe sind links lebhafter als rechts. Patellar- und Achillessehnenreflexe normal. Links sind die Bauchreflexe etwas herabgesetzt. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven normal bis auf den linken Rectus, welcher stärker erregbar ist als rechts. Sonstige Abnormitäten des Nervensystems nicht nachweisbar. Die inneren Organe normal. Der Blutbefund gleichfalls normal. — Spuren überstandener Rachitis. Das Wesen der Erkrankung ist vollkommen dunkel.

Discussion:

W. Kernig. Das geschilderte Krankheitsbild lässt sich nicht unter den Begriff der Polycythämie bringen, da auch diese Krankheit einen anderen Verlauf zeigt.

A. Netschajew. Bei der anamnestisch in der Vorgeschichte festgestellten acuten Infectionskrankheit im gegebenen Fall, handelt es sich unverkennbar um toxische Schädigungen des Nervensystems.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

2) E. Giese demonstriert einen Patienten, welcher durch Operation von einem Tumor der Dura mater vollkommen geheilt wurde. Die gutartige Geschwulst lag in der Höhe der intumescentia cervicalis des Rückenmarks. (Erscheint im Russkij Wratsch 1909; cf Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. April 1908).

Discussion:

W. Kernig. Der Umstand, dass vor Jahren beim Patienten von Prof. G. Tiling ein Sarcom der Hand entfernt worden war, liess natürlich vermuten, dass es sich um eine bösartige Neubildung des Rückenmarkskanals handelte. Dass die Operation ein Fibrom ergeben hat, ist bemerkenswert.

J. Grekow. Die Operationstechnik ist nicht schwierig, wenn nur die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden ist. Bei genauer Diagnosenstellung könnte man sogar die Probeoperation im Erwägung ziehen.

A. Jagodinsky richtet an den Vortr. die Frage, ob er nicht etwa tetanische Contractionen der, den Nervenwurzeln entsprechenden, Muskelgruppen beobachtet hat. In einer Arbeit von Peters sind derartige Erscheinungen im Zusammenhang mit Blutungen in die Hinterstränge beschrieben worden.

Der Vortr. verneint die Frage; — auch im Anfangsstadium der Erkrankung liessen sich anamnestisch keine derartigen Erscheinungen nachweisen.

3) E. Hesse. «Die Behandlung der Trigeminusneuralgie». (Mit Demonstration eines anat. Präparates). (cf. Russkij Wratsch 1908, Nr. 39).

Discussion:

S. Wladisslawlew behandelte eine Patientin mit Trigeminusneuralgie mit Einspritzungen von 1 pCt. Eukain in die Gegend des Foramen maxillare int. und Foramen mentale. In den ersten Tagen nach der Injection eine lästige Anästhesie im Verzweigungsgebiet des Trigeminus. Die Schmerzen hörten auf und wurde bis jetzt im Verlauf von 5 Monaten kein Recidiv beobachtet. Im übrigen schliesst er sich der Meinung des Vortr. an, dass vor der Operation alle übrigen therapeutischen Massnahmen erschöpft sein müssen.

Prof. H. Zeidler. Ich habe nicht erwartet, dass die vom Vortr. berechnete Ziffer der Recidive nach der Neurexairese so enorm hoch ist. (86 pCt.) Persönlich habe ich nicht so schlechte Erfahrungen gemacht, doch verfüge ich über relativ wenige Fälle. So beobachtete ich in einem Fall, in welchem ich 4 Aeste des Trigeminus entfernt hatte, bis jetzt im Verlaufe von 6 Jahren kein Recidiv. In einem anderen Fall operierte ich einen Patienten, an welchem Prof. E. von Bergmann die Neurexairese ausgeführt hatte. Bei der Gelegenheit konnte ich mich während der Operation von der Regenerationsfähigkeit der Nervenfasern überzeugen.

Die Technik der Neurexairese ist überaus einfach und der Eingriff für den Patienten unbedeutend. Ferner überhebt diese Operation den Kranken wenigstens temporär der quälenden Schmerzen, so dass kein Grund vorliegt die Operation abzulehnen. Aus diesen Gründen halte ich die Schlussfolgerungen des Vortragenden für durchaus berechtigt, dass die Neurexairese stets zu versuchen ist und erst nach misslungener Resection der peripheren Nervenstämme die Exstirpation des Ganglion Gasseri in Erwägung zu ziehen ist.

4) E. Schapschal. Klinische Erfahrungen über das Tuberculoseserum Neporoshnijs. (Erscheint im Druck).

Discussion.

Der Vortr. erwidert auf die Frage L. Krevers, dass bei einigen Kranken nach der Injection Drüsenschwellungen beobachtet wurden, in anderen Fällen jedoch dieselben vollkommen ausblieben. Im allgemeinen wurden mit grossen Serummengen die besten Resultate erlangt. Temperaturreactionen wurden selten beobachtet.

P. Jappa fragt, nach wieviel Tagen der Temperaturanstieg erfolgte.

Der Vortr. erwidert, dass nach den Beobachtungen von Neporoshnij die Temperaturreactionen meist 5 Tage nach der Injection auftraten.

P. Jappa teilt einen Fall von Lungentuberculose mit, welchen er 5 Jahre lang im 1. und 2. Stadium beobachten konnte. Die tuberculosen Erscheinungen waren bei der betreffenden Patientin nach einem längeren Aufenthalte in Finnland vollständig geschwunden. Nach ihrer Rückkehr wandte sie sich an S. Neporoshnij, welcher eine Tuberculincur vorschlug, welche nach seinen Angaben vorgenommen wurde. Nach der ersten Injection trat Fieber auf, die Kranke wurde bettlägerig und nach 3 weiteren Injectionen musste die Behandlung aufgegeben werden. Jetzt ist der Zustand der Patientin bedenklich, da schon Cavernenbildung nachgewiesen werden kann.

Der Vortr. erinnert an einen Fall von Edlitschko, in welchem bei Fieber die Cur begonnen wurde, auch waren Cavernensymptome nachweisbar. Im ganzen wurden 16 cc. Serum injiciert, die localen Erscheinungen wurden besser, die Temperatur normal. In einem anderen Fall des Vortr. liessen sich absolut keine Resultate nachweisen. Es ist eben noch viel zu wenig Material gesammelt worden, um sich ein klares Bild vom Wert und von der Wirkung des Serums zu machen, Um nach den Eindrücken zu urteilen, vertragen die Kranken das Serum am Anfang sehr gut und es lässt sich ein günstiger Einfluss constatieren. Im weiteren Verlauf hört die Wirkung des Serums vollkommen auf.

J. Iversen richtet an den Vortr. die Frage, ob das Serum im Verhältnis zu der Quantität der Antitoxin-Einheiten titriert ist oder nicht und welche Erwägungen bei der Dosierung des Mittels in Betracht gezogen werden?

Der Vortr. Ueber die Antitoxine des Serums herrscht noch Unklarheit. Auch über die Dosierung des Mittels ist nichts Bestimmtes bekannt. Der Vortr. hat am meisten auf die jedesmalige Reaction Gewicht gelegt.

J. Iversen findet in diesem Fall den Gebrauch eines solchen Mittels, bei welchem alles empirisch zu sein scheint, ungerechtfertigt.

Der Vortr. hat keinerlei Schaden infolge dieser Behandlung beobachten können and verweist auf die vorzüglichen Resultate Fedorows in Jalta.

Sternberg wendet ein, dass die Antitoxine des genannten Serums in vitro vollkommen bekannt sind und es auch auf diese Weise der Titrierung unterliegt.

Bogdanow teilt einen Fall von Darmtuberculose mit, in welchem er das Serum anwandte. Injiciert wurden 9 cc. Die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen, doch kann eine deutliche Besserung constatiert werden. Temperaturanstieg wurde schon am Abend des Injectionstages beobachtet. Das Körpergewicht sank in den nächsten 2—3 Tagen nach der Operation, begann aber bald wieder zu steigen.

Ssapatsch-Ssapotschinsky hat das Serum in einem schweren Falle von Lungentuberculose angewandt. Dauer der Behandlung 11 Wochen. Deutliche Verschlimmerung des Leidens. Natürlich kann man aus einem Fall noch keine Schlussfolgerungen ziehen, doch ist immerhin die Möglichkeit der schädlichen Wirkung in Betracht zu ziehen.

A. Netschajew. Wenn ein neues Mittel experimentell angewandt wird, so werden die Resultate der ersten Zeit stets schwankend sein und oft einander widersprechen. So war es auch mit dem Koch'schen Tuberculin, welches in der neuen Zeit — allerdings unter ganz anderen Gesichtspuncten — wiederum als therapeutisches Mittel verwandt wird. Aus diesen Gründen kann erst nach gründlichen und vielseitigen Untersuchungen ein abschliessendes Urteil über das neue Serum gefällt werden.

5) Priv. Doc. A. Ssokolow demonstriert 1) ein Herz mit hühnereigrossen Aneurysma an der Spitze des linken Ventrikels. Das Aneurysma war mit dem Pericard verwachsen, war in der Folge perforiert und an den Folgen des Blutergusses ins Pericard war der Patient ad exitum gekommen; 2) eine Thrombose der rechten Pulmunalarterie. Angefangen von der rechten Lunge füllte der Thrombus das ganze Lumen der Arterie bis zum Herzen. Infarcterscheinungen waren in der rechten Lunge nicht nachzuweisen.

Discussion:

G. Albanus teilt die Krankengeschichte des Falles von Pulmonalthrombose mit. Intra vitam waren Compensationsstörungen und Spuren einer hämorrhagischen Pleuritis nachzuweisen. Die klinische Diagnose war auf Mitralinsufficienz, Lungeninfarct und secundäre exsudative Pleuritis gestellt worden. Die Kranke verfiel immer mehr und mehr, der Tod trat langsam ohne Dyspnoe und Zunahme der Compensationsstörungen ein.

Referent E. Hesse.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 5. Februar 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Goldberg demonstriert einen Foetus mit kolossalem Hydrocephalus, der ein absolutes Geburtshindernis bildete und perforiert werden musste, wobei sich mehr als 1 Liter Flüssigkeit entleerte and die Geburt leicht beendet werden konnte.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einem zweiten Falle von Hydrocephalus, der als solcher nicht diagnosticiert war, wurde die Wendung gemacht und extrahiert, doch folgte der Kopf nicht trotz starken Zuges, bis es plötzlich einen starken Ruck gab, wobei der extrahierende College rücklings zu Fall kam und mit klarer Flüssigkeit überströmt wurde. Der Hydrocephalus war geborsten und das Kind folgte leicht.

2. Goldberg stellt einen Mann mit Aneurysma des Arcus aortae vor.

3. Alksne stellt einen Mann vor, bei dem er vor 2 Monaten die Naht des Nervus ulnaris ausgeführt hat. Verletzung durch Glas auf der Beugeseite des rechten Unterarmes, die Sehne des Flexor carpi ulnaris, Arteria ulnaris und Stamm des Nerv. ulnaris durchschnitten. Primäre Naht des Nerven und der Sehne. Glatte Heilung. Die Function der gelähmten Muskeln hat sich bereits etwas hergestellt, weitere Fortschritte sind mit der Zeit zu erwarten.

Discussion:

Brehm hat die Beobachtung gemacht, dass die Resultate der Nervennaht bei scheinbar gleich guter prima intentio recht verschieden ausfallen, in den weiteren Fällen sei ja überhaupt eine endgiltige Beurteilung der Erfolge sehr schwierig, da die Patienten, meist der niederen, fluctuierenden Bevölkerung angehörend, nur kurze Zeit in den Krankenhäusern bleiben, um dann zu verschwinden, nur wenige unterziehen sich der erforderlichen neurologischen und medico-mechanischen Nachbehandlung.

Alksne erklärt sich die Verschiedenheit der Resultate bei scheinbar gleicher prima intentio dadurch, dass am Nerven selbst, an den Achsencylindern kaum eine echte prima intentio erfolge. Prof. Oppel habe einmal nach exacter Naht und tadelloser prima intentio einen totalen Misserfolg erlebt, er operierte dann zum 2. Mal, resecierte die genähte Stelle, die bei der Untersuchung sich als scheinbar tadellos geheilt erwies.

Brehm erinnert daran, dass ja die primären anatomische Nervenvereinigung nur eine Wiederherstellung der Function bedeute, denn nachgewiesenermassen kommen es im durchschnittenen Nerven, namentlich im peripheren Teil desselben stets zu ausgedehnten Degenerationen, und erst die später beginnende Regeneration des Nerven stelle die Function langsam wieder her. Daher sei es auch für den Effekt gleichgiltig, ob man die Nervenenden genau so aneinandernähe, wie sie vorher lagen, oder ob man sie drehe, so dass ganz heterogene Fasern in Contakt gebracht würden. Er sei darüber nicht orientiert, wie die Histologen jetzt ständen, ob die Regeneration einzig und allein vom centralen Stumpf ausgehe, als den mit den trophischen Centrum in Verbindung gebliebenen, durch Auswachsen der Achsencylinder, oder ob auch das periphere Ende sich beteilige.

Alksne: Die jetzt herrschende Neurontheorie lässt die Regeneration nur vom centralen Stumpf ausgehen.

4. Schmähmann stellt ein Kind vor mit ausgedehnten cavernösen Angiomen an der Unterlippe, am Gaumen und der Zunge.

Discussion:

Brehm hält die Behandlung in diesem Falle für sehr schwierig, da es sich um ein sehr kleines Kind und sehr ausgedehnte, quasi disseminierte Angiome handelt. Eine Exstirpation mit primärer Naht käme hier nicht in Betracht, sondern galvanocaustische Behandlung.

Alksne hat einen Fall galvanocaustisch behandelt und die Hälfte des sehr grossen Angioms fortbringen können, darauf habe der Pat. sich der allerdings sehr schmerzhaften Behandlung entzogen. Sehr beachtenswerte Erfolge habe man mit der elektrolytischen Behandlungsmethode erreicht.

5. Schmähmann stellt ein Kind vor mit ausgedehnten postdiphtheritischen Lähmungen, es liegen nicht nur Paresen der Schlund- und Kehlkopfmuskeln vor, sondern auch solche der Extremitäten. Die Diphtherie selbst habe er nicht beobachtet, als er das Kind sah, hatte es nur noch einen Ausfluss aus der Nase, doch sei in der nächsten Nachbarschaft echte Diphtherie gewesen. Von anderer Seite sei hier die Chorea angenommen worden, doch scheine ihm diese Diagnose sehr unwahrscheinlich.

Discussion:

Siebert ist der Ansicht, dass man hier doch auch an beginnende Chorea denken müsse, es sei nicht selten, dass dieses Leiden mit einer Hemiparese und Sprachstörungen beginne, die eigentlichen choreatischen Zuckungen stellten sich erst nachher ein, übrigens sehe man am Kinde auch jetzt schon bei aufmerksamer Betrachtung hin und wieder leichte Zuckungen und Schleuderbewegungen mit den Armen.

Schmähmann erwidert, dass Sprachstörungen eigentlich bei Chorea doch erst viel später zur Beobachtung kämen, Schluckbeschwerden aber überhaupt nicht, hier aber bestehe eine echte Schlucklähmung, das Kind regurgitiere durch Mund und Nase.

Christiani findet den Gang des Kindes weniger paretisch als vielmehr intendiert, mangelhaft coordiniert.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Prof. Theodor Escherich sprach in der Gesellschaft der Aerzte über das Thema: Was nennen wir Skrofulose? Die dualistische Auffassung, die zwischen den zur Verkäsung führenden skrofulösen und den knötchenbildenden tuberculösen Processen nach Virchow unterschied, musste fallen, als man durch die Tuberculindiagnostik in die Lage gesetzt wurde, in allen derartigen Fällen das Bestehen latent tuberculöser Herde nachzuweisen. Schon 1890 und 1891 wies E. durch Injection von Tuberculin Koch bei skrofulösen Kindern die specifische Reaction nach. Die Zahl dieser Beobachtungen vermehrte sich, als an Stelle der Injectionen die Pirquet'sche Probe trat. Angesichts dieser Tatsachen muss man sagen: Die Skrofulose ist nichts anderes, als ein Teil der infantilen Tuberculose und muss wenigstens aetiologisch in dem Begriff der letzteren aufgehen. Dieser Standpunct wurde insbesonders von seiten der pathologischen Anatomen von Anfang an mit aller Schärfe vertreten, da sie bei Skrofulose niemals andere als die bei Tuberculose vorkommenden Gewebsveränderungen gefunden hatten. Als für diese Krankheit besonders charakteristisch muss man neben Drüsenschwellungen des Halses, dem Tumor albus, und den osteomyelitischen Herden vor allem jene Gruppen von Symptomen ansehen, die auf der Haut und den Schleimhäuten auftreten und die wir unter dem Namen der skrofulösen Oberflächenveränderungen oder der Skrofulide zusammenfassen. Es sind dies die Phlyctänen, die chronische Blepharitis, die Rhinitis skrofulosa, die verdickte Oberlippe, die impetiginösen und nässenden Eczeme, das Skrofuloderma, gewisse lichenoide und knotige Infiltrate. Dabei besteht Neigung zu Katarrhen des Rachens, der Ohren, der Luftwege, des Verdauungstractes, meist begleitet von multiplen indolenten Schwellungen der oberflächlichen Lymphdrüsen. E. entwickelt weiter die Idee, dass die Oberflächenkatarrhe bei Skrofulose ein Ausdruck und Folgezustand der specifischen Localallergie des Integumentes gegenüber Superintoxication sind; diese Idee ist schon 1907 von Moro und Dolganoff geäussert worden. Die skrofulösen Oberflächenerkrankungen reagieren günstig auf die Tuberculinbehandlung und können durch dieselbe sogar geheilt werden. E. steigt hiebei ziemlich rasch mit den Dosen; unter der Controlle durch die Cutaureaction kann man Schädigungen verhüten. Unter der Immunisierung mit Alttuberculin ist ein Absinken der Ueberempfindlichkeit der Haut gegen Tuberculin zu beobachten. Die klinischen Erfahrungen zeigen, dass chemische und mechanische Reize imstande sind die skrofulösen Katarrhe hervorzurufen und zu verstärken, insbesondere unter schlechten hygienischen Verhältnissen. Ausser durch äussere Schädlichkeiten können die Skrofulide auch durch Noxen hervorgerufen werden, welche im Organismus ihren Ursprung haben, nämlich das im Blute circulierende oder auf Haut und Schleimhäuten ausgeschiedene Tuberkelbacillentoxin. E. gelangt zu folgendem Schlusse:

Schon vor dem Auftreten der ersten skrofulösen Erscheinungen zeigen die Kinder die Merkmale der unter dem Namen des Status lymphaticus bekannten Constitutionsanomalie, die auch während der ganzen Krankheitsdauer nachweisbar bleiben. Die Infection mit Tuberkelbacillen führt zur Bildung eines äusserlich zumeist nicht erkennbaren abgekapselten tuberculösen Krankheitsherdes. Als weitere Folge entwickelt sich der allergische Zustand, der bei diesen Kindern zu einer besonderen Vulnerabilität und Ueberempfindlichkeit der Integumente gegen äussere Schädlichkeiten, besonders gegen kleinste Mengen von Tuberculotoxin führt, die vielleicht in den Secreten enthalten sind. Als Folge derselben entwickeln sich die skrofulösen Oberflächenkatarrhe, Skrofulide, welche das pathognomonische Merkmal der Skrofulose darstellen. Erst später kommt es auf lympho- oder hämatogenem Wege zur Entstehung metastatischer bacillärer Herde und damit zum Bilde der localisierten oder generalisierten Tuberculose. Als Skrofulose im modernen Sinne wäre also nur die auf dem Boden der lymphatischen Constitution entstandene und durch die Neigung zu Oberflächenkatarrhen charakterisierte Form der infantilen Tuberculose zu bezeichnen.

W. Falta sprach über das Respirationskalorimeter in Boston: Die Untersuchung des tierischen Gaswechsels hat auf unsere Anschauungen in der Physiolo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gie, Pathologie und Therapie einen mächtigen Einfluss genommen. F. erinnert daran, dass der Nachweis, dass das Gesetz von der Erhaltung der Energie auch für den tierischen Organismus gilt, und dass dieses Naturgesetz auch in der Physiologie eine beherrschende Stellung einnimmt. Was die Pathologie betrifft, so erinnert F. an den Nachweis, dass Oxydationen und Nahrungsbedarf des Körpers von der Schilddrüse stark beeinflusst werden. Was die Therapie anbelangt, so ist die Bedeutung der Kalorienberechnung für die Diätetik bekannt. Die Methoden, die uns heute zur Messung des Gasstoffwechsels und der Wärmeproduction zur Verfügung stehen, lassen 2 Gruppen unterscheiden. Die erste Gruppe umfasst jene, welche die Wärmeproduction aus der Stickstoff- und Kohlensäureabgabe und Sauerstoffaufnahme berechnen — indirecte Kalorimetrie —, die zweite Gruppe umfasst die die Wärmeabgabe direct messenden Methoden. Zur ersten Gruppe gehören die Apparate nach Regnault-Reiset. Hier ist die Respirationskammer Teil eines geschlossenen Systems, in welchem die Luft durch eine Pumpe dauernd in Bewegung gehalten wird. Die producierte Kohlensäure und Wasser werden durch mit verschiedenen Chemikalien beschickte Vorlagen absorbiert und der von der Versuchsperson verbrauchte Sauerstoff aus einem Sauerstoffbehälter dauernd ergänzt. In Europa befinden sich bisher nur Kalorimeter, die kleine Tiere aufzunehmen imstande sind. Erst der Technik Atwaters, Rosa's und Benedicts gelang es, einen grossen Respirationskalorimeter zu bauen. Falta konnte den Apparat in Boston selbst studieren. Der Respirationskalorimeter gestattet einerseits eine genaue Bestimmung des Gaswechsels, andererseits die directe Bestimmung der Wärme. Was den ersten Punct betrifft, ist der Apparat nach dem Principe von Regnault-Reiselt nur in einer vereinfachten Weise aufgebaut; viel complicierter sind jene Vorrichtungen, die die directe Bestimmung der Wärmeproduction bezwecken. Dieser Apparat ist für eine Reihe von Problemen von grösster Bedeutung, vor Allem für das Studium des zeitlichen Ablaufs der Zersetzungen. Bei der indirecten Kalorimetrie sind wir darauf angewiesen, aus den Stoffwechselproducten die Wärmeproduction zu berechnen. Nun fallen die Zersetzungen einerseits, die Ausscheidungen der Endproducte andererseits zeitlich nicht vollkommen zusammen. So erscheint z. B. bei der Zersetzung von Eiweiss der Kohlenstoff viel rascher in der Expirationsluft, als der zugehörige Stickstoff im Harne. Tatsächlich konnte auch aus früheren Versuchen von Benedict berechnet werden, dass der Ablauf der tatsächlichen Wärmeproduction nach Nahrungsaufnahme von der indirect berechneten nicht unwesentlich abweicht. Dies ist umsomehr zu erwarten in pathologischen Fällen. Falta weist darauf hin, wie sehr vorgeschrittene Lungen- und Herzkrankheiten den Gasaustausch complicieren. Die feineren Details der Wärmeproduction werden sich nur durch directe Kalorimetrie bestimmen lassen. Andererseits ist es nicht unmöglich, dass in Stoffwechselkrankheiten tatsächlich eine Aenderung im zeitlichen Ablaufe der Zersetzungen vorliegt. Vom Diabetes mellitus wird das neuerdings von Moor behauptet. Ferner hat Falta folgende Frage in Boston studiert: Gibt es schwere Fälle von Diabetes mellitus, die trotz reichlicher Zuckerausscheidung im Hungerzustande keine Erhöhung der Wärmeproduction zeigen? Die Versuche bejahten diese Frage. Diese Feststellung ist von grösster Bedeutung. Sie zeigt einen principiellen Unterschied dieser Fälle von experimentellen Pankreasdiabetes des Hundes. Ebenso wie das Ausbleiben einer Steigerung der Eiweisszersetzung weist sie darauf hin, dass in solchen Fällen das Pankreas noch functioniert, dass Zucker noch verbrannt wird, und dass die vom Pankreas ausgehenden Hemmungen noch genügen, um eine wesentliche Steigerung der Oxydationen hintanzuhalten. Es stimmt das mit Faltas Auffassung, dass der Schwerpunct nicht allein in einer Insufficienz des Pankreas, sondern auch in einer primär gesteigerten Mobilisierung der Kohlehydrate zu suchen ist.

In der «Gesellschaft für innere Medicin» sprach Erich Stoerk zur Präcipitation im Serum bei Phthise und anderen Krankheiten. St. hat 800 Fälle von verschiedenen Krankheiten untersucht. In circa 60% aller Sera von Phthisikern zeigte sich bei Zusatz der doppelten Menge von halbprocentiger karbolisierter physiologischer Kochsalzlösung eine Ausflockung nach ungefähr 10—12 Stunden Aufenthalt im Brutofen. In einem kleinen Procentsatz der Fälle bildet sich auch ein Präcipitat, wenn man dem Serum eine geeignete Menge von frischem in Kochsalzlösung aufgeschwemmten Bacillenlipoid zusetzt, gleich gültig, ob es sich um die fettartigen Bestandteile des Tuberkelbacilles, oder etwa um Hefe handelt. Durch Emulsion der ätherlöslichen Bestandteile von circa $^1/_2$ g. lipoidreicher Bacillen in $^1/_2$ l. halbprocentiger carbolisierter Kochsalzlösung gewinnt man ein Reagens, das in ungefähr 75 pCt. aller Fälle von Lungentuberculose (mit dem Serum im Verhältnis von 2: versetzt) nach einigen Stunden bei Bruttemperatur eine Ausflockung zeigt. Ausser bei Lungentuberculose tritt diese Präcipitation noch in Erscheinung bei Seris von Patienten mit weit vorgeschrittenen Tumoren, bei schweren Diabetikern, in den ersten Stadien von Infectionskrankheiten sowie nach reichlichem Milchgenuss. Es ist also notwendig, dass man das zu untersuchende Serum morgens nüchtern entnimmt, 12—15 Stunden nach der letzten Milch- oder Fettmahlzeit. Membranähnliche Plättchen treten auch sonst gelegentlich im Serum auf, haben aber mit der eigentlichen feinkörnigen und dichten Ausflockung nichts zu tun, sind auch mit dieser nicht zu verwechseln. Die bei der Reaction in Betracht kommenden Stoffe sind wahrscheinlich fettartig. Sowohl Na Cl wie Carbolsäure sind zum Zustandekommen der typischen Reaktion nötig. Die Versuche, das Phenol durch Säuren, (Salzsäure, Oxalsäure, Essigsäure) zu ersetzen, führten zu keinem eindeutigen Resultat. Wurde isotonische Rohrzuckerlösung statt der Na Cl Lösung verwendet, so unterblieb die Reaction fast stets. Andere Körper als die aus Bacterien stammenden Lipoide bewährten sich nicht, wenn auch hie und da Lecithin, glykocholsaures Natron und Vaselin gleichsinnige Niederschläge gaben. Practisch wäre die Reaction gelegentlich zu verwenden, bei der Differentialdiagnose zwischen beginnender Lungentuberculose und anderen Erkrankungen mit Ausnahme von Tumoren in regressiver Metamorphose, schwerem Diabetes und Infectionskrankheiten im acuten Stadium. Beweisend erscheint die Reaction nur bei constant positivem Ausfall an verschiedenen Tagen.

K. Franz und R. Doerr sprechen über das Pappatacifieber und seine Aetiologie. Die Referenten haben im Vereine mit dem Stabsarzt Dr. Taussig im Auftrage des Kriegsministeriums diese Krankheit an den Orten ihres Vorkommens in Oesterreich (Bosnien-Herzegowina, Küste von Dalmatien, Istrien und Görz) studiert. Sie führt dort verschiedene Namen wie Hundskrankheit, Sommerfieber, Sommerinfluenza. Die Krankheit wird zum ersten Mal 1874 in der Literatur erwähnt. Al. Pick hat sie als erster eingehend studiert und als eine acute Infectionskrankheit erkannt. Sie kommt in den angeführten Gebieten im Sommer sehr häufig vor, geht in der Regel in Genesung aus, ist aber ausserordentlich schmerzhaft und die Reconvalescenz ist manchmal sehr protrahiert. Die Affection beginnt fast ohne Prodromalerscheinungen nach einem Incubationsstadium von 6—7 Tagen mit einem raschen Anstieg der Temperatur bis auf 40° und darüber, Kopfschmerz, Conjunctivitis und Pharyngitis, allgemeinen und Verdauungsstörungen. Die Temperatur beginnt nach einigen Stunden zu sinken, so dass sie am 3. oder 4. Tage die Norm erreicht. Oft ist das Leiden mit gastrointestinalen und nervösen Störungen compliciert. Einmaliges Ueberstehen derselben schützt vor einer neuen Erkrankung, ausserdem gibt es auch eine angeborene Immunität. Das Nervensystem wird am häufigsten und stärksten mit ergriffen, es kommen vor: allgemeine Störungen, Schwindel, Kopfschmerz, psychische Depression oder Erregungszustände, hochgradige Apathie, manchmal Ohnmachtsanfälle, Schmerzen im Rücken und in den Waden, in der Reconvalescenz tritt oft Neurasthenie auf, oder eine bestehende Neurasthenie erfährt eine Steigerung. Auch Geistesstörungen kommen vor, namentlich beim Trinken Delirium tremens. Die Augäpfel sind schmerzhaft, die Conjunctivae injiciert, die Nasen- und Rachenschleimhaut ist katarrhalisch verändert, und blutet leicht. Es kommt weiter zu gastrointestinalen Störungen; im Beginne der Krankheit ist meist Obstipation, später Diarrhoe vorhanden. Die Milz ist nur selten vergrössert. Meist tritt Bradykardie auf, welche manchmal bis eine Woche anhält; die Pulsfrequenz sinkt dabei auf 44—40. Im Blute findet sich Leukocytose, an der Haut werden manchmal Erythema, Petechien, Roseola, papulöses Exanthem oder Erythema, multiforme beobachtet. Die Prognose ist fast durchgehends gut, die Behandlung symptomatisch, da ein specifisches Heilmittel nicht bekannt ist. Die Uebertragung der Infection erfolgt durch die kleine Mückenart, Phlebotoma Pappataci; wenn diese Mücke einen Kranken gestochen hat, wird sie erst nach circa 8 Tagen infectionsfähig; es muss sich demnach in der Mücke eine Entwickelungsperiode des noch unbekannten Krankheitserregers abspielen. Letzterer dürfte im Blute vorkommen, doch ergaben Culturversuche mit Blut und mikroskopische Untersuchungen kein Resultat. Es ist auch das Serum infectiös, selbst nach Filtrierung durch Bacterienfilter, der Erreger muss demnach von submikroskopischer Kleinheit sein. Er verschwindet rasch aus dem Körper des Kranken, ausserhalb des Körpers behält das Serum längere Zeit seine Infectionsfähigkeit. Durch Contact, Se- oder Excrete wird die Krankheit nicht übertragen.

Ludwig Jehle sprach über lordotische Albuminurie. I. hat schon in seinem ersten Vortrage dargelegt dass das ursächliche Moment der Albuminurie nicht das orthostatische Moment im Sinne Heubners sei, nicht die aufrechte Körperstellung oder das Aufrichten des Körpers von einer horizontalen Lage in eine verticale ist die Ursache der Albuminurie, sondern die Körperhaltung und die damit verbundene Lordose provociert bei den Orthostaten die Albuminurie. Bei einer entsprechenden Versuchsanordnung sehen wir nämlich in allen jenen Körperstellungen, in welchen eine Lor-

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dose der Lendenwirbelsäule fehlt, gleichzeitig ein Fehlen der Albuminurie, dagegen sehen wir sofort und regelmässig bei denselben eine Albuminurie auftreten, wenn in einer von der ersteren nur wenig abweichenden Körperstellung, eine Lordose im Lendenanteile zu beobachten ist. Die Albuminurie ist deswegen keine orthostatische, sondern eine lordotische. Messungen an «Orthostaten» und normalen Controllkindern haben ergeben, dass erstere regelmässig mit einer pathologischen Lordose behaftet sind. Die pathologische Lordose erklärt uns vor Allem die verschiedene Häufigkeit der Erkrankung in verschiedenen Lebensaltern. Zur Zeit des raschen Körperwachstums beobachten wir die häufigsten Erkrankungen und zugleich die grösste Anzahl der Lordosen. Es lässt sich dies darauf zurückführen, dass durch das rasche Körperwachstum eine relativ geringere Widerstandsfähigkeit der Wirbelsäule entsteht, und dadurch eine Disposition zu einer pathologischen Lordose besteht. Nach beendetem Wachstum wird die Lordose in den meisten Fällen ausgeglichen und damit die Albuminurie zur Heilung gebracht. Ist dies nicht der Fall, dann wird die Erkrankung auch über die Pubertät bestehen bleiben. Auch das familiäre Vorkommen der Erkrankung lässt sich durch die pathologische Lordose erklären da nur jene Geschwister erkranken, die eine pathologische Lordose aufweisen. Als Beweis, dass die Lordose in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Albuminurie steht, dienen folgende Beobachtungen: 1) Auf künstliches Ausgleichen der Lordose (Corrigieren, Mieder) tritt trotz einer orthostatischen Körperstellung keine Albuminurie auf, solange der Pat. die corrigierte Körperhaltung einnimmt. 2) Auch in einer horizontalen Körperlage sind wir imstande, eine Albuminurie zu provocieren, wenn wir bei dem Pat. künstlich eine entsprechende und extreme Lordose erzeugen. 3) Auf eine forcierte Lordose tritt bei den «Orthostaten» auch eine wesentlich vermehrte Albuminurie auf. So z. B. im aufrechten Knien, oder im strammen militärischen Stehen. Letzterer Umstand erklärt einfach die häufige Beobachtungen der orthostatischen Albuminurie bei Kadetten, Soldaten etc. Durch künstliches Lordosieren ist man imstande auch bei normalen Kindern eine Albuminurie zu erzeugen. Dieser Versuch beweist, dass nicht der Mangel einer besonderen Disposition der Nieren die Ursache der mangelnden Eiweissausscheidung bei normalen Kindern ist, sondern die mangelnde Disposition derselben, im gewöhnlichen Stehen eine pathologische Lordose zu bilden. Die Wirkung der Lordose lässt sich auf einfache mechanische Circulationsstörungen zurückführen. Die Lordose schafft eine mechanische Stauung im Gebiete der unteren Hohlvene, von den Nieren abwärts, auf welche die Nieren mit einer Albuminurie antworten. Auch die Schwankungen der Eiweissausscheidung im Laufe des Tages lassen sich auf mechanische Ursachen zurückführen. Sobald durch die Lordose das Circulationshindernis gesetzt ist, tritt die Stauung in den Nieren auf, dieselbe erreicht jedoch bald ein Maximum. Zu gleicher Zeit treten die Collateralen in Action, welche die Nieren mit dem Zwerchfell verbinden. Je nachdem nun der Collateralkreislauf die Staung in den Nieren vollständig oder unvollständig beheben wird, werden wir dem entsprechend die Albuminurie im Laufe des Tages vollständig oder unvollständig schwinden sehen. Doch können wir durch eine forcierte Lordosierung zu jeder beliebigen Zeit neuerdings eine stärkere Albuminurie künstlich hervorrufen, da der gerade in Action befindliche Collateralkreislauf zum Ausgleiche der stärkeren Stauung nicht genügen wird. Die Therapie wird ihr Hauptaugenmerk auf eine allgemeine Kräftigung richten. Daneben werden wir durch eine künstliche Correction der Lordose (Turnen, Mieder etc.) die Albuminurie bei diesen Kindern zu verhindern trachten. Fritz Spieler demonstrierte aus dem Ambulatorium des Karolinen-Kinderspitales ein 10-jähriges Mädchen mit chronisch recidivierender Tetanie, das typische Linsentrübungen und Zahnschmelzhypoplasien aufwies. Pat., die bis zum Ende des 1. Lebensjahres an der Mutterbrust genährt wurde, lernte schon mit $9^1/_2$ Monaten gehen, und bietet ausser etwas prominenteren Tubera frontalia keine auffallende Zeichen überstandener Rachitis. Sie bietet die typischen Zeichen der Tetanie: das Chvostek'sche, Trousseau'sche und Erb'sche Phänomen. Sie zeigt hochgradige mechanische Uebererregbarkeit der peripheren Nervenstämme, das Facialisphänomen lässt sich durch schwaches Beklopfen jeder beliebigen Stelle des Gesichts leicht und hochgradig auslösen, desgleichen das Escherich'sche Mundphänomen (Zuckung des m. orbicularis oris auch auf der der beklopften Stelle entgegengesetzten Seite bei Beklopfen des Mundwinkels oder der Oberlippe). Auch das Trousseau'sche Phänomen lässt sich durch kurzdauernde Umschnürung des Oberarmes oder Druck auf den Plexus brachialis leicht hervorrufen, und die wiederholt vorgenommene elektrische Untersuchung ergab stets eine deutliche galvanische Uebererregbarkeit. In der l. Linse finden sich Trübungen in der Form von kurzen Speichen in den peripheren Linsenschichten, r. zahlreiche, feine punctförmige Trübungen, also Veränderungen, wie sie nach Peters dem beginnenden Tetaniestaar entsprechen. Noch sinnfälliger sind die trophischen Störungen am Gebiss der Pat., die deutliche und hochgradige Schmelzhypoplasien, jedoch nur an den oberen, seitlichen Schneidezähnen, an sämtlichen Prämolaren, und an dem eben im Durchbruchstehenden 2. unteren Molaren l. zeigt. Ausserdem zeigt das Mädchen langsames und etwas schütteres Haarwachstum, sowie Dünnheit der Haare, Spaltung an den Spitzen, (Trichorhexis), die als geringgradige, aber analoge trophische Störungen ektodermaler Gebilde auf die Tetanieerkrankung bzw. auf die gestörte Epithelkörperchenfunction zurückzuführen sind. Die Bedeutung dieses Falles liegt 1) in dem in jedem Frühjahr chronisch recidivierenden Auftreten der Tetanie bei dem Mädchen durch 8 Jahre; 2) in dem directen Uebergang der infantilen in die puerile Tetanie unter Fortdauer der in diesem Alter nicht häufigen laryngospastischen Erscheinungen; 3) in den deutlich ausgeprägten trophischen Störungen ectodermaler Bildungen (Linse, Zähne, Haare), die nach unseren gegenwärtigen klinischen und physiologischen Kenntnissen (Pineles, Erdheim) auf Ausfall, bzw. Störungen der Epithelkörperchenfunction hinweisen und dadurch die parathyreoprive Pathogenese auch der puerilen Tetanie beleuchten und schliesslich 4) in der eigentümlichen Verteilung der Zahnschmelzhypoplasien, die die von Fleischmann betonte ausschliessliche Abhängigkeit derselben von der Tetanie-Noxe deutlich erhärten.

In der «Gesellschaft für physikalische Medicin» sprach Alois Strasser über die physikalisch-diätetische Behandlung der Arteriosclerose: Ein Anfall von Angina pectoris erfordert Hitzeapplication auf die Herzgegend. Der Anfall wird durch sie sicher gemildert, oft abgeschnitten. Die Wärme wirkt hier ebenso, wie bei allen kolikartigen Zuständen antispasmodisch. Die locale Hitzeapplication bleibt aber nur ein symptomatischer Eingriff gegen den Anginaanfall und gegen die anginöse Disposition. Mann kann den Heissschlauch (Thermophor etc.) durch Wochen mit Vorteil anwenden, doch nur, bis die Krampfneigung vorüber ist. Trotzdem experimentell eine Tonisierung des Herzmuskels durch Hitze festgestellt ist, sehen wir nach langdauernder Wärmeanwendung auf die Herzgegend ein Sinken der Herzkraft. Verträgt der Pat. die Kälte selbst in mässiger Form nicht, dann lasse man ihn ohne irgend welche locale thermische Anwendung, falls nicht ein Symptom eine solche dringend erfordert. Von sonstigen localen Proceduren erwähnt Str. die heissen Hand- und Fussbäder als Gegenreiz bei Angina pectoris. Es kommt hierbei auf den ersten grossen Wärmereiz an, daher müssen die Teilbäder gleich sehr heiss (42—45° C) gegeben werden, in zweiter Reihe kommt der ableitende Effect in Betracht. Bei Dyspragia intestinalis angiosclerotica soll man Umschläge mit Thermophor oder mit einem in einen Umschlag eingelegten heissen Schlauch anwenden, gelegentlich auch Sitzbäder mit ansteigender Temperatur (35—42° C., 10—20 Min.). Bei intermittierendem Hinken können locale, wechselwarme Proceduren, schottische Duschen, unbedenklich angewendet werden. Von den Mineralwässern haben manche den Ruf gehabt, gegen den arteriosclerotischen Process wirksam zu sein. Von einer specifischen Wirksamkeit ist natürlich nicht die Rede. Die alkalischen Mineralwässer und die alkalisch-salinischen (Vichy, Evian, Karlsbad, Marienbad) wirken teils nach Huchard, gegen die «impermeabilité renale», also als Diuretica, teils als deplethorische Wässer, die durch Regulation der Darmtätigkeit den Kreislauf entlasten. Die Jodbromwässer sollen nach Huchard die specifische Jod- und die beruhigende Bromwirkung bei Arteriosclerose enthalten. Es ist nicht zu übersehen, dass Mineralwassercuren eine grosse Bedeutung zukommt, in der Behandlung von Stoffwechselkrankheiten, die mit der Entstehung einer Arteriosclerose eng verknüpft sind, nämlich der Fettsucht, Gicht und des Diabetes. Speciell bei Fettsucht haben wir sehr häufig keine reine Fettsucht vor uns, sondern es sind bei diesen Kranken fast immer gichtische Disposition, Glykosurie, und gewisse Anfangsstadien einer Gefässveränderung mit einander combiniert, die letzteren in Form von Arteriosclerosis oder schon als Arterioclerosis unbestimmten Grades, Fettüberlagerung des Herzens mit schon bestehender Hypertrophie, mit oder ohne dauernde Drucksteigerung und häufig auch Albuminurie, vielleicht erste Stadien einer Schrumpfniere. Die Aerzte in den betreffenden Curorten lassen wohl nie diese Tatsachen aus den Augen und lassen z. B. bei den Entfettungscuren mit Mineralwässern, gewisse, der Gefässerkrankung und der Herzkraft angepasste Modificationen eintreten: Die hauptsächlichste Modification besteht in einer weit genaueren Bestimmung der zu geniessenden Menge des Mineralwassers, in der Beachtung seines Gasgehaltes und seiner Wirkung auf Niere und Darm. Besonders in den vorgerückteren Stadien erfordert die Arteriosclerose die Anwendung von alkalisch-salinischen Bitterwässern, möglichst entgast. Immer sind diese Mineralwassercuren nur als ergänzende Teile sonstiger Badecuren zu denken, wenn sie auch z. B. als Mittel der Purgiermethode zuweilen im Vordergrunde der Therapie stehen. Die Entgasung der Wässer ist wegen der drucksteigenden Wirkung der Kohlensäure

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wichtig, der Salzgehalt als Mittel gegen die abdominelle Plethora. Man kann sagen, dass vorwiegende Sclerose der kleinen Arterien Mineralwassercuren in viel weiterem Masse gestattet als eine fortgeschrittene Erkrankung des Aortenbogens mit der entsprechend grösseren unmittelbaren Belastung der Herzarbeit. Viel wichtiger erscheint die Anwendung der Mineralbäder. Die Bäder mit einem Salz- und Gasgehalt bes. die kohlensauren Bäder stehen jetzt im Mittelpunct des Interesses. Man war vielfach geneigt, diese Bäder mit der grössten Kritiklosigkeit bei allen Arten von Herz- und Gefässkrankheiten anzuwenden. Die kohlensauren Bäder sind nicht so wirkungslos und nicht so gefährlich, wie die extremen Anschauungen lauten. Die kohlensauren Bäder wirken auf das Herz und die Gefässe, wenn man auch nicht genau entscheiden kann, wie viel von diesen Wirkungen auf die Temperatur des Bades und wie viel auf den CO_2-Gehalt kommt. Aus der Wirkung von CO_2-Bädern auf die Herzinsufficienz bei Klappenfehlern und sonstigen Herzmuskelerkrankungen kann man schon einen Rückschluss auf ihren Einfluss auf sclerotische Kranke gewinnen. Die Wirkung von CO_2-Bädern, bes. ein wenig unterhalb des Indifferenzpunctes, summiert sich aus einer Steigerung der Herzarbeit (durch Aenderung des Gefässtonus) und durch reflectorischen Einfluss auf das Herz selbst, und aus einer durch den Gasgehalt begünstigten reactiven Gefässerweiterung und drückt sich demgemäss in einer gesteigerten und doch erleichterten Abwicklung des Kreislaufs aus. Die Bäder sind gleichzeitig als übende und schonende Methoden anzusehn.

Die Sterblichkeit in Wien im Jahre 1908 betrug 17,57 auf 1000 Einwohner und wies daher gegen das Vorjahr (17,53) eine kleine Erhöhung auf. Die Gesamtzahl der Todesfälle in Wien im Jahre 1908 (bei einer Einwohnerzahl von nicht ganz 2 Millionen) betrug 35511; davon 18334 männliche 17177 weibliche. Von der Gesamtzahl der Verstorbenen entfallen 8320 auf Säuglinge im ersten Lebensjahre, 2803 auf Kinder im 2. bis 5. Lebensjahre, zusammen also 11123 oder fast ein Drittel auf diese beiden niedersten Altersclassen. Gerade diese zeigen auch die grösste Zunahme (847) gegenüber dem Vorjahre, daran reihen sich die höchsten Altersclassen. von 65 aufwärts. Diesem Verhältnisse entspricht auch die Zunahme der Sterbefälle an Masern, Scharlach und Keuchhusten einerseits, an Altersschwäche und Krebs andererseits; sonst zeigen noch die Lungenentzündung und acute Bronchitis eine namhafte Zunahme, dagegen Tuberculose, Genickstarre und Gehirnkrankheiten eine grössere Abnahme. Trotz der seit längerer Zeit anhaltenden Abnahme steht noch immer die Lungentuberculose mit 5564 Todesfällen an der Spitze der Todesursachen in Wien. In der Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Gemeindebezirke zeigt sich eine bedeutende Zunahme gegenüber dem Vorjahre im 14., 12., 10., 11. und 20. Bezirke, die zum grössten Teile in der starken Bevölkerungszunahme dieser Bezirke ihre Ursache hat.

Soeben ist auch der 12. Band des Oesterreichischen Städtebuches für 1905 und 1906 erschienen. Dr. A. Marian (Aussig) bearbeitet die Bevölkerungsbewegung. Die Anzahl der Eheschliessungen bewegte sich zwischen 7 und 11,6 pro mille der Bevölkerung. Diese Verhältniszahlen entsprechen so ziemlich den Verhältniszahlen der Städte Deutschlands. Die niedrigste Heiratsfrequenz hatte im Jahre 1905 Olmütz mit 7,1, die höchste Laibach mit 10,8 pro mille. Ganz ähnlich waren die Verhältnisse im Jahre 1906, in welchem Olmütz mit 7 pro mille in der untersten Stufe stand und Laibach mit 1,6 pro mille die erste Stelle einnahm. Die Haupteheschliessungsmonate waren 1905 der November, und im Jahre 1906 der Februar, was darauf zurückzuführen ist, dass in der Fasten- und Adventzeit katholische Ehen nicht geschlossen werden, so dass sich vor Anbruch dieser Zeiten die Eheschliessungen zusammendrängen. Bei den Geburten zeigt sich die betrübende Erscheinung, dass die Zahl der lebend Geborenen in den österreichischen Städten stetig abnimmt; die niedrigste Geburtziffer wies Olmütz, die höchste Lemberg auf. Die Ziffern schwanken zwischen 20 und 34 pro mille. Das Geburten—maximum fiel in den Jahren 1905 und 1906 auf den Monat März. Bis auf Karlsbad und Iglau zeigt sich ein Ueberwiegen der männlichen Geburten. Die eheliche Fruchtbarkeit war in beiden Berichtsjahren am stärksten in Komotau (3,4 ehelich geborene Kinder auf eine Ehe), am schwächsten in Graz (1,5 ehelich geborene auf eine Ehe). Die grösste Anzahl unehelich geborener Kinder entfiel auf Graz (über 52 pCt. aller Geborenen!); Brünn weist 25,7 pCt. der Geburten als unehelich auf. Die niedrigsten Sterbeziffern weist Bielitz im Jahre 1905 mit 8 pro mille auf. Brünn hatte 1905 eine Sterbeziffer von 17,8 und im Jahre 1903 von 15,7 pro mille. Die grösste Sterbeziffer findet sich 1905 in Triest 26,5 und in Lemberg (26,8). Auch im Jahre 1906 weisen diese Städte die grösste Sterblichkeit auf. In Bezug auf den Geburtenüberschuss ist Reichenberg als einzige Stadt 1905 mit — 1,3 passiv. Iglau hat den geringsten Geburtenüberschuss mit 0,3 pro 1000 Einwohner. Brünn weist einen Geburtenüberschuss von 8,7 pro mille auf, und Bielitz marschiert mit 13,1 an der Tete. Im Jahre 1906 findet sich in Reichenberg ein Geburtenüberschuss von 0,2 pro mille, während Brünn bis auf 10,7 pro mille gestiegen ist. Lemberg hat als erste Stadt 13,4 pro mille erreicht. In Bezug auf die Sterblichkeit der Kinder im 1. Lebensjahre entfallen auf 100 Sterbefälle im Jahre 1905: 19,1 auf Olmütz, und nicht weniger als 49,1 auf Bielitz. Im Jahre 1906 hat wieder Olmütz die geringste Säuglingssterblichkeit mit 16,2, und die Städte Iglau, Aussig, und Komotau die höchste mit 30 bis 39. Nach der Ernährungsweise entfielen von 100 verstorbenen Säuglingen im Jahre 1905: 25,4 eheliche und 22,6 uneheliche Brustkinder, ferner 51,4 eheliche und 49,4 uneheliche, künstlich genährte Kinder. Die Beleuchtungsverhältnisse der Städte zeigt die Erscheinung, dass die Verstadtlichung des Beleuchtungswesens, die etwa um das letzte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts begonnen hat, immer grössere Fortschritte macht, und dass diese Unternehmungen den Städten namhafte Erträgnisse bringen.

Auf dem Gebiete des Spitalwesens steht die Uebernahme des bisher von staatlichen Organen, verwalteten Spitäler: Allgemeines Krankenhaus, Wiedenerspital, Rudolfspital, Franz-Josefspital, Elisabethspital, Stefaniespital, Wilhelminenspital, Sophienspital und Rochusspital, in die Verwaltung des Landes Niederösterreich bevor. Bezüglich des Neubaues des Allg. Krankenhauses werden auf den Gründen der ehemaligen Landesirrenanstalt nur die Universitätskliniken gebaut; die neuen Abteilungen werden im Anschlusse an das Wilhelminenspital gebaut.

Dr. Sofer.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Ministerium des Inneren hat in den Ministerrat einen Gesetzentwurf eingereicht betreffend die Einrichtung der Canalisation und die Umgestaltung der Wasserversorgung St. Petersburgs, welcher im Ministerium auf Grund der Angaben des Ministerrats und der in einer besonderen Beratung desselben mit Hinzuziehung von Gewährsmännern ausgesprochenen Erwägungen ausgearbeitet ist. — Die Einrichtung der Canalisation und verbesserten Wasserversorgung wird durch unmittelbare Verfügung der Regierung mit Beteiligung der St. Petersburger Stadtverwaltung vorgenommen. Zu diesem Zweck wird bei dem Ministerium des Inneren eine Commission gebildet, der ein besonderes technisch-wirtschaftliches Comitee angegliedert ist. Die Beschlüsse der Commission werden von dem Minister des Inneren bestätigt.

— Der Gouverneur des Gouvernements Petersburg besichtigte am 31. Mai die Stadt Schlüsselburg in Begleitung des Gouvernements-Medicinalinspectors, um sich mit dem sanitären Zustand dieser Stadt und den daselbst gegen die Cholera getroffenen Massnahmen bekannt zu machen. Hierbei wurden das Hospital, die Cholerabaracke, wo 2 Kranke lagen, das Ambulatorium und die Fabriken inspiciert.

— Die St. Petersburger Gouvernements-Landschaft hat nach Schlüsselburg eine fliegende Sanitätscolonne abgesandt. In 2 Dörfern an der Neva und an den Ladogacanälen sind Speisehäuser für die Armen und Cholerabaracken eingerichtet.

— In Schlüsselburg ist ein Laboratorium zur bacteriologischen Untersuchung verdächtiger Erkrankungen und des Wassers eingerichtet. Das Verkehrsministerium hat die sanitäre Besichtigung aller durchgehenden Schiffe angeordnet.

— Infolge einer besonderen Petition ist den Juden gestattet, in diesem Jahre während der 2 Saisonmonate in den kaukasischen Curorten des Terek- und Kubangebietes sowie in Anapa zu wohnen.

— Die Feier des 350-jährigen Bestehens der Universität zu Genf soll demnächst in grossartiger Weise vor sich gehen. Bis jetzt haben 190 wissenschaftliche Institute ihre 250 Delegierten zur Teilnahme angemeldet. Es befinden sich darunter Vertreter der Wissenschaft aus allen Teilen der Welt.

— Der V. internationale Congress für medicinische Elektrologie und Radiologie findet vom 13. bis zum 18. September in Barcelona statt.

— Die nächste internationale Conferenz der Vereinigung für Krebsforschung findet Ende September 1910 infolge einer Einladung der französischen Gesellschaft in Paris statt.

— IX. Deutsche ärztliche Studienreise. Die diesjährige IX. Deutsche ärztliche Studienreise beginnt am 3. September d. J. im Anschluss an den Internationalen medicinischen Congress in Budapest und endet am 20. September in Hamburg. Besucht werden Pystian, Trenczin-Teplitz,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Siofok, Balaton-Fuered am Plattensee, Abbazia, Venedig, Genua, von wo aus mit dem fahrplanmässigen Doppel-Schrauben-Reichspostdampfer des Norddeutschen Lloyd «Prinz Ludwig» die Rückreise nach Hamburg über Algier, Gibraltar, Southampton, Antwerpen angetreten wird.

Anfragen sind zu richten an das «Deutsche Centralcomitee für ärztliche Studienreisen» z. Hd. Generalsecretärs Dr. A. Oliven, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4.

— Prof. Dr. Klemperer in Berlin ist zum Director der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Reinickendorf-Rosenthal erwählt.

— Prof. Dr. E. Pflüger in Bonn, der am 7. Juni seinen 80. Geburtstag feierte, wurde aus diesem Anlass das Ehrenbürgerrecht der Stadt Bonn verliehen.

— Dr. Chavannaz ist zum Professor der Gynäkologie in Bordeaux ernannt.

— Dr. Th. C. Janeway ist zum Professor der inneren Medicin am College of Physicians and Surgeons in New-York ernannt.

— Dr. St. Mc-Donald ist zum Professor der Pathologie an der Universität zu Newcastle on Tyne ernannt.

— Docent Dr. E. v. Hibler wurde zum Professor für pathologische Anatomie an der Universität zu Innsbruck ernannt.

— Privatdocent Dr. N. Jancsó ist zum Professor der propädeutischen Klinik in Klausenburg ernannt.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 18. bis zum 24. April 98 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 11. bis zum 24. April 9990 Personen an der Pest und starben 8602. — In Honkong erkrankten vom 21. bis zum 27. März in der Kolonie 5 Chinesen und starben 4. — In Aegypten wurden vom 15. bis zum 21. Mai 14 Erkrankungen und 8 Todesfälle constatiert. — In 18 Dörfern des Sultanats Buchungukirra in Deutsch-Ostafrika wurden im April 80 Todesfälle an Pest registriert. — In Sydney (New-South-Wales) wurden vom 20. März bis zum 17. April 8 Erkrankungen und 1 Todesfall an Pest constatiert. — In Südaustralien kamen im April im Hafen von Adelaide 2 Pesterkrankungen vor, von denen eine tötlich verlief.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 28. Mai	des 29. Mai.	8	1	—	41
» 29. »	» 30. »	11	3	1	48
» 30. »	» 31. »	17	1	—	64
» 31. »	» 1. Juni	9	3	1	69
» 1. Juni	» 2. »	15	2	1	81
» 2. »	» 3. »	22	6	—	96
» 3. »	» 4. »	24	8	1	111

Seit dem Beginn der Epidemie sind 10545 Personen erkrankt, 4070 gestorben und 6364 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 10. zum bis 16. Mai 1909 501 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 34, Typhus exanthem 10, Febris recurrens 56, Pocken 19, Windpocken 5, Masern 149, Scharlach 84, Diphtherie 67, Cholera 2, acut. Magen-Darmkatarrh 12, an anderen Infectionskrankheiten 63.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11425. Darunter Typhus abdominalis 378, Typhus exanth. 41, Febris recurrens 273, Scharlach 139, Masern 116, Diphtherie 153, Pocken 85, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 3, crupöse Pneumonie 170, Tuberculose 515, Influenza 203, Erysipel 99, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 78, Lepra 1, Syphilis 443, venerische Krankheiten 283, acute Erkrankungen 1823, chronische Krankheiten 1602, chirurgische Krankheiten 1388, Geisteskrankheiten 3204, gynäkologische Krankheiten 236, Krankheiten des Wochenbetts 53, verschiedene andere Krankheiten 69.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 855 + 53 Totgeborene + 94 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 13, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 1, Pocken 3, Masern 41, Scharlach 19, Diphtherie 14, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 55, katarrhalische Pneumonie 129, Erysipelas 4, Influenza 15, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 16, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 25, Dysenterie 1, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 34, andere Magen- und Darmerkrankungen 29, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 48, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 254.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Astrachan Dr. F. Martemjanow, geb. 1856, Arzt seit 1883; 2) am 23. Mai in Wjatka der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. W. Swistunow-Swislowskij im Alter von 72 Jahren; 3) in Paris der bekannte Dermatologe Ernst Besnier im Alter von 78 Jahren und 4) der bekannte Neurologe und Psychiater Dr. Bourneville, Arzt der Siechenanstalt Bicêtre bei Paris.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Am Dienstag, den 13. October findet die endgültige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts statt.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

A. Pilz. Verstimmungszustände. Bergmann. Wiesbaden. 1909.
C. Birnbaum. Ueber psychopathische Persönlichkeiten. Bergmann. Wiesbaden. 1909.
F. Hinz. Die Zuckerkrankheit. «Nova vita». Berlin. 1909.
VII. Internationale Tuberculoseconferenz. I. Ver. geg. Tbc. Berlin. Charlottenburg. 1909.
C. v. Noorden. Sammlung klin. Abhandl. über Stoffwechselstörungen. H. 7, u. 8. Hirschwald. Berlin. 1909.
Fischer. Frankf. Zeitschrift für Pathologie. Bd. II. H. 4. Bergmann. Wiesbaden. 1909.
H. Ribbert. Das Wesen der Krankheit. Cohen. Bonn. 1909.
C. Deucke und W. Thorn. Ergebnisse einer Stillstatistik in Magdeburg. Deuticke. Leipzig. 1909.
Keller und Reicher. Fürsorge für uneheliche Kinder. Deuticke. Leipzig. 1909.
P. Lindemann und M. Thiemich. Die städtische Säuglingsfürsorge. Deuticke. Leipzig. 1909.
O. Zuckerkandel. Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. Lehmann. München. 1909.
Schlöss. Leitfaden z. Unterricht f. d. Pflegepersonal an öffentl. Irrenanstalten. Deuticke. Leipzig. 1909.
Villiger. Anleit. zur Präpar. u. zum Studium der Anatomie des Gehirns. Engelmann. Leipzig. 1909.
Birchner-Benner. Grundzüge der Ernährungstherapie auf Grund der Energetik. Salle. Berlin. 1909.
H. Herz. Energie und seelische Richtkräfte. Akadem. Verlagsgesellsch. m. b. H. Leipzig. 1909.
Transactions of The Americ. Pediatric. Society. E. B. Treat & Co. New-York. 1909.
Jossilewsky. Deutsch-Russischer Sprachführer für Aerzte und Pharmaceuten. Thieme—Ricker. Leipzig—Petersburg. 1909.
Müller. Technik der serodiagnostischen Methoden. II. Aufl. G. Fischer. Jena. 1909.
Boas. Grundlinien der therapeutischen Methodik in d. inneren Medicin. G. Thieme. Leipzig. 1909.
Loos. Ursachen der sog. Längerwerdung der Zähne bei fehlend. Antagonisten. Heitz. Strassburg. 1909.
Schlüter. Lehrbuch d. inneren Krankheiten. Deuticke. Leipzig. 1909.
Jankau. Taschenbuch f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankheiten. II. T. Gelsdorf. Eberswalde. 1909.
Ostmann. Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Vogel. Leipzig. 1909.
Dutoit. Generalregister d. ophthalmol. Arbeiten im Correspondenzblatt d. Schweizer Aerzte. Schwabe. Basel. 1909.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 24 St. Petersburg, den 13. (26.) Juni 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Vererbung der Schwindsucht auf Grund der Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln*).

Von
Dr. S. Unterberger.
St. Petersburg.

Wie zu einem Brande ein feuergefährliches Gebäude und Funken gehören, so gehört zur Entstehung der Schwindsucht eine zur Schwindsucht disponierte Lunge und die Tuberkelbacillen. Von der Constitution des Gebäudes hängt ab der Charakter des Brandes, von der Constitution (Disposition) der Lungen der Charakter der Schwindsucht. Mit dem Brande des Gebäudes kann es rasch zu Ende gehen, aber auch langsam, er kann aber auch im Beginn ganz unterdrückt werden. So sehen wir den Schwindsüchtigen zuweilen in wenigen Wochen letal enden, zuweilen mit den Jahren, zuweilen aber auch bald genesen.

Was tun wir, um Brandschaden zu verhüten? Suchen wir etwa in erster Linie nach Mitteln um das Umherfliegen der Funken zu beseitigen? oder suchen wir vor allem festzustellen, von welchem Holz die Funken am gefährlichsten sind? Oder suchen wir feuerfeste Gebäude zu bauen? Wir suchen doch feuerfeste Häuser zu bauen und dann oder nebenbei nach Mitteln, um weniger Funken, verschiedener Qualität, umherfliegen zu lassen.

Was tun wir, um die Schwindsucht einzudämmen? Bei der Schwindsucht glaubt man immer noch im Kampfe mit ihr in erster Linie die Bacillen zu vernichten. Die Bacillen zu vernichten, das scheint das Wichtigste und so entstand die Bacillenfurcht. Diese Bacillenfurcht bei der Bekämpfung der Schwindsucht beherrscht noch immer im hohen Grade die Meinung der Aerzte, beherrscht die Ansichten des Publicums. Die Bacillenfurcht hat schon viel Schaden angerichtet, zu inhumanen Consequenzen Veranlassung gegeben, Phthisiophobie erzeugt. Ein rationeller Kampf mit der Schwindsucht besteht doch in erster Linie in Stärkung des Organismus, d. h. der Lungen, dann werden die Bacillen, — die Funken, — nicht gefährlich für die Menschen.

Ist die Bacillenfurcht überhaupt gerechtfertigt?

Hört etwa der Kampf mit der Schwindsucht in aller Welt sofort auf, wenn wir die Bacillenvernichtung in die zweite Linie stellen? Nicht im Mindesten. Der Kampf mit der Schwindsucht wird in der ganzen Welt dann mit mehr Selbstbewusstsein energisch weiter geführt, weil solch ein Kampf einen rationellen Boden schafft, ins practische Leben selbst greift und Ruhe und nicht Furcht erzeugt, was zu einem erfolgreichen Kampf fraglos notwendig ist.

1) Wie ist die Bacillenfurcht entstanden?
2) Findet sie eine Stütze in den biologischen Forschungen der Neuzeit?
3) Findet sie eine Stütze im practischen Leben?

1. — Wie ist die Bacillenfurcht entstanden?

Nach der Entdeckung des Koch schen Bacillus wurde für die Entstehung der Phthise durch Inhalation der bekannte Teppichversuch Cornets von grossem Einfluss, wobei die meisten Meerschweinchen Tuberkel-Eruptionen in den Lungen aufwiesen, aber keine Schwindsucht. Bald trat Flügge auf mit der Behauptung, dass die Cornetsche Theorie wenig haltbar sei, die meisten ausgespuckten Bacillen seien tot (nach Kitasato 50%), die Schwindsucht verbreitet sich vorherrschend beim Sprechen mit schwindsüchtigen Kranken vermittelst Bacillen enthaltenden Tröpfchen. Nachdem hierauf die ausgezeichneten Forscher sich gegenseitig überzeugend widerlegt hatten durch im wahren Sinne des Wortes „luftreinigende Controversen", trat wiederum ein hervorragender Forscher auf, Behring,

*) Riffel: Die Erblichkeit der Schwindsucht etc. 1890 und 1902.
Schlüter: Die Anlage zur Tuberculose. 1905.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und erklärte, weder die Inhalations- noch die Tröpfchentheorie erkläre die wahre Ursache der Verbreitung der Schwindsucht, sondern die Milch tuberculöser Kühe sei die eigentliche Quelle der Verbreitung und Entstehung der Schwindsucht [1]).

In der Jetztzeit haben alle ein klein wenig beigegeben. Viele Wege führen ja nach Rom. Vor Allem hat sich bei dem Streite erwiesen, dass es zahllose tuberculöse Herde in den Lungen gibt, ohne dass der Mensch an Schwindsucht zu Grunde geht und dass Tuberkeleruptionen ausser in den Lungen, auch in allen anderen Organen des Körpers auftreten können. Mein Thema ist die Pathogenese der Schwindsucht, ein Gebiet, welches das bedeutendste ist in der ganzen Tuberculosefrage. Von 12, die an Tuberculose sterben, sind ja 11, die zur Schwindsucht gehören.

2. — Findet die Bacillenfurcht eine Stütze in den biologischen Forschungen der Neuzeit?

Die Arbeiten von Trousseau, in neuster Zeit von Hueppe, Godstein, Martius und noch vielen anderen zeigen zur Evidenz, dass Bacillen nur da im Organismus eine Krankheit hervorrufen können, wo eine specielle Anlage (Disposition) vorhanden ist und zwar eine angeborene. Ein Funke erzeugt nur da einen Brand, wo ein feuergefährliches Gebäude ist.

Nun kommen die bekannten Embryologen der Neuzeit, Weissmann, Hertwig, Heider, Boveri und viele Andere bei ihren Studien zum Schluss, dass für die Vererbungslehre von Wichtigkeit ist: erstens, dass Samen- und Eizelle zwei gleichartige Bestandteile, die Geschlechtskeime enthalten, in deren Vereinigung das für die Vererbung wichtigste Moment zu erblicken ist: zweitens, dass die Chromosome die Träger der Vererbungssubstanz darstellen [2]); drittens: dass bei der Befruchtung die gleiche Zahl von Chromosomen väterlicher und mütterlicher Provenienz zusammen treten, um den ersten Furchungskern zu bilden, und dass bei der nachfolgenden Ontogenese dieselbe Zahl auf die Nachkommen weiter übertragen wird (das Gesetz der Zahlenconstanz); viertens: dass einzelne Chromosome bald blasser, bald saftiger gefärbt sind, somit qualitativ Unterschiede zeigen.

Durch die Tatsache, dass die gleiche Zahl der Chromosome weiter vererbt wird, kommen wir zum Schluss, dass bei jedem Menschen alle Eigenschaften seiner Vorfahren vorhanden sein müssen; aber nach der Beobachtung der qualitativen Verschiedenheit der Chromosome, — bald schwächer, bald stärker, d. h. latent oder manifest — auftreten. Für die Erscheinungen des Atavismus findet diese Beobachtung eine Erklärung; in einer Generation tritt die Eigenschaft in latenter oder manifester Form auf, um in der nächsten, oder eine Generation überspringend, manifest oder latent zu sein u. s. w. Da die Anlage in der Lunge zur Schwindsucht eine complicierte ist, aus unendlich vielen Componenten (Determinanten) besteht und da dieselben qualitativ stets verschieden sind, so erklärt sich das complicierte Bild der Schwindsucht auf ganz natürliche Weise. Der Bacillus erzeugt dort Schwindsucht, wo er einen günstigen Boden findet. Die Constitutionspathologie stellt somit die Rolle der Heredität bei der Krankheitsentstehung in das rechte Licht. Dabei müssen wir stets im Auge behalten, dass ererbt nur das ist, was aus den Chromosomen der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt. Angeboren (congenital) ist alles, was ein Kind mit auf die Welt bringt. Intrauterine Erwerbungen: Tuberkelbacillen, Pocken, Scharlach, sind somit als angeboren, nicht als ererbt zu bezeichnen. Dass ein Spermatozoide oder Ovulum durch T.bacillen inficiert, noch zu existieren imstande ist, geschweige denn fortpflanzungsfähig wäre, daran glaubt nun Niemand mehr [1]).

3. — Findet die Bacillenfurcht eine Stütze im practischen Leben?

Unsere Zeit liebt in mancher Hinsicht das Superlative, und so gilt die Schwindsucht im Hinblick auf die ungeheure Verbreitung ihres Erregers heutzutage als eine sehr ansteckende Krankheit par excellence. Der Schwindsüchtige wird vielfach, nicht viel anders betrachtet als ein Pestkranker. Der Kampf gegen Schwindsucht wird fast zu einem Kampf gegen die Schwindsüchtigen.

Was sagt uns da die practische Erfahrung?

Cornet führte als Beweis für die übergrosse Ansteckung der Schwindsucht die grosse Sterblichkeit der katholischen Krankenpflegerinnenorden an. Gegen den Wert dieser Statistik wird mit Recht eingewendet, dass doch keineswegs alle diese Schwestern gerade Schwindsüchtige zu pflegen hatten; zweitens, dass sie vor ihrem Eintritt in den Orden nicht auf ihren Lungenbefund untersucht worden waren. Die Ergebnisse Cornets sind nun durch andere Statistiken nicht bestätigt worden (Fürbringer, Haupt, Guttmann, Ewald, Aufrecht, Weicker, William u. a.). Auch die Meinung, dass grössere Sorgfalt in der Beseitigung des Auswurfs des Kranken die geringere Zahl der Ansteckung erkläre, ist nicht stichhaltig. Die Statistik des Brompton Hospital for consumption in London aus der Zeit vor Entdeckung des Tuberkelbacillus (1878), wo diese Sorgfalt nicht gross war, weil man eine Gefahr nicht annahm, ergibt keinen Anhalt für eine Gefährdung des Personals. Bei der Verpflegung von 15262 Schwindsüchtigen während beinahe 20 Jahren kam unter den gesunden Aerzten (59), Wärtern und Wärterinnen kein einziger Fall von Lungenschwindsucht vor! Und war die Ansteckungsgefahr bei der Art der Pflegetätigkeit am Bette schwer kranker Schwindsüchtiger (Gefahr der Tröpfchentheorie) zu vermeiden? Wäre die Gefahr irgendwie erheblich, so müsste die Erkrankung an Schwindsucht beim Pflegepersonal und namentlich bei Lungen- und Halsärzten etwas Alltägliches sein.

Als eclatantes Beispiel führt Riffel eine Wohnung an, welche eine Familie K. über 30 Jahre inne hatte und in welcher von 1846—1857 ausser einer Anzahl Kinder fünf erwachsene Personen an exquisiter lange dauernder Schwindsucht gestorben waren und die sofort nach dem 1857 erfolgten Tode der letzten schwindsüchtigen Person, von einer zahlreichen Familie bezogen wurde, ohne dass auch nur ein Spur von Desinfection vorgenommen wurde. Die Familie wohnt heute noch (1890) in derselben, an Schwindsucht ist aber seitdem Niemand mehr in dem Hause gestorben.

In Sanatorien und in ihrer Umgebung ist unter der Bevölkerung nirgends Ansteckung mit Schwindsucht beobachtet worden.

Bei der Ehe müsste die Ansteckung eine ganz besonders grosse sein, und doch beträgt nach Meissen die Ansteckung nur etwa 3 % d. h. in 3 % ist kein anderer Grund zu finden möglich gewesen. Ahnentafeln existierten nicht.

[1]) Anmerkung. Die Sterblichkeit an Darmtuberculose in Ländern, wo die Kinder mit Muttermilch aufgezogen werden, wie in der Türkei, Aegypten, Canada, Japan, Süd-Afrika, u. a. L., ist nicht geringer, als in Ländern, wo die Kinder nur Kuhmilch erhalten.

[2]) Anmerkung. Mehr weniger ist jeder Mensch schliesslich zur Schwindsucht disponiert.

[1]) Cf. S. Unterberger. Die Vererbung in der Schwindsuchtsfrage. St. Petersburger Med. Wochenschrift. 1909, Nr. 12. Hier findet sich die ganze Literatur.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die auffallende Abnahme der Schwindsucht in London und Deutschland hat vor der Bacillenentdeckung angefangen. Strenge Assanierung, strenge Massregeln zur Hebung der Wohnungshygiene, die Hautcultur (Volksbäder) sind die wahren Ursachen gewesen, aber nicht Spuckverbote, die leicht angeschlagen, aber schwer im practischen Leben durchführbar sind. Wer die wirklichen Verhältnisse des Lebens kennt, wird doch zugeben müssen, dass die wohlgemeinten Bestrebungen zur Beseitigung der Tuberkelbacillen trotz obrigkeitlicher Unterstützung einen durchgreifenden Erfolg noch lange nicht gehabt haben, auch schwerlich haben werden; sie scheitern, wie Meissen richtig bemerkt, an der Trägheit und dem Unverstand der Massen. Trotz Spucknäpfe, klagen die Inspectore der Fabriken, wird immer weiter nebenbei gespuckt.

Die Meinung, dass es Schwindsuchtshäuser gebe, d. h. solche, deren Bewohner meist an Schwindsucht erkranken, ist unzweifelhaft richtig in dem Sinne, dass feuchte, schlecht ventilierte, dunkle Wohnungen zur Schwindsucht disponierte Individuen der Gefahr der Schwindsucht näher rücken. Unter den etwa 240 Häusern (Dorf Ruttenheim) finden wir bei Riffel 70, in denen je ein Schwindsüchtiger vorgekommen, wo aber späterhin kein Fall unter den späteren Bewohnern von Schwindsucht gewesen; dabei ist bei Umzügen keine besondere Reinlichkeit, geschweige Desinfection, vorgenommen worden. In 24 Fällen kam mehr als ein Todesfall an Schwindsucht vor. Da in einem Hause aber 2 bis 3 Wohnungen gewesen, so kommt höchstens die Hälfte der Fälle auf die 24 Häuser. Man muss aber im Auge behalten, dass ebenso wie die Schwindsucht auch die Häuser erblich übertragen werden; die Schwindsucht bleibt in der Familie, aber die Häuser auch. Die Gefahr, die Wohnung eines Schwindsüchtigen zu beziehen, ist also nicht gross gewesen.

Die Ubiquität der Tuberkelbacillen, — vom epidemiologischen Standpuncte betrachtet, — erzeugt eine Masse von Infectionsherden in den Lungen, aber nicht immer Schwindsucht; dieselbe entsteht aber ja nur da, wo die Bedingungen d. h. Anlage vorhanden. Nach Naegele, Burkhardt, Lubarsch, Bugge, Franz u. a. hat jeder Mensch nach dem 30. Jahre Reste von stattgefundener Infection mit Tuberkelbacillen. Es sterben somit weit mehr Menschen mit Tuberculose, als an Tuberculose.

Aus dem practischen Leben sind die wertvollen Arbeiten von Riffel entstanden, die eine deutliche Sprache sprechen gegen die grosse Bacillenfurcht. Riffel hat kleine Ortschaften zum Gegenstande seiner Studien gewählt und eine Zusammenstellung der Todesursache bei den Einwohnern durch mehrere Generationen in der Ascendenz in mühevoller Weise zusammengebracht. Schlüter hat unter den Auspizen von Prof. Martius aus dem reichen Material Ahnentafeln von einzelnen Familien zusammengestellt, die die biologischen Forschungen in anschaulicher Form erläutern. Vergegenwärtigen wir uns zuerst das Leben und Treiben in diesen Ortschaften. Riffel schreibt:

„Die Wohnungen der Landbevölkerung sind in der Regel so beschaffen, dass selten mehr als 8—10 Cubm. Wohn- und Schlafraum auf die Person kommen, sehr oft aber weniger. In einer solchen Wohnung werden nun gewöhnlich mit Beginn des Herbstes alle möglichen landwirtschaftlichen Arbeiten verrichtet, oft bis tief in die Nacht hinein, worauf die Leute, ohne sich viel um Ventilation zu kümmern, in demselben Raume zu Bette gehen. Spucknäpfe sind den Meisten ein unbekanntes und unbequemes Ding. Sie speien auf den Boden oder in eine Ecke und zertreten das Sputum, unbekümmert, ob es von einem Schwindsüchtigen stammt oder nicht, mit ihrem Schuhwerke. Kurz, eine solche Wohnung ist das reinste Brutnest für pathogene Pilze. Ganz gleich, wie mit den Wohnungen Schwindsüchtiger, verhält es sich auch mit den Gebrauchsgegenständen derselben. Die Kleider gebrauchen andere ohne Weiteres. Die Betten hängen die Leute falls sie dieselben überhaupt längere Zeit entbehren können, ein paar Tage in die Sonne oder auf den Speicher, versehen sie dann mit einem frischen Ueberzuge und legen sich sofort wieder hinein".

Weiter schreibt er: „X., erblich belastet, über 15 Jahre schwindsüchtig, hatte wie so viele andere, die unschöne Gewohnheit auf den Zimmerboden zu spucken und das Sputum dann mit dem Schuhwerke zu zertreten. Wenn nun seine Frau, die auch während seiner Krankheit das Bett mit ihm teilen und sich des Nachts von ihm anhauchen und anhusten und anschwitzen lassen musste, des Morgens aufstand, so war eines ihrer ersten Geschäfte, dass sie das Zimmer auskehrte und angesichts dessen, was in einem solchen von armen Leuten bewohnten Zimmer alles vorgenommen wird, dabei einen nicht geringen Staub aufwirbelte, der dann von ihr und einem halben Dutzend kleiner Kinder mit vollen Zügen eingeatmet wurde. Aber noch mehr. Diesen Staub, der sich natürlich alsbald wieder von Neuem auf dem Boden und auf den Möbeln und an den Wänden festsetzte, hat die Frau nicht etwa fein säuberlich mit einem feuchten Tuche wieder abgewischt und desinficiert. Nein, dafür hatte sie kein Verständnis und dazu hatte sie namentlich keine Zeit. Denn nach dieser Arbeit musste sie machen, dass sie in ihr Geschäft kam, um etwas zum Unterhalt ihres kranken Mannes und ihrer Kinder, die sich tagsüber auf dem staubigen Boden und auf den staubigen Möbeln herumtrieben und gelegentlich auch ihre beschmutzten Finger in die Nase und in den Mund steckten, zu verdienen. Und was ist das Resultat nicht dieses einzigen, sondern dieser Tausende von Einzelexperimenten, die im Verlaufe von vielen Jahren alltäglich mit denselben Menschen ausgeführt wurden? Das Resultat dieser Experimente ist, dass die Frau jetzt, nachdem ihr Mann bereits drei Jahre tot ist, noch ganz wohl sich befindet, ganz gut aussieht und nach wie vor ihren Geschäften nachgeht. Aber auch ihre 9 Kinder sind gesund. Nicht einmal skrophulös ist eines geworden. Solche Experimente haben nun auch noch den grossen Vorzug vor den Cornetschen Tierexperimenten, dass jedermann die Resultate mit blossem Auge sehen, mit Händen greifen und ganz genau unterscheiden kann! . . ."

Erläuterung zu den Ahnentafeln:

Tafel I. In der ganzen, schon recht vollständigen Ahnentafel, die nahezu 62 Ahnen umfasst, ist kein Fall von Schwindsucht, also keine phthisische Belastung der Familie Josef Weick. Diese Familie ist nun einer Infection stark exponiert und wird einer öfteren Infection schwerlich entgangen sein. Trotzdem blieb die nichtbelastete Familie gesund.

Tafel II. In der Ahnentafel der Geschwister Schlindwein (fünf Generationen vollständig, in der sechsten nur ein Ahnenpaar) kann man die tuberculöse Belastung zurückführen auf das Ehepaar Völcker und Walburger-Schlindwein. Auf dieses Ehepaar lässt sich in verschiedenen anderen Ahnentafeln jetzt lebender Bewohner des Ortes die Belastung zurückverfolgen.

Tafel III. Verfolgt man die Belastung des 1890 an Phthisis gestorbenen Mädchens, so trifft man in der sechsten Generation wieder auf Völcker und Walburger-Schlindwein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Blick auf die drei angeführten Ahnentafeln erlaubt uns den Schluss zu ziehen, dass die grosse Bacillenfurcht bei der Pathogenese der Schwindsucht nicht begründet ist. Wir sehen, wie durch Generationen die Verbreitung der Schwindsucht unter den Eheleuten nur vereinzelt vorzukommen scheint, wie die angehäufte Anlage im Individuum das Massgebende ist bei der Entstehung der Schwindsucht (Tafel I und II). Ein ganz prägnantes Bild stellt die Familie (Tafel III) vor, wo durch 6 Generationen in demselben verseuchten Orte, wie die Familien in Tafel I und II vollkommen verschont geblieben!

Hippocrates hatte bis zu einem gewissen Grade Recht wenn er sagte: Der Phthisiker stammt ab vom Phthisiker.

Natürlich müssen wir im Kampfe mit der Schwindsucht die Bacillen vernichten, wo wir ihrer habhaft werden, aber der Kampf soll nicht bestehen in erster Linie im Vernichten der Tuberkelbacillen, die wir nie aus der Welt schaffen können, ebenso wie die Funken, die die Brandschäden anrichten. Stärkung des Organismus, das ist es, was wir im Kampfe auf unser Panier setzen müssen, und den Erfolg in dieser Richtung sehen wir bereits und sind auch in Zukunft seiner sicher.

Grosse Sanatorien ist das Ideal für die Schwindsüchtigen, aber wo sie herkriegen für alle Menschen und wo die Möglichkeit haben, sie für alle Menschen aufzusuchen?

Leichter im Leben durchführbar sind gewiss die Dispensaires antituberculeux, wo Damen-Comités sich bilden, die die Kranken in ihren Wohnungen aufsuchen. Durch Verteilung von Heizmaterial schaffen sie ihnen frische Luft für die Lungen; durch Bäder (Volksbäder) und reine Kleidungsstücke fördern sie die so wichtige Hautpflege und durch Darreichung billiger und gesunder Nahrung (Volksküchen) stärken sie den Organismus.

Sowohl Sanatorien, als auch Dispensaires streben dahin, dass schon unsere Kinderstuben in eine Art Haus-Sanatorien verwandelt werden. (Volkswohnungen).

Ueber Zellparasiten bei Trachom.

Nachtrag zu dem Artikel «Ueber Zellparasiten und Zellveränderungen bei Trachom (St. Petersb. med. Wochenschrift. 1909. Nr. 19).

Von

Dr. H. von Krüdener.

Seit Abschluss meiner letzten Untersuchungen habe ich wieder eine grössere Anzahl von Trachomfällen mikroskopisch analysiert. Die Ergebnisse waren ziemlich dieselben wie früher. Die Prowazekschen Trachomkörper fand ich in zwölf Fällen; bei einzelnen in wenigen Exemplaren, bei 4 Patienten nahezu in jeder Zelle. Die Körper lagen mehrfach im Protoplasma, vom Kern durch einen zarten Saum geschieden, öfters auch direct am Kern. Ihre Zahl betrug ein bis zwei in einer Zelle, einmal habe ich fünf gezählt, einige Mal vier, des öftern sah ich drei in einer Zelle. Die schwache Vergrösserung zeigt sich auch hier als Geheimnis des Mikroskops. Schon bei einer Vergrösserung von drei- bis vierhundert lässt sich die Diagnose Trachom bei Vorhandensein der Conglomeratgebilde sicher stellen. Die Körnchen können nur mit Immersionslinsen gesehen werden und liegen in den Epithelien, den Leukocythen und dem Secret. Die Körper besitzen, wie es scheint, tatsächlich eine Hülle, stärkere Berührungen bringen sie zum Bersten. Medicamentöse Behandlung scheint sie wenig zu beeinflussen, aber jeder mechanische Eingriff, wie Abreiben der Conjunctiva mittelst Wattebausch, zerstört sie, jedoch ein bis zwei Tage nachher treten sie wieder auf. Etwa vier Wochen nach Ausbruch der Krankheit vermag das Auge des Geübten nur noch die Körnchen zu erkennen, aber den Epithelzellen sieht man an, dass sie krank sind, ebenso den Kernen. Von den beigegebenen Figuren zeigt 1. zwei Trachomkörper am Kerne einer Epithelzelle, im Kern liegen zwei Kernkörperchen. Die Trachomkörnchen sind hier noch nicht ausgebildet, wenigstens nicht sichtbar. In Figur 2. sehen wir drei Trachomkörperchen im Protoplasma einer Epithelzelle, eines davon, das grösste schon in centraler Auflösung begriffen und die Körnchen hier im Centrum schon sichtbar. In Figur 3 ist die Körnchenbildung schon vorgeschritten; neben der Zelle liegt ein Leukocyt. Figur 4. veranschaulicht in exquisiter Weise die Bildung der Trachomkörnchen. Eine Epithelzelle mit grossem Kern und zwei Kernkörperchen weisen hart am Kern einen lichten Halbmond auf, der mit feinsten Kernchen, den Trachomerregern gefüllt ist: An der einen Seite hat das Chlamydozoon seine Hülle eingebüsst, an der geplatzten Stelle treten die kleinen Coccen aus. Gezeichnet von Herrn Dr. G. Weidenbaum. Homogen-Immersion $^1/_{12}$ Compensations-Ocular 8.

Fig. 1. Eine Epithelzelle der Conjunctiva bei Trachom 5 Tage nach Beginn der Erkrankung. Der Zellkern ist rosa und enthält 2 runde blaue Kernkörperchen. Das Protoplasma ist lichtblau. Im Protoplasma dicht am Kern liegen 2 Trachomkörper, der eine abgeplattet, der andere rund. In letzteren sieht man distincte Partien, welche Reactionsproducte des Protoplasma darstellen. Die eigentlichen punctförmigen Trachomerreger sind noch nicht sichtbar, die Trachomkörper sind dunkelblau punctiert, der Epithelzelle liegt ein Leukocyt an, Kern violet, Protoplasma nur angedeutet. Azurfärbung 6 Stunden, Vergrösserung 1040.

Fig. 2. In einer Epithelzelle liegen 3 blaue Trachomkörper. Der grösste von ihnen beginnt sich im Centrum aufzuhellen, in ihm sind schon die Trachomkörnchen deutlich sichtbar, der Körper liegt am Protoplasmarande und wird in den nächsten Tagen seinen ganzen Inhalt nach aussen entleeren.

Fig. 3. Im lichtblauen Protoplasma dicht am rosa Kern liegt ein schön ausgebildeter blau punctierter Trachomkörper. Die blauen punctförmigen Trachomparasiten sind vielfach paarig angeordnet und von einem weissen Saum umgeben.

Fig. 4. Die Epithelzelle, welche wohl früher eine cylinderförmige Gestalt hatte, ist teilweise gebläht, balloniert. Am rosa Kern ist ein lichter mondförmiger breiter Hof zu sehen, welcher mit punctförmigen blauen Einzel- und Doppelelementen ausgefüllt ist. An der einen Seite ist der Mantel des Trachomkörpers vollständig durchbrochen und die kleinen, unter Immersion deutlich sichtbaren Trachomerreger fluten in das Secret. Bleibt diese Zelle noch am Mutterboden, so hat sie nach 1—2 Tagen ihr Protoplasma gänzlich verloren und der Kern würde frei im Secret liegen. Etwa 14-ter Tag der Erkrankung.

Literatur.

Dr. Clausen: Untersuchungen über Entstehung und Entwickelung des Trachoms. Klinisches Jahrbuch. 1908. Dr. C. di Santo: Die Darstellung der Trachomkörperchen im Schnitt und in der Tiefe des Gewebes. Arch. f. Aug. 1908. Dr. S. Mijaschita: Ueber die sogenannten Trachomkörperchen. Klin. Monatsbl. 1908. Dr. E. Herford: Bei-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

träge zur Trachomforschung. Klin. Monatsbl. 1909. Prof. Dr. Greeff: Die Erreger des Trachoms. Deutsche Med. Wochenschrift. 1909. Nr. 12. Dr. Stargardt: Demonstration von Trachompräparaten. Bericht der 25. Ophthalmol. Gesell. zu Heidelberg. 1908.

Referate.

Prof. H. Hering: Ueber den normalen Ausgangspunct der Herztätigkeit und seine Aenderung unter pathologischen Umständen. (Münch. med. W. Nr. 17).

Auf Grund seiner Versuche am Säugetierherzen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

Der normale Ausgangspunct der Herztätigkeit liegt an der Einmündungsstelle der Cava superior in den rechten Vorhof im Gebiete des vorderen Abschnittes des Sulcus terminalis, in welcher Gegend ein anatomisch besonders charakterisierter Knoten primitiver Muskelfasern von Keith und Flack gefunden worden ist.

Ausser vom Keith-Flackschen Knoten gehen auriculäre Ursprungsreize auch von der Gegend des Tawaraschen Knotens (Einmündungsstelle der Cava inferior) aus Den in dieser Gegend zu beobachtenden Pulsationen folgen die Kammersystolen in einem merkbaren Intervall, welches jedoch kleiner ist, als wenn die Pulsationen vom Keith-Flackschen Knoten ausgehen. Der Entwickelungsort der heterotogenen Ursprungsreize, d. h. jener Ursprungsreize, welche sich nicht in der Gegend des Keith-Flackschen Knotens bilden, erstreckt sich wahrscheinlich von der Gegend des Tawaraschen Knotens bis zu den Endigungen des Atrioventricularbündels in den Kammern. Beim Pulsus irregularis perpetans entwickeln sich die Ursprungsreize vielleicht in der Gegend des Tawaraschen Knotens. Die in Fällen von paroxysmaler Tachycardie zu beobachtende atrioventriculäre Herztätigkeit verdankt wahrscheinlich ihre Entstehung einer Ueberproduction von Reizen in der Atrioventriculargegend des Uebergangsbündels.

Die bei der Kammerautomatie sich entwickelnden ventriculären Ursprungsreize entstehen in dem Kammerabschnitt des Bündelsystems.

C. Handwerck: Adams-Stokescher Symptomencomplex-Gumma des Vorhofsseptum. (Münchener med. W. Nr. 18).

Bei einer 35-jährigen Frau, die 3/4 Jahre an Herzbeschwerden und Schwindel litt, beobachtete Verfasser die 3 Cardinalsymptome der Adams-Stokeschen Krankheit: Bradycardie (36—42 Pulse), Dysrythmie der Vorhöfe und Kammern, epileptoide Anfälle. Am Herzen liess sich eine Insufficienz der Aortenklappen, vielleicht mit Stenose des Ostium aortae feststellen. Aetiologisch war mit grösster Wahrscheinlichkeit eine syphilitische Erkrankung des Anfangsteiles der Aorta anzunehmen. Es lag daher die Vermutung nahe, dass auch das His'sche Bündel, das von der Hinterwand des rechten Vorhofs zum Kammerseptum verläuft, afficiert war. Nach 8 Tagen starb Patientin. Bei der Section ergab sich, dass ein ausgedehnter gummöser Process in der Gegend des His'schen Bündels durch Uebergreifen auf die hintere Wand der Aorta und Spannung ihrer Valvula posterior zu einer Aorteninsufficienz geführt hatte. Luetische Aortitis.

Weyert.

St. Szurek. Ueber den therapeutischen Wert des Marmorekschen Antituberculoseserums. (Przeglad lekarski. 1909. NNr. 16, 17, 18).

Sz. hat mit Marmoreks Serum 16 tuberculöse Patienten in der medicinischen Klinik der Jagellonischen Universität behandelt. Von den 16 Patienten waren 12 Lungentuberculöse II und III Grades, in 3 Fällen handelte es sich um Tuberculose der Lymphdrüsen (darunter 2 mit Affection der Lungenspitzen) und in 1 Falle — um Lupus vulgaris. Das Serum wurde anfangs subcutan, später fast ausschliesslich per rectum angewandt. Sonstige Arzneimittel blieben während der Behandlung mit Serum, bis auf einige Ausnahmsfälle, ausgeschlossen. Fiebernden Patienten wurde absolute Bettruhe verordnet. Nach Möglichkeit wurde für gute Luft und reichliche Verpflegung der Kranken Sorge getragen. Verf. konnte in keinem einzigen Falle eine augenfällige günstige Wirkung des Marmorekschen Serums constatieren. Von den 12 Lungentuberculösen starben 4, in einem Falle trat Verschlimmerung des Zustandes ein, unverändert blieb der Zustand in zwei Fällen; eine Pat. unterbrach die Cur bald nach Beginn derselben. Einige Besserung war nur in 4 Fällen zu vermerken, doch war diese Besserung in 2-en dieser Fälle nur von kurzer Dauer, und die Pat. starben bald nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Was die übrigen 2 Fälle betrifft, so ist Sz. geneigt die Besserung des Zustandes der Patienten nicht sowohl der Heilwirkung des Serums zuzuschreiben, als vielmehr den günstigen hygienischen Bedingungen, in denen sich die Kranken während der Behandlungszeit befanden. Bessere Erfolge wurden bei den Pat. mit Lymphdrüsentuberculose erzielt. Das Serum wurde in allen diesen Fällen per rectum angewandt und hatte eine Rückbildung der tuberculös veränderten Drüsen zur Folge; bei den 2 Kranken mit initialer Affection der Lungenspitzen besserte sich auch der Allgemeizustand; doch blieben die Drüsen auch nach Abschluss der Behandlung mehr oder weniger vergrössert. In dem Falle von Lupus vulgaris (lupöse Ulcera an den Extremitäten) wurde das Marmoreksche Serum im Laufe von 4 Wochen subcutan angewandt und zugleich eine Salbe aus Lanolin und Serum ((2:1) local appliciert. Nach einiger Zeit war an den kleineren Ulcerationen eine Neigung zum Vernarben zu beobachten, doch gelang es nicht, eine vollständige Verheilung zu erzielen. Die grösseren Ulcera blieben während der ganzen Behandlungszeit fast unverändert.

Sz. kommt zu dem Schlusse, dass das Marmoreksche Serum in der Tat eine gewisse specifische antituberculöse Wirkung besitze; doch sei diese Wirkung zu gering, um einigermassen vorgeschrittene Processe zum Stillstand, geschweige denn zum Heilen zu bringen. Irgend welche gefährliche Nebenwirkung besitze das Serum nicht.

E. Wein. Ueber die Behandlung tuberculöser Erkrankungsformen mit Marmoreks Serum. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung. 1909. NNr. 9 und 10).

W. behandelt seit 15 Monaten tuberculöse Erkrankungsformen mit Marmoreks Serum und hat seine diesbezüglichen Erfahrungen in verschiedenen medicinischen Blättern veröffentlicht. Im vorliegenden Artikel legt Verf. seine Ansicht über die Wirkung des Marmorek-Serums dar und gibt die Indicationsstellung für die Behandlung mit demselben. Die äusserst widersprechenden Meinungen bezüglich der Heilkraft des genannten Serums erklärt W. eben dadurch, dass von einer Indicationsstellung für die in Rede stehende Behandlung bisher überhaupt kaum die Frage aufgeworfen worden ist und die meisten Beobachter ihre Tuberculösen ohne Auswahl und Kritik schablonenmässig der Marmorek-Serum-Therapie unterwarfen.

Das Marmorek-Serum sei ein rein passives Serum, das nur die producierten Toxine neutralisiere, also den Organismus entgifte, wobei in erster Linie die im Blute circulierenden Toxine neutralisiert werden; es werde also durch das M.-S. zuerst die allgemeine Toxämie behoben. «Erst wenn keine kreisenden Toxine mehr vorhanden sind, können die im Serum enthaltenen Antitoxine an die Toxine der tuberculösen Läsion herantreten». Die durch das Marmorek-Serum entgifteten Gewebe erhalten nach W. die Fähigkeit derart zu reagieren, dass der tuberculöse Process «abgedämmt» und einer Heilung entgegengeführt werde. Diese Reaction nennt er automatische Reaction und führt dieselbe auf eine biologische Betätigung der Gewebe zurück, im Gegensatz zur specifischen Reaction, die einen pathologischen Vorgang bedeute (Bildung von schwammigen Granulationen, Tuberkeln und dergl.). Diese der allgemeinen Entgiftung automatisch folgende reactive Entzündung der erkrankten Gewebe sei nur bestimmend für das weitere Vorgehen bei der Behandlung mit Marmorek-Serum. Ist die Entgiftung zustande gebracht, die Infection abgedämmt, sagt W., «so sollen krankhafte Gewebe ausgewechselt werden; ist schon Gewebstod eingetreten, muss das Tote abgestossen und ersetzt werden».

Lägen nun die Erkrankungsherde bei der Tuberculose immer an der Oberfläche, wie bei der Diphtherie, so könnte die Behandlung mit Marmoreks Serum ebenso schematisch durchgeführt werden, wie mit dem Antidiphtherieserum, welches ja auch ein passives Serum sei; d. h. das M.-S. müsste so lange angewendet werden, bis die locale Entgiftung an der Läsionsstelle eingetreten und die automatische Reaction zustande gekommen wäre. Da es aber bei der Tuberculose oft wesentlich anders stehe, als bei der Diphtherie, was die Localisation des Krankheitsherdes betrifft, so müsse bei der M.-S. Behandlung in jedem einzelnen Falle streng individualisiert werden. Es gebe eine ganze Reihe tuberculöser Krankheitsformen, die der Heilung nicht zugeführt werden könnten, so vor allen Dingen Lungenerkrankungen mit vorgeschrittenen und disseminierten Destructionen, ferner solche Fälle, in denen die Krankheitsherde infolge ihrer Localisation spontan nicht abheilen können und denen man auf chirurgischem Wege nicht beikommen kann. In all diesen Fällen würde die Anwendung des Marmorek-Serums nach vollkommener Entgiftung (Beseitigung der Toxämie) Schaden bringen; sie würde zu reactiven Entzündungsvorgängen führen, welchen die Bedingungen für Heilung fehlten und auch künstlich nicht hergestellt werden könnten. Die Erscheinungen der allgemeinen Toxämie von den

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Symptomen einer localen Reaction unterscheiden — lehre die genaue klinische Beobachtung.

Die für die Behandlung mit Marmoreks Serum geeignetsten Fälle seien die nicht seit lange bestehenden Erkrankungsformen und darunter wieder diejenigen, bei welchen die tuberculöse Toxämie in den Vordergrund trete. Hierher rechnet W. auch die sogenannten prätuberculösen Zustände, wie häufig Anämie und Chlorose, Arthralgien, Polyarthritiden mit torpidem Verlauf, Halsdrüsenaffectionen, torpide Bronchitiden und dergl.. Diese Erkrankungen seien eben die Symptome des Kampfes, welchen der Organismus gegen die Invasion der Tuberkelbacillen auskämpfe. Verf. sagt: «Wir sind bisher dem Organismus nicht beigesprungen, wenn er mit der Vollkraft seiner biologischen Abwehr kämpfte, sondern erst wenn er geschwächt in einzelnen Puncten der Infection unterlegen war. Dies zu ändern ist Aufgabe der antitoxischen Therapie mittels Marmorek Serum».

Die Resultate der M.-Serumtherapie sind nach W.'s Meinung nach vollendeter Genesung mittels Tuberculinbehandlung zu sichern.

Von vorgeschritteneren Fällen tuberculöser Erkrankungen eignen sich nach W. besonders diejenigen für die M.-Serumtherapie, bei denen die Heilungsbestrebungen des Organismus auch chirurgisch entsprechend unterstützt werden können.

Die Schranken eines Referates gestatten es die Ansichten W's. über die Behandlung mit Marmorek-Serum hier nur in den Grundzügen wiederzugeben. Was die äusserst interessanten Details der Ausführungen W's. betrifft, so muss auf das Original verwiesen werden. W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Sigm. Freud: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Zweite Folge. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 1909. 206 Seiten. Preis 5 Mark.

Das Buch enthält zehn Artikel, welche die Anwendung der psychoanalytischen Methode des Verf. auf verschiedenen Gebieten dartun. Besonders für das Verständnis der Hysterie bietet die Psychoanalyse grosse Vorteile, wie das aus den auf diese Neurose bezüglichen Artikeln hervorgeht: I. Bruchstück einer Hysterieanalyse. V. Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität. VI. Allgemeines über den hysterischen Anfall. X. Der Dichter und das Phantasieren. — Die Artikel VII. Zur sexuellen Aufklärung der Kinder, und VIII. Ueber infantile Sexualtheorien bieten für Eltern, Erzieher und Lehrer wertvolle Beiträge zur Kinderpsychologie und zur jetzt brennend gewordenen Frage über die sexuelle Aufklärung der Kinder. Michelson.

Biographisches Album des Vereins St. Petersburger Aerzte 1859—1909. Herausgegeben zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins 31. März 1909. St. Petersburg. 1909.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass man die Abfassung eins biographischen Sammelwerkes zu den schwierigsten und undankbarsten Aufgaben rechnen muss. Mit wieviel Geduld und Ausdauer muss man immer wieder vergebens auf eine Beantwortung der Anfragen warten und wieviel Zeit und Mühe erfordert die Sichtung des Quellenmaterials. — Dass auch die Verfasser des vorliegenden Werkes unter ähnlichen Umständen haben arbeiten müssen, geht aus der Einleitung hervor. Wenn sie aber ungeachtet dieser verschiedenen Hindernisse dennoch ein so schönes Werk haben schaffen können, so gereicht ihnen dieses zur Ehre und wir, die wir als Leser mühelos diesen oder jenen Lebenslauf uns heraussuchen können, wir wollen es nicht versäumen, den Herren unseres Vereins, die sich bereitwilligst in den Dienst der guten Sache gestellt haben, unseren besten Dank zu sagen!

In klarem übersichtlichen Druck bietet das Album folgenden Inhalt: Zunächst gibt es ein chronologisches Verzeichnis der Ehrenmitglieder und Mitglieder des Vereins, dem sich ein Verzeichnis der Besetzung der Vereinsämter von 1859—1909 anschliesst. Im weiteren folgt in alphabetischer Reihenfolge ein Verzeichnis der jetzigen, verstorbenen und ehemaligen Mitglieder. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass die Anordnung des Materials ausserordentlich übersichtlich und klar getroffen worden ist. In kleiner Schrift ist das Aufnahmedatum und die etwaige Bekleidung von Vereinsämtern angegeben. Bei den Ausgetretenen ist das Austrittsdatum fortgefallen. Die Quellenangaben sind am Schluss jeder Biographie angegeben. Es ist im Interesse der Vollständigkeit dieses schönen Werkes zu bedauern, dass die Herausgeber auf bibliographische Angaben verzichtet haben. Es muss zugegeben werden, dass eine absolut vollständige Berücksichtigung der wissenschaftlichen Arbeiten eines jeden einzelnen natürlich kaum möglich ist und auch nie verlangt werden kann. Es wäre aber vielleicht möglich gewesen, das, was in Erfahrung gebracht werden konnte, auch zu bieten. Es ist dieses, namentlich bei Benutzung der grösseren historisch-medicinischen Quellenwerke (wie Hirsch, Smejew, Petrow, Wengerow u. a.), in einem gewissen Rahmen immerhin ausführbar.

Zum Schluss wünschen wir dem vorliegenden Album eine möglichst weite Verbreitung und hoffen, dass es als Beitrag zur Personalgeschichte der Aerzteschaft St. Petersburgs auch weiteren Kreisen eine willkommene Gabe sein wird. Auf dem Büchertisch des deutschen Arztes in Russland sollte dieses schöne Werk eigentlich nicht fehlen.

Zu beziehen ist das Album zum Preise von 1 Rbl. bei dem geschäftsführenden Secretär des Vereins, Dr. A. Ucke.

E. Hesse.

Bericht über die Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte während des zweiten Vierteljahrhunderts seines Bestehens 1884—1909. — Herausgegeben zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins. 31. März 1909. St. Petersburg. 1909. — 193 Seiten.

Im Anschluss an den 1884 herausgegebenen Bericht über die 25-jährige Tätigkeit des Vereins ist der vorliegende Bericht der Oeffentlichkeit übergeben worden.

Inhaltlich folgen dem Vorwort kurze Auszüge der geschäftlichen und wissenschaftlichen Protocolle und eine einheitliche, lebendige und in jeder Hinsicht vorzügliche Uebersicht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins. Zum Schluss folgen Cassenangaben, Mitglieder- und Aemterverzeichnisse und das Statut des Vereins. E. Hesse.

Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Herausgegeben von Prof. E. Bleuler und Prof. S. Freud, redigiert von Dr. C. Jung. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1909. I. Band. 1. Hälfte 318 S. Preis 7 Mark.

Siegmund Freud in Wien hat zuerst die Psychoanalyse auf das Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten systematisch angewandt. Mit ihm haben Bleuler und Jung rege an der Ausbildung und Verbreitung der Methode gearbeitet. Sie geben jetzt diese Zeitschrift heraus als Sammelort für die bisher überall zerstreuten Arbeiten dieser Richtung. Die Methode bezweckt durch Hervorlockung, Aufdeckung und richtige Beurteilung verdrängter Vorstellungscomplexe, welche fast ausschliesslich sexueller Natur sind, auf Sexualregungen in frühester Kindheit oder sexuellen Traumata in späterem Lebensalter beruhen, die Erscheinungen der auf dieser Grundlage aufgetretenen Neurosen resp. Psychosen klarzulegen und dadurch zu heilen. Eine grosse Hilfe gewährt hierbei die Analyse des Traumlebens der Patienten sowie die Recapitulation der Erlebnisse und der an sie sich knüpfenden Vorstellungen in der Hypnose. In beiden Bewusstseinszuständen kommen die oft tief verborgenen, häufig in Vergessenheit geratenen verdrängten Vorstellungscomplexe ungezwungen an die Oberfläche und gewähren dadurch eine gewaltige Handhabe für die richtige Therapie. — Der vorliegende Band enthält folgende Arbeiten: 1) S. Freud: Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. 2) Abraham: Die Stellung der Verwandtenehe in der Psychologie der Neurosen. 3) Maeder: Sexualität und Epilepsie. 4) Jung: Die Bedeutung des Vaters für das Schicksal des Einzelnen. 5) Binswanger: Versuch einer Hysterieanalyse (I. Teil). Michelson.

Prof. Dr. Otto Zuckerkandl. Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. 4. vermehrte und verbesserte Auflage. München. 1909. Verlag von J. F. Lehmann. XX + 521 Seiten. Preis geb. Mk. 12.—

In vierter Auflage liegt die bekannte Operationslehre Zuckerkandls vor uns. Wenn wir nach der grossen Verbreitung und allgemeinen Anerkennung des vorliegenden Werkes urteilen, scheint es nur noch kaum notwendig, dieses wirklich ganz vorzügliche Buch zur Annahme zu empfehlen. Der Name des Autors in Verbindung mit dem bekannten Münchener Verlage bürgt allein schon für den inneren Wert des Buches. Die vorliegende Auflage ist im Vergleich zu den früheren in Wort und Bild noch reichhaltiger. Im illustrativen Teil sind eine Anzahl von älteren Bildern durch bessere Darstellungen ersetzt. Neu hinzugekommen sind eine ganze Anzahl, so die über Gefässnaht, Blosslegung der Nerven an den Extremitäten, Operation der Appendicitis und viele andere. Im ganzen finden wir 45 farbige Tafeln und 356 ganz vorzügliche Abbildungen im Text. Im Hinblick auf die vorzügliche Ausstattung und den gediegenen Inhalt dieses ganz besonders wohl gelungenen Bandes der Lehmannschen Handatlanten, wollen wir es nicht verfehlen, diese Operationslehre Studierenden und Aerzten aufs beste zu empfehlen.

E. Hesse.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 5. März 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Falk stellt ein Mädchen vor mit einem grossen Polypen des Nasenrachenraumes, ausgehend von der lateralen Wand des Epipharynx. Der Polyp hängt in die Mundhöhle hinein.

2. Alksne demonstriert einen von ihm exstirpierten Hoden mit beginnender Tbc. Der kleine Herd sitzt in der Cauda und war sehr verlockend für die Resection, doch finden sich bereits einzelne Tuberkelknötchen im Hoden selbst. Uebrigens habe auch die Resection, welche die Function des Hodens aufhebt, dessen allmähliche Degeneration zur Folge, so dass der Wert dieser Operation als einer conservativen sehr problematisch ist.

3. Christiani hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Parametritis». (Erscheint im Druck).

Discussion.

Brehm weist auf eine Reihe von Krankheitsbildern hin, die der Parametritis sehr ähnlich sein können, aber eine ganz andere Provenienz haben, — es handelt sich um die sogenannte Paratyphlitis. Obwohl die Appendix ganz sicher ein rein intraperitoneales Organ ist, so gibt es zweifellos von ihr ausgehende, rein extraperitoneale, im Bindegewebe sich abspielende Eiterungen. Das Zustandekommen dieser Eiterungen erklärte man sich früher sehr einfach, indem man eben annahm, dass die Appendix in diesen Fällen extraperitoneal liege, man glaubt auch die Belege dafür bei den Sectionen zu finden, indem der Wurmfortsatz in der freien Bauchhöhle nicht aufzufinden war, während man ihn im interperitonealen Abscess fand. In der Folge hat man den Fehler corrigiert, die Appendix liegt auch in diesen Fällen interperitoneal, sie ist nur durch Adhäsionen und Schwarten von der freien Bauchhöhle abgeschlossen, wie Roux sagt «extraperitonealisiert». Die Infection des retroperitonealen Bindegewebes kommt ganz einfach so zustande, dass der entzündete Wurmfortsatz sich an das Peritoneum parietale anlötet, es usuriert und dann direct das subseröse Gewebe inficiert.

Körte nimmt noch einen anderen Modus an. Es gelang ihm vom Lumen der Appendix aus eine Nadel zwischen die Blätter des Mesenteriums einzuführen und von hier aus Flüssigkeiten weit ins retrocöcale Gewebe zu spritzen. Er meint, dass auf dem Lymphwege eine Infection ebenso propagieren könnte. Diese Eiterungen breiten sich dann auf der Fascia iliaca aus und können sich weit ausdehnen, indem sie entweder hinter dem Colon ascendens aufwärts steigen oder abwärts sich senken bis ans Lig. Pouparti. Es ist auch möglich, dass der entzündete Wurmfortsatz nicht nur das Peritoneum parietale zerstört, sondern auch gleich die drunter liegende Fascie, dann breitet sich der Eiter zwischen Fascie und Musculus ileopsoas aus und geht nun den typischen Weg der Psoasabscesse, nämlich unter dem Lig. Poupart. hindurch auf den Oberschenkel. Diese appendicitischen Psoasabscesse sind selten, aber sie kommen vor und ich habe auch einen derartigen Fall operiert. Die Differentialdiagnose gegenüber ausgedehnten parametritischen Eiterungen unter der Fascia iliaca dürfte nicht leicht sein. Extraperitoneale Senkungen ins kleine Becken an der Scheide und am Rectum entlang kommen ja, soviel Ref. bekannt ist, bei Appendicitis nicht vor, wenn sich aber der Eiter hauptsächlich auf das Psoasgebiet subfascial erstreckt, so dürfte es im Einzelfall sehr schwer sein zu bestimmen, ob die Appendix oder die Parametrien den Ausgangspunct bildeten. Ref. hatte Gelegenheit zwei derartige Fälle fast gleichzeitig zu beobachten und zu operieren. Das anatomische Bild war fast genau das gleiche, beides waren verschleppte Fälle, wo ausser den colossalen Jaucheherden im Ileo psoas noch Eiterdepots auf dem Oberschenkel eröffnet werden mussten, in beiden Fällen hatte der Eiter sich auch auf dem Oberschenkel schon nach hinten gesenkt, so dass am Gesäss Contraincisionen nötig waren. In dem einen Falle wurde die Provenienz bald klargestellt, indem bei einem Verbandwechsel zwei bohnengrosse Kotsteine aus der Jauchehöhle im Ileopsoas hervorgeholt wurden. Der Wurmfortsatz war also ans Peritoneum angelötet gewesen, hatte dieses und die Fascia il. zerstört, war selbst wohl durch Gangrän zerstört worden, so dass die Kotsteine direct auf den Psoas fielen. Das Abdomen war total reizlos. Der zweite Fall wurde mit der Diagnose: Psoasabscess eingeliefert, der Befund war ganz derselbe, doch da die Krankheit im Anschluss ans Wochenbett entstanden war, konnte mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Parametritis angenommen werden. Bezüglich der Therapie ist bei solch schweren Fällen eine Controverse ja ausgeschlossen, nur ausgiebige Incisionen mit breiter Freilegung der Eiterherde sind imstande die Patientin zu retten, ob nun die Appendix oder die Parametrien primär erkrankt sind.

(Autoreferat.)

Michelson erinnert daran, dass der Begriff der Parametritis als eines fest umrissenen Krankheitsbildes noch nicht alt sei, früher habe man in der Literatur für die in Rede stehenden Fälle die verschiedensten Namen gebraucht, da man sich über die pathologisch-anatomische Natur der Krankheit keineswegs im klaren gewesen sei, erst Virchow habe die Frage geklärt. Bezüglich der Therapie sei auch er der Ansicht, dass durch die früher und noch jetzt so beliebten Ichthyoltampons sehr viel gesündigt werde, hingegen wolle er die Wärmeapplication auch im frühen Stadium der Krankheit doch nicht so ohne weiteres verdammen, er finde, dass sie auch dann gute Dienste leiste und er könne die von Dr. Christiani angegebenen Gefahren nicht so hoch anschlagen. Nach seiner Erfahrung könne man die parametritischen Exsudate, wenn sie gut eingeschmolzen seien, sehr bequem von unten operieren. Die oft sehr hartnäckigen, persistierenden parametritischen Schwarten sehe man oft schnell und spurlos verschwinden unter dem Einfluss einer neuen Schwangerschaft.

Alksne verlangt bei eitrigen Exsudaten Freilegung durch grosse, ausgiebige Schnitte, die Furcht vor Verletzung des Bauchfells sei ganz unbegründet, es lasse sich bis tief ins kleine Becken hinein abschieben, und reisst es wirklich ein, so könne man es meist bequem nähen. Einen Durchbruch des Eiters in die Blase halte er nicht für unbedenklich, sehr oft schliesst sich daran ascendierende eitrige Pyelitis, der die Patienten schliesslich erliegen.

Friedberg fragt, ob bei der Parametritis auch die Hyperämie nach Bier angewandt werde, da dieselbe bei Appendicitis von verschiedenen Autoren mit Erfolg angewandt werde.

Christiani (Schlusswort) warnt Michelson gegenüber nochmals vor der frühen Wärmeapplication, dieselbe bewirke sicherlich nicht selten ein rapides Erweitern bisher gutartiger Exsudate. Die Operation von unten müsse er im Princip verwerfen, es fehle die Uebersicht, Verletzungen des Ureters und der Arteria uterina könnten doch passieren, natürlich gebe es Fälle, wo man mit einer Incision von unten auskommt. Alksne erwiedert er, dass er den Durchbruch in die Blase auch für gefährlich halte, — wenn man nicht operiere, legt man aber den Abscess frei, so heile die Blasenwunde sehr schnell, eine Cystitis bleibe aus oder heile sehr bald aus, ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen. Operiere man aber nicht, so dass immer neue Eiterschübe in die Blase einbrechen, so sei die Gefahr der Pyelitis allerdings sehr gross. Dr. Schmähmann erwidert er auf die Frage desselben nach dem Werte der sogenannten Belastungstherapie, dass dieselbe nur erlaubt sei, wo absolut keine entzündlichen Erscheinungen mehr vorlägen. Dr. Friedberg erwidert er, dass ihm die Anwendung der Bierschen Stauung, etwa in Form von Sangglocken bei der Parametritis nicht bekannt sei, doch glaube er nicht, dass das Verfahren mit dem allgemein üblichen Heissluftapparat concurrieren könnte, der sehr stark hyperämisierend wirke und sehr bequem zu applicieren sei.

4. Alksne stellt einen Patienten vor, den er wegen beiderseitiger Pyelitis mit Spülungen des Nierenbeckens behandelt und geheilt hat. — 26. XI. 1908. P. S., 20 Jahre alt, Matrose. Vor 3 Monaten mit häufigem Urindrang, blutigem und eitrigem Urin erkrankt. Tripper ausdrücklich geleugnet. Aetiologisch: Onanismus, Erkältungen, salzreiche Speisen; mässiger Alcoholgenuss. Hat grosse Blutklumpen, nie Steine entleert. Wurde in England stationär im Laufe von 2 Monaten mit Bädern und internen Mitteln behandelt. Keine Besserung, nur Blutungen hörten auf. Stat. praes. Häufiges Urinieren (jede ½—1 Stunde), Schmerzen in der Blasengegend und entsprechend dem Verlauf des rechten Ureters. Pat. stark gebaut, gut genährt. Urin milchig, stinkend; zuweilen kleine Blutgerinnsel. Nerven nicht palpabel, der rechte Ureter am Beckeneingang palpabel und schmerzhaft, Prostata normal. Urethroskopisch keine Anzeichen von abgelaufener Gonorrhoe. Cystoskopie sehr erschwert, weil der Blaseninhalt sich sehr schnell immer und immer wieder trübt. Ausgesprochene Cystitis: Mucosa trübe, Faltenbildung sehr ausgesprochen, Ureterenmündungen klaffen, sind starr. Vom 26./XI.—8./XII. Behandlung der Cystitis mit täglichen Blasenspülungen, Urotropin, Salol. Bedeutende Besserung des Zustandes, aber Urin milchig. 8./XII. Ureterenkatheterismus nach Phloridzininjection (0,005). Im Laufe von 20 Minuten: rechts 40 Grm. Urin, links 20 Grm.; beiderseits schwachsauer; rechts spec. Gewicht 1003, links — 1005; rechts dicker, eitriger Bodensatz, links — etwas opalescierend; rechts Zucker 0,8 pCt. links 1 pCt.; rechts Spuren Eiweiss. Im Absatz massenhaft Eiterkörperchen, wenige Epithelien, keine Nierenelemente, Gonococcen und Tuberkelbacillen nicht gefunden. 10. XII. Röntgenaufnahme — negativ. 25. XII. Pat. hat sich auf 14 Tage der

localen Therapie entzogen, ausgenommen Bäder und Urotropin: bedeutende Verschlechterung. Aufnahme in «Bethanien». Therapie: Ureterenspülungen, Blasenspülungen, Bäder, Urotropin, Acid. salicyl, Decoct. fol. uvae ursi. 27. XII. Erste Nierenbeckenspülung. Beide Ureteren entleeren milchigen Urin, links der Urin viel trüber, als früher. Rechts dringt der Katheter nur auf 12—15 Cm., biegt sich ab, es muss eine entzündliche Ureterstenose vorliegen. Ueberhaupt ist das Einschieben der Katheter in die Ureteren sehr schmerzhaft: also Pyelitis + Uretritis. Links lässt sich das Nierenbecken auf 35 Cm.³ dehnen (bis zur ersten Schmerzreaction). Spülung der Nierenbecken mit 4 pCt. Borsäurelösung und Sol. collargoli 1 pCt. 2. I. 1909. Harnbeschwerden gebessert; aber Urin noch immer milchig. Heute gelingt es beide Katheter bis zu den Nierenbecken vorzuschieben. Spülung mit Borsäure: rechts Capacität 25 Cm.³, links 35 Cm.³. Mehrfache Füllung der Nierenbecken und Spülung der Ureteren mit Sol. argent. nitric. 1:1000. Nach der Spülung empfindliche Coliken, kein Fieber. Derartige Spülungen werden noch 10. I. und 17. I. wiederholt, wobei bis zu Sol. argent. nitr. 1:500 angestiegen wird. 23. I. Recht- vollständig reiner Urin und Nierenbecken Capacität 15 Cm.³. Links noch leichte Trübung der Urin-Injection von Sol. argent. nitr. 1:500. 28. I. und 3. II. wurden die Spülungen des linken Nierenbeckens wiederholt, bis auch links ganz reiner Urin abgesondert wurde. Die Blase war auch normal geworden: Mucosi glatt, Ureterenmündungen schliessen sich, sichtbare Contractionen der Mündungen.

Heute wird der eben entleerte, wasserlose Urin des Pat. vorgestellt. — Es hat sich hier um eine Cystitis gehandelt, welche ascendierende Uretritis und Pyelitis zur Folge hatte. Die Möglichkeit des Urinrückflusses aus der Blase in die Ureteren ist experimentell und klinisch sichergestellt, wenn durch Infiltration der Ureterenmündungen die Function der Waldeyerschen Klappe lahmgelegt ist. Obgleich Pat. auch intern behandelt wurde, so lässt sich doch der ausschlaggebende Einfluss der localen Behandlung der Blase und der Nierenbecken nicht leugnen. Nach jeder Nierenbeckenureterenspülung sah man am 2.—3. Tage rapide Besserung des Urins, während wochenlange interne Behandlung nichts ergeben hatte. Das Argent. nitric. scheint dem Collargol überlegen zu sein, obgleich es Schmerzen hervorruft. Die locale Behandlung der Pyelitis und Uretritis ist sehr zu empfehlen und vermag noch dort Erfolge zu erzielen, wo interne Therapie machtlos dasteht. Der einzige Uebelstand der Nierenbeckenspülungen beruht darin, dass sie sehr zeitraubend sind und viel Geduld vom Arzte und von Patienten beanspruchen.

(Autoreferat).

Sitzung vom 9. April 1909.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Brehm referiert über einen Fall von Bauchschuss, wobei das Projectil im Magen stecken blieb.

Stud. K. K. gab am 2. März auf der Fahrt nach Hause im Zustande acuter Alcoholintoxication 5 Schüsse aus einem alten Revolver auf sich ab, zwei davon gingen ganz fehl, einer streifte die Brust, zwei trafen. Pat. blieb fast 3 Stunden auf der Strasse liegen, wurde dann 8 Werst nach Hause gebracht, wo er reichlich Speisemassen und Blut erbrach. Dr. Dohrmann diagnosticierte: Schuss in die rechte Lunge und in den Magen. Ref. sah den Pat. ca. 12 Stunden post trauma. Aussehen ziemlich gut, klagte über Schmerzen in der rechten Brust bei Bewegungen, kein Erbrechen, ab und zu etwas Aufstossen, kein Husten. Puls 140, klein, weich. Temp. 40,6. Ausgedehntes Hautemphysem am Thorax, Hals und Oberbauch; ca. 3 Querfinger unterhalb der rechten Clavicula, lateral eine mässig blutende, kleine Einschusswunde. Eine zweite Einschusswunde hoch im Epigastrium dicht unterhalb des Proc. xiphoid. Lungenbefund unsicher wegen des sehr starken Emphysems der Haut, hinten rechts unten undeutliche Dämpfung. Abdomen nicht aufgetrieben, weich, im ganzen nicht druckempfindlich, nur im Epigastrium mässiger Druckschmerz. Diagnose: Magenschuss ohne wesentlichen Austritt von Inhalt. Es wird daher von einem Transport des Kranken in die Stadt Abstand genommen. Ord.: Absolute Ruhe und Abstinenz, Coffein subcutan. — In den folgenden Tagen sank die Temp. unter 38, der Puls kehrte fast zur Norm zurück, Flatus gingen ab, es traten von seiten des Abdomens keine allarmierenden Symptome auf. Pat. klagt nur über mässige Schmerzen in der Magengegend und ab und zu Aufstossen. Vom 8. März fing die Temp. wieder an zu steigen, der Puls wurde frequenter. Am 9. März sah Ref. den Pat. zum zweiten Mal. Temp. 38,2, Puls 116. Rechts hinten complete Dämpfung vom Angulus scapulae abwärts. Die Punction ergibt nur alte Blutgerinnsel. Abdomen weich, bietet nichts besonderes, nur d. Epigastrium etwas schmerzhaft. Glycerinklysma fördert sehr reichlich Stuhl von dunkler Farbe, in welchem die eine Revolverkugel gefunden wird. Da auch in den folgenden Tagen die Temp. nicht abfällt, so wird Pat. nach Libau transportiert und in der Privatklinik untergebracht am 11. März. Am folgenden Tage war das Befinden sehr gut, Temp. 38,0. Puls 90, keinerlei Beschwerden. Am Morgen des 13. März, nachdem er sich den ganzen Morgen wohl befunden, klagte Pat. plötzlich über Uebelkeit, wird blau im Gesicht, ringt einige Secunden nach Luft und sinkt tot zurück. — Ref. durfte nur durch eine kleine Incision die Bauchhöhle eröffnen: keine Spur von Peritonitis, auch local nicht; obwohl nach der Lage des Einschusses der linke Leberlappen durchschlagen sein müsste, ist hier doch nichts von einer vernarbten Wunde zu sehen. An der vorderen Magenwand zur Cardia hin mässig starke, subseröse Hämatome, das Omentum minus stärker geschwollen und blutig imbibiert. Die Einschussstelle muss nahe der Cardia gelegen haben, da hier stärkere Hämatome und Verlötungen sichtbar sind, genau lässt sich die Stelle des Einschusses indessen nicht feststellen. Nirgends eine Spur von Eiter. — Der Patient ist einer Embolie erlegen, seine Magenverletzung dagegen war fast spurlos verheilt. Ref. teilt den Fall mit, da er ein seltenes Vorkommnis darstellt. Sofoteroff fand im ganzen nur 13 Fälle von Schussverletzung des Magens, wobei die Kugel im Magen liegen blieb. Aus naheliegenden Gründen handelt es sich hier meist um Verletzungen des Friedens, denn bei der enormen Rasung des Kleinkalibergeschosses fährt auch das matte Geschoss in der Regel noch in die Rückenmuskulatur. Auch die modernen Revolver, die Brownings und Mauserpistolen sind nicht geeignet diese Verletzungen hervorzurufen, sondern die alten Bleikugeln. Abgesehen von der Seltenheit dieses Falles, ist er besonders dadurch lehrreich und interessant, dass hier eine zweifellose penetrierende Schusswunde des Magens nicht nur nahezu symptomlos verlief, sondern in 12 Tagen so glatt verlief, dass die Narbe nicht mehr sicher differenziert werden konnte. Die primäre Laparatomie wurde hier aus mehreren Gründen nicht gemacht, obwohl die Diagnose der Magenverletzung feststand; erstens bot der Lungenschuss eine sehr unerwünschte Complication, zweitens hätte ein schwieriger und zeitraubender Transport erfolgen müssen, drittens endlich waren fast garkeine der charakteristischen Anzeichen einer peritonealen Reizung durch Mageninhalt vorhanden und man konnte hoffen, dass bei geeigneter Behandlung auch fernerhin nichts austreten würde. Wenn heute fast alle Chirurgen auf dem Standpunct stehen, dass jede penetrierende Intestinalverletzung im Frieden sofort laparotomiert werden muss, so ist die selbstverständliche Voraussetzung dafür: das moderne chirurgische Krankenhaus. Die modernen Kriegschirurgen, bei denen diese Voraussetzung aber fehlt, stehen auch ganz anders. Diesen Gegensatz fasst v. Oettingen sehr charakteristisch zusammen in den Satz: «im Kriege ist die Laparotomie beim Bauchschuss theoretisch indiciert, im Frieden aber practisch». Aber selbst der zweite Teil dieses Satzes muss noch modificiert werden, da es auch im Frieden dieselben Verhältnisse geben kann, welche im Kriege die Laparotomie verbieten: das Fehlen eines aseptischen Operationsapparates, der erst durch einen schwierigen, angreifenden Transport erreicht werden kann. Bei dem oben referierten Fall kam ausser dieser Rücksicht noch der Umstand hinzu, dass fast garkeine Abdominalerscheinungen vorlagen trotz der sicher diagnosticierten Magenverletzung, das sprach dafür, dass die Magenwunde jedenfalls zu primärer Heilung neigt, wahrscheinlich schon mit der Umgebung verklebt war, in diesem Falle hätte man mit der Laparotomie zweifellos nur Schaden anrichten können. Gleichviel bleibt für die Bauchuntersuchungen des Friedens im Princip die frühe Laparotomie das Wichtige, um so mehr, als solche gutartige Verletzungen wohl immer seltener werden, jetzt werden die alten Bleigeschosse immer seltener, dagegen richtet ein aus der Nähe abgefeuertes Mantelgeschoss aus dem beliebten Browning oder Mausergewehr ganz entsetzliche Verwüstungen in der Bauchhöhle an, wie Ref. solches während der Revolution in Riga zu beobachten Gelegenheit hatte. Als er noch 1903 das Material an penetrierenden Bauchverletzungen der letzten 3 Jahre im Rigaschen Stadtkrankenhaus bearbeitete, berechnet er auf 50 Fälle eine Mortalität von nur 18 pCt., doch waren unter den 50 Fällen nur 11 Schussverletzungen, 39 Stich- und Schnittverletzungen, und es handelte sich fast stets um Bleigeschosse. Eine neue Zusammenstellung, die das Material der Revolutionszeit mitumfasst, würde wohl zu ganz anderen Resultaten gelangen, die Nahschüsse aus dem Browning und der Mauserpistole haben eine sehr schlechte Prognose, selbst wenn sie sofort operiert werden.

Nicht nur dass der Darm und die anderen Bauchorgane meist an vielen Stellen verletzt sind, sondern die grosse Anfangsgeschwindigkeit der Geschosse bedingt einen besonders gefährlichen Character dieser Wunden, es giebt keine glatten kleinen Löcher im Darm, sondern ausgedehnte Zertrümmerungen, so dass man oft zu mehrfachen Resectionen gezwungen ist. Trifft das Projectil den Darm in seiner Längsrichtung, so reisst es ihn oft auf weite Strecken klaffend auf, es

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gibt abundante Blutungen sowohl in die freie Bauchhöhle als auch zwischen die Mesenterialblätter. Im Oberbauch wird neben den grossen Drüsen und dem Magen meist das Diaphragma verletzt, isolierte Magenverletzungen dürfte man wohl kaum zu Gesicht bekommen. Ref. schätzt die Mortalität bei den genannten Nahverletzungen des Bauches aus dem Browning und Mauser auf reichlich 65 pCt. trotz früher Laparotomie. Die hoffnungslosesten Verwüstungen im Abdomen richtet natürlich das kleinkalibrige Militärgewehr im Frieden an, wo es aber aus nächster Nähe abgefeuert wird. Auch hierzu hat die Revolution das Material geliefert.

(Autoreferat.)

Discussion:

Alksne findet es bedauerlich, dass es wohl sobald nicht gelingen werde, über die Diagnose: «Bauchschuss» hinauszukommen, was sehr wünschenswert wäre, da die Verletzungen der verschiedenen Organe der Bauchhöhle eine durchaus verschiedene prognostische Bedeutung haben, die Magenverletzung sei nicht so gefährlich wie die des Darmes, der Inhalt des Dick- und Dünndarmes sei nicht gleich infectiös. Es gäbe sicher so und so viele Bauchschüsse, die ohne Operation heilen, aber man könne das vorher nicht bestimmen. Die primäre Laparotomie müsse daher immer angestrebt werden, denn die ohne Operation geheilten Fälle hätten doch oft lange nachher sehr unangenehme Beschwerden, wie die Beobachtungen nach dem letzten Kriege gezeigt haben. Er glaube gelesen zu haben, dass man im Burenkriege mehr und mit mehr Glück laparotomiert hätte als im russisch-japanischen Kriege.

Brehm erwidert, dass eigentlich gerade der Burenkrieg die Kriegschirurgen von der primären Laparotomie abgebracht habe, denn die Erfahrungen seien da durchweg sehr traurige gewesen, sowohl bei den Engländern (Mac-Cormak, Makins) als auch bei den Deutschen (Hildebrand, Küttner). Hippel habe allerdings behauptet, dass die Bauchschüsse prognostisch sehr verschieden zu bewerten seien, je nachdem, wo der Einschuss sei, die Schüsse ins Epigastrium und in die Gegend des Colon ascendens und descendens seien relativ harmlos, während die Dünndarmschüsse und die ins Quercolon sehr gefährlich seien, darnach solle man seine Indicationen zur primären Laparotomie stellen. Diese Beobachtung konnte aber Bornhaupt bei seinem sehr grossen Material aus dem russisch-japanischen Kriege nicht bestätigen.

Michelson glaubt, dass die primäre Laparotomie auch im Kriege möglich sei, wenn die betr. Armee siegreich wäre, daher hätten die japanischen Chirurgen weit mehr und mit besserem Erfolge laparotomiert als ihre russischen Collegen, die zur Untätigkeit verdammt waren wegen der beständigen Rückzüge.

Dohrmann meint, dass beim referierten Fall eine grosse Bedeutung für die reactionslose Heilung der Magenwunde das copiöse Erbrechen nach der Verletzung gehabt habe, Pat. habe den ganzen gefährlichen Inhalt seines Magens per os entleert.

Zoepffel richtet die Aufmerksamkeit auf die eigentümliche Art der Alcoholintoxication im gegebenen Fall. Es handle sich s. E. um eine acute Störung im Orientierungsvermögen bei dem Pat. Er sei unterwegs eingeschlafen und aus dem Schlitten gefallen, worauf das Pferd davonlief. Als Pat. erwachte, sah er sich allein in der winterlichen Nachtlandschaft, völlig ratlos und hilflos sich fühlend fand er keinen anderen Ausweg aus der ihm unverständlichen, beängstigenden Situation als sich selbst zu vernichten. Das sogenannte «heulende Elend» beobachte man meist bei Pessimisten, hier handelte es sich um einen lebensfrohen Menschen, den nichts bedrückte, und der auch nachher dem ganzen Vorgang quasi fremd und verständnislos gegenüberstand.

Siebert erinnert daran, dass der pathologische Rausch sich in sehr verschiedener Art äussert, wobei oft schon recht geringe Grade der Betrunkenheit ganz unbegreifliche Handlungen auslösen.

2) Ischreyt demonstriert einen Fall von einem Tränenröhrchenpolyp. Der Tumor hat ungefähr 2 cm. im Durchmesser und hängt an einem fadendünnen Stiel an dem oberen Tränenpunct heraus. Im Anschluss hieran zeigt I. mikroskopische Präparate eines von ihm histologisch untersuchten Tränenröhrchens, in dem als zufälliger Befund ein Schleimhautpolyp gefunden wurde. Auf eine Frage Zoepffels, ob diese Tumoren bei der Operation stark bluten, erwiedert I., dass es wegen der Kleinheit der Gefässe zu keiner nennenswerten Blutung komme.

3. Schmähmann stellt einen Kranken mit exquisitem Venenpuls vor.

4. Alksne hält seinen Vortrag «über den jetzigen Stand der functionellen Nierendiagnostik». Er basiert sich auf Erfahrungen in der Fedoroffschen Klinik (Petersburg), in der Privatpraxis in Libau, aber hauptsächlich auf Literaturstudien (Arbeiten von Kapsamer, Kümmel, Wildbolz, Suter, Hagmann, Pereschiwkin, Haberer, Voelcker, Israel, Rovsing, Kock u. a.). Cystoskopie und Ureterenkatheterismus haben die functionelle Nierendiagnostik begründet und der Nierenchirurgie ein weites Feld eröffnet. Man hat zwar schon vor diesen souveränen Untersuchungsmethoden sich bemüht, den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen, z. B. vermittelst der temporären Compression eines Ureters, oder sogar mit Hilfe der sectio alta. Die Statistik beweist, dass zugleich mit dem Vordringen der functionellen Nierendiagnostik die Operationsresultate sich erheblich gebessert haben. Die verschiedenen Harnscheider, welche das Blasenlumen in zwei Abteilungen teilen, vermögen nicht den Ureterenkatheterismus zu ersetzen, sie bleiben als berechtigte Notbehelfe für die Fälle übrig, wo letzterer nicht ausführbar ist. In geübten Händen sind Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus ganz ungefährlich. Nach Kapsamer, Haberer, Kümmel, Hagmann u. a. sezernieren normale Nieren in einer gewissen Zeiteinheit fast gleiche Mengen Urin von fast gleicher chemischer Zusammensetzung. Man muss wissen, dass beim Ureterenkatheterismus rote Blutkörperchen, die verschiedensten Epithelien, sogar Spuren von Eiweiss als künstliche Läsionsproducte des Katheters erhalten werden können; auch Polyurie und Anurie kann reflektorisch erzeugt werden. Autor beobachtete eine Katheteranurie von 1/2-stündlicher Dauer. Die Versuche Voelckers, den Ureterausscheidungstypus für die Beurteilung der Nierensecretion auszunützen, müssen als gescheitert betrachtet werden. Autor hat bewiesen, dass die Arbeit des Ureters nicht allein von der Nierensecretion, sondern von vielen anderen Momenten abhängt. So hat der Ureter ein sehr reichliches Nervensystem, welches bis zu einem gewissen Grade automatisch arbeitet. Die von Voelcker und Joseph eingeführte Chromocystoskopie, wobei die Nierentätigkeit nach der Ausscheidung von Indigocarmin aus dem Blutkreislauf beurteilt wird, ist eine einfache und brauchbare Methode zur raschen Orientierung; sie gibt aber auch genauere Aufschlüsse über die Function der Nieren, wie vielfache Erfahrungen verschiedener Autoren gezeigt haben. Leider wird diese Methode von einigen Autoritäten etwas zu wenig gewürdigt. Die frisch bereitete und sterilisierte Lösung von Indigocarmin wird intramuskulär injiciert. Der Pat. muss mehrere Stunden vor dem Versuch keine Flüssigkeiten zu sich genommen haben, damit durch Polyurie der Farbstoff nicht allzu verdünnt erscheint und die Untersuchung ihr Ziel erreicht. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass der Zeitpunct des Erscheinens des Farbstoffs im Urin mehr functionelle Bedeutung hat, als die ausgeschiedene Farbstoffmenge. Gewöhnlich erscheint der Farbstoff in 10—12 Minut., die äusserste Zeitgrenze wird auf 20—30 Minut. angesetzt. Die von Albarran eingeführte Methode, die Nierentätigkeit durch künstlich erzeugte Polyurie zu prüfen, wobei normale Nieren sich mehr der Flüssigkeitszufuhr anpassen, als kranke, ergibt keine eindeutigen Resultate und wird wenig geübt. Am meisten wird die Kryoskopie des Blutes und des Urins als Nierenprüfungsmethode umstritten. Wenn man die vielen Arbeiten pro und contra liest, so kann man nur eins sagen: dass die Acten über diese Methode noch nicht abgeschlossen sind, und zwar weder pro, noch contra. Die eifrigsten und würdigsten Vertreter findet die Kryoskopie in Kümmel und Casper; Gegner sind — Israel, Rovsing, Kapsamer. Die letzten Arbeiten Kümmels haben viele Beweisgründe seiner Gegner widerlegt und viele Zweifel und Missverständnisse aufgeklärt. Kümmels Worte beanspruchen Zutrauen, denn niemand hat so grosse Erfahrungen mit der Kryoskopie, wie er. Er hat nachgewiesen, dass seine Gegner die Kryoskopie nach anderen Methoden ausüben, wie die seinige, dass somit die Resultate verschieden sein müssen. Die Bestimmung des specifischen Gewichts des Urins kann die Kryoskopie desselben nicht ersetzen, da erstere die Schwere der Moleküle angibt, während die zweite ihre Menge bestimmt. Kümmels Erfahrungen beruhen auf 2000 Beobachtungen, während seine Gegner nur verhältnismässig kleine Untersuchungsserien publiciert haben. Kümmel hat auch unterhalb Blutgefrierpunct 0,6 operiert, aber üble Erfahrungen gemacht. Es ist zu erwarten, dass Kümmels letzte Publicationen der ganzen Frage eine bestimmtere Richtung geben werden, hauptsächlich hinsichtlich der Einheit der Untersuchungstechnik. Die von Casper und Richter eingeführte Phloridzinmethode, wodurch künstliche Glykosurie erzeugt wird und der Zeitpunct des Erscheinens des Zuckers im Urin, wie auch der Procentgehalt an Zucker zur Bestimmung der functionellen Fähigkeit der Niere ausgenutzt wird, hat viele Freunde erworben. Sie ist leicht ausführbar und gibt recht verlässliche Resultate. Casper hat nur auf den Procentgehalt an Zucker Gewicht gelegt, während die Bestimmung des Zeitpuncts von Kapsamer eingeführt und die Grenze des normalen Verhaltens auf 30 Minuten ausgedehnt worden ist. Die Harnstoffbestimmung des Harns beider Nieren wird von Kümmel und Rovsing, aber auch von anderen Autoren geübt, gibt aber in Abhängigkeit von verschiedenen Bedingungen recht verschiedene Resultate.

Generated on 2019-01-09 23:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Methode ist nicht zu unterschätzen, wenn es die Vergleichung der Function beider Nieren gilt. Es gibt noch einige anderen Prüfungsmethoden, welche wenig Beachtung verdienen. Jede functionelle Nierendiagnostik setzt vor allen Dingen eine genaue chemische und bacteriologisch-mikroskopische Untersuchung der Harne beider Nieren voraus. Diese Forderung wird hauptsächlich von Rovsing betont, ist ja auch selbstverständlich.

Die functionelle Nierendiagnostik hat nicht nur dem Chirurgen, sondern auch dem Internen neue Aussichten eröffnet. Einige Beobachtungen sprechen dafür, dass die verschiedenen Nierenkrankheiten auch verschieden auf die einzelnen Prüfungsmethoden zu reagieren scheinen, was diagnostisch verwertet werden könnte. Es ist zu bedauern, dass bei uns in Russland grosse Krankenhäuser und sogar Kliniken existieren, wo die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus sehr stiefmütterlich behandelt werden. Diese Methoden müssten aber ebenso allgemein gelehrt werden, wie es mit der Rhino-, Laryngo-, Ophtalmoskopie u. s. w. geschieht.

Discussion:

Brehm fragte den Vortragenden, wie gegenwärtig Israel die verschiedenen Methoden der functionellen Diagnostik beurteile. Vor ca. 5 Jahren habe er jedenfalls die Methoden einer zieml. scharfen Kritik unterzogen und habe im ganzen einen ablehnenden Standpunct eingenommen, indem er behauptete, dass alle die Methoden uns keine eindeutigen, zuverlässigen Antworten auf die wichtigsten Fragen bei der Indicationsstellung geben könnten. Er fand, dass z. B. eine Erniedrigung des Blutgefrierpunctes bei verschiedenen Krankheiten vorkäme, ohne dass von einer Niereninsufficienz die Rede sei, so z. B. bei Nierentumoren, einseitiger Pyonephrose, bei Gicht und Malaria, umgekehrt sei es bei Anämie und Hydrämie, wo der Gefrierpunct normal sein könne, obwohl tatsächlich Insufficienz bestehe. Am schärfsten habe Israel damals die Phloridzinmethode bekämpft, indem er nachwies, dass die von Casper und Richter aufgestellte Behauptung, die Menge des ausgeschiedenen Zuckers sei direct proportional der Menge des functionstüchtigen Nierenparenchyms, nicht haltbar sei, es komme sogar vor, dass fraglos gesunde Nieren überhaupt keine Phloridzinreaction geben könnten, ferner käme es vor, dass die Resultate der Phloridzinmethode in Widerspruch stehen zu dem der Kryoskopie des Harnes.

Alksne gibt zu, das Israel auch jetzt noch den functionellen Methoden ziemlich ablehnend gegenüberstehe, immerhin wurden sie an seinen Kliniken doch geübt. Kapsamer und Rowsing seien ausgesprochene Gegner der Kryoskopie doch keiner von ihnen verfüge über die colossalen Erfahrungen Kümmels, der die Methoden an grossen Reihen von Fällen geübt habe und auf Grund derselben seine Behauptungen aufstelle, die Gegner könnten dem immer nur einzelne Beobachtungen entgegenstellen. Zudem werde die Kryoskopie von den einzelnen Autoren nicht nach demselben Typus geübt, da sei es bei der grossen Empfindlichkeit dieser Methode und den zahlreichen Fehlerquellen wohl verständlich, wenn die Ergebnisse nicht constant ausfielen. Wenn alle die Kryoskopie genau nach dem von Kymmel geübten Typus ausführen würden, würde sich eine viel grössere Congruenz der Resultate ergeben.

Christiani unterstützt die vom Vortragenden ausgesprochene Forderung, dass die Cystoskopie Gemeingut aller Aerzte werden müsste, in der Gynäkologie mache man schon ausgedehnten Gebrauch vom Cystoskop mit besten Erfolge, aber auch in der Pädiatrie gewinne es mehr und mehr an Bedeutung, indem man dadurch Krankheiten feststellen und behandeln könne, die sich bisher einem sicheren Nachweis entzogen, so z. B. die Pyelonephritis, die bei Kindern recht häufig sei. Bezüglich der functionellen Methoden glaube er dagegen nicht, dass sie in der Hand des Practikers Wert hätten, keine von ihnen gebe ein wirklich einwandsfreies Resultat, auf das man sich sicher stützen könnte.

Alksne hebt hervor, dass man sich mit einer Methode niemals begnügen dürfe, sondern seine Schlüsse erst aus der Kritik der Ergebnisse aller Methoden ziehen solle. Die Phloridzinmethode habe gewiss nicht den Grad von mathematischer Exactheit, den ihr Casper und Richter anfangs zuschrieben, aber sie gebe doch sicher einen practisch brauchbaren Massstab für die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Nieren, wenn man noch die anderen Methoden hinzuziehe.

Brehm hält es auch für unwahrscheinlich, dass die functionelle Nierendiagnostik unter den practischen Aerzten populär werden wird ebensowenig wie der Ureterenkatheterismus. All' diese Methoden verlangen eine grosse technische Uebung, wenn ihre Ergebnisse practischen Wert haben sollen. Das gilt vor allem von der Kryoskopie, wo die Fehlerquellen so reichlich fliessen, dass es der Erfahrung und Uebung eines Kymmel bedarf, um sie auszuschalten. Er halte es gerade für wichtig, wenn diese Methoden nur von Specialisten geübt werden, denen das ganze Material zufliesst.

Man erwähnt, dass nach Kapsamer die in derselben Zeit gelieferten Harne beider Nieren grosse Unterschiede zeigen könnten, Die Ureteren secernierten ja auch nicht gleichmässig, sondern es könnten oft längere Pausen eintreten.

Michelson erklärt den ablehnenden Standpunct Israels z. T. durch die enorme palpatorische Befähigung desselben, die ihn meist die gewünschten Aufschlüsse gebe. Er fragt, ob die functionelle Diagnostik auch bei der sog. histotischen Albuminurie Anwendung finde.

Alksne (Schlusswort) erwiedert Man, dass gerade Kapsamer die Ansicht vertrete, dass beide Nieren nahezu gleichen Harn lieferten, die Menge variiere etwas mehr. Die Pausen in der Secretion der Ureteren beruhe meist auf Spasmen derselben, die u. a. auch durch den Reiz des Katheters ausgelöst werden können. Brehm erwidert er, dass die practische Ausübung der functionellen Methoden doch nicht so schwierig sei, wenn man von der Kryoskopie absehe und sich etwa auf die Chromocystoskopie und Phloridzinmethode beschränke. Jedenfalls müsse man an dem Postulat festhalten, dass heute eine Niere nicht exstirpiert werden darf ohne vorhergegangene functionelle Prüfung. Ueber einen sehr wichtigen Punct gebe dieselbe ja leider nie Aufschluss: sie zeigt uns wohl die Function der zurückbleibenden Nieren vor der Operation, sagt uns aber nichts darüber, wie diese Function sich nach der Nephrectomie gestalten werde, die Operation selbst trägt ja eine Menge neuer schädigender Momente in den Organismus.

d. Z. Secretär: Brehm.

Der erste allrussische Congress der Fabrik-Aerzte und Vertreter der Fabrik-Industrie in Moskau v. 1.—7. April 1909.

Von

Dr. S. Bobrinski.

(Schluss).

Dr. M. Magula (St. Petersburg): Zur Frage über die traumatische Neurose in Verbindung mit der Expertise über Entschädigung der Arbeiter. (Aus dem Büreau der ärztl. Expertise des Maximilian-Krankenhauses in St. Petersburg).

Die traumatische Neurose und ihre Folgen haben eine wichtige Bedeutung in gesellschaftlich-öconomischer Beziehung, doch zur regelrechten Durchführung der Expertise ist es angesichts der mangelhaften wissenschaftlichen Grundlagen durchaus notwendig, dass der Congress eine specielle Commission aus erfahrenen Neuropathologen bildet und die Sammlung statistischen Materials anordnet, damit dieser Gegenstand in seinem ganzen Umfange auf das Programm des 2. Congresses der Fabrikärzte gestellt werde.

Dr. Choroschko: Ueber die Expertise der traumatischen Neurose. Vortr. ist derselben Ansicht wie sein Vorgänger. Der Vorsitzende unterstützt seinerseits den Vorschlag, eine Commission zu bilden, verlangt jedoch, dass diese Angelegenheit nicht dem Congress, sondern der Moskauer Gesellschaft der Fabrikärzte aufgetragen werde.

Die Versammlung nimmt diesen Vorschlag an.

Dr. D. P. Nikolaewski schlägt nach der Rede Retiwows vor, dass zur Teilnahme an der Aufsicht über die Bergwerke dazu ausgewählte Arbeiter zugelassen werden sollen.

Der Congress nimmt diesen Vorschlag an, ebenso den Vorschlag des Dr. Skalski (Lodz), dass es erstrebenswert sei, dass die einzige bis dahin existierende Quelle, aus der man die Daten über Unglücksfälle schöpfen konnte — die officiellen Berichte — von Leuten gemacht würden, die allen Wünschen zugänglich sind.

Indem der Vorsitzende Dr. Wesselowsorow die Debatte kurz zusammenfasst, weist er auf die Abhängigkeit der Aerzte vom Vorsitzenden bei der Expertise der Fälle von Arbeiterverstümmelung hin. Dieser Sache könnte abgeholfen werden nur durch eine staatliche Versicherung der Arbeiter und durch eine durchgreifende Anwendung des Gesetzes vom 2. Juni 1903 auf den Grundlagen der Arbeitervertretung.

Sitzung am 3. April (morgens).

Vorsitzende: Prof. W. W. Swjatlowski und Prof. I. I. Skworzow.

Programmmässige Fragen über die sanitäre Einrichtung der Arbeiterwohnungen und über Massnahmen zur Verbesserung der Wohnungen für die Arbeiterbevölkerung.

L. M. Sserebrjakow (Moskau) hält einen ausserprogrammmässigen Vortrag über Sauerstoff als Rettungsmittel bei Unglücksfällen in den Berg-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werken und demonstriert den Apparat des Ingenieur Bernhard Dräger.

D. P. Nikolskij schlägt vor, diesen Apparat der Prüfungscommission des Berginstituts zu übergeben.

Dieser Vorschlag wird von der Versammlung angenommen. Dann folgen Berichte, welche sich auf die Wohnungsverhältnisse und auf die sanitären Verhältnisse der Fabriken beziehen.

D. P. Nikolskij (St. Petersburg): Ueber sanitäre Besichtigungen der Fabriken und Werke.

Der Berichterstatter, welcher die ganze Wichtigkeit der regelrechten sanitären Besichtigungen der Fabriken und Werke anerkennt, schlägt ein annäherndes Programm vor, welches in 12 Abteilungen zerfällt. Die endgiltige Fassung des Programms überlässt er einer Specialcommission, welche aus Aerzten, Technikern, Arbeitern und Vertretern der Fabrikcommission zu bilden ist. Der erste Teil umfasst allgemeine Mitteilungen über die Anstalten; der zweite Teil umfasst eine sanitäre Beschreibung des Fabrikhofes und der auf ihm befindlichen Baulichkeiten; der dritte das äussere der Anstalten; im 4. wird über Abfälle und die Art ihrer Fortschaffung gehandelt; im 5. Mitteilungen über die Arbeiterzahl; im 6. Mitteilungen über Arbeiterschulen; im 7. Lebensbedürfnisse der Arbeiter; im 8. Erkrankungen und Sterblichkeit der Arbeiter, Berufskrankheiten, Unglücksfälle; im 9. über die den Arbeitern zu erteilende ärztliche Hilfe; im 10. Mitteilungen über die Wohltätigkeits-, Erziehungs- und Lehranstalten bei den Fabriken; im 11.: der Einfluss der Fabrikindustrie auf die umliegenden Ortschaften und die Bevölkerung; im 12.: Budget der Arbeiter mit Hinweis auf die Möglichkeit der Bestreitung der gesamten Ausgaben.

Ingenieur A. K. Bjelotjelow (Moskau) legt in seinem Vortrag über Fabrikgebäude aus Betonsteinen in Verbindung mit der Frage über den Zustand der Fabrikbauten dar, dass Betonsteine als das beste hygienische und auch billigste Material für diese Baulichkeiten gelten kann.

Dr. A. B. Pogoshew (St. Petersburg): Der gegenwärtige Stand der Frage über die Wohnungsnot in den Gewerbecentren. Der Redner legt dar, dass bei Beurteilung der Frage über die Versorgung der Arbeiter mit gesunden Wohnungen das Hauptaugenmerk auf die practische Seite der Sache und auf die Bedingungen des russischen Lebens gerichtet sein müsse. Er hält es für durchaus notwendig, die Tätigkeit der unlängst entstandenen Verbindungen der Quartiervermieter, örtlicher Fürsorgen, Einrichtung von Kinderbewahranstalten, Kindergarten u. a. zu unterstützen und zu erweitern.

Bericht des Arbeiters B. A. Smirnow (Baku): «Ueber die sanitären Verhältnisse der Arbeiterwohnungen in den Naphtawerken». Vortr. macht die Zuhörer mit den trostlosen antisanitären Lebensverhältnissen der Arbeiter in den Naphtawerken bekannt. Nach den chemischen und bacteriologischen Untersuchungen des Bodens in Baku hat es sich erwiesen, dass Baku, nach der Schmutzigkeit des Bodens (bis auf eine Tiefe von 3—4 Arschin) den ersten Platz auf der ganzen Erdoberfläche einnimmt. Die Commission fasst den Beschluss, dass unter solchen Bedingungen, wie sich die Arbeiten jetzt befinden, keine neuen Wohnungsbauten aufgeführt werden können.

Weiter folgen die Berichte: 1) Des Arbeiters G. G. Jermolaew — Wohnungsfrage der Arbeiterklasse und die Aufgaben der Gesetzgebung, 2) des Dr. S. K. Iwanow (Jekaterinoslaw): Ueber Arbeitsbedingungen und Leben der Arbeiter der Salzbergwerke des Bachmutschen Kreises des Jekaterinoslawschen Gouvernements, und 3) Bericht des Dr. Stawrowski (Moskau): «Der sanitäre Zustand der Fabriken und Werke einer der südöstlichen Gegenden Moskaus», nach den Ergebnissen einer Untersuchung, vorgenommen i. J. 1908. — Darauf spricht der Vertreter der Gesellschaft der Buchdrucker in Moskau, N. P. Beljaewski über die sanitären Verhältnisse in den Moskauer Typographien und Lithographien, auf Grund der Angaben der Gesellschaft. Indem der Redner auf die schlechten Arbeits- und Wohnungsverhältnisse der Druckereigehilfen hinweist, hält er es für durchaus notwendig die Typographien und Lithographien der Aufsicht der Fabrik-Inspection zu unterstellen.

Auf alle diese Berichterstattungen hin kommt es zu äusserst lebhaften Debatten, an welchen ausser den Aerzten und Arbeitern viele Vertreter der politischen Oeconomie teilnehmen. Aus den Debatten ergibt sich, dass die Entscheidung der Wohnungsfrage bei weitem nicht so einfach ist und dass zur Beseitigung der Wohnungsnot die Frage betreffs Hinzufügung von Land zu regulieren ist, um mit dem Bau der Arbeitshäuser beginnen zu können. Ferner sollten die Arbeitslöhne erhöht werden, ohne dass der Arbeitstag verlängert wird.

Als Resultat des über die Wohnungsfrage gehörten werden 5 Resolutionen eingebracht, von denen jedoch nur zwei angenommen werden, und zwar: 1) von der Arbeitsgruppe, in welcher die Municipalisierung der Landbesitzungen und die Errichtung eigener Häuser von seiten der Selbstverwaltungs-Organe, die Verbesserung der Wege-Verbindungen, Verbesserung der allgemeinen sanitären Einrichtungen und ausserdem auch die Anlage der Canalisation, Beleuchtung etc. gefordert wird; 2) von dem Privatdocenten Sagradskow, in welcher empfohlen wird, dass die Gemeindeverwaltungen zum Zwecke der Ausdehnung der Städte das Landeigentum an sich bringen.

Abendsitzung vom 3. April 1909.

Es werden verschiedene Vorträge über die Methoden der Entfernung von Fabrik-Abfällen gehalten.

Dr. A. W. Sokolow: Biologische Reinigungs-Methode in Anwendung auf Fabrik-Abwässer. Der Vortragende hält es für unmöglich, sich mit Bestimmtheit für die eine oder andere Methode der Unschädlichmachung von Abwässern auszusprechen, glaubt aber, dass man bei Verschmelzung der chemischen und biologischen Reinigungsarten in vielen Fällen befriedigende Resultate erzielen könnte.

K. P. Sulima-Moskau: Zur Frage des Schutzes öffentlicher Wasserbehälter vor der Verunreinigung durch Abwässer. Der Vortragende weist darauf hin, dass die öffentlichen Wasserbehälter von Abwässern und Fabrikabfällen so verunreinigt sind, dass die Benutzung solcher eine grosse Gefahr für die Gesundheit darstellt. Infolge dessen ist eine sichere Controlle der Abwässer durch die Communalverwaltung erforderlich, wobei sich als bestes die Anlegung von Rieselfeldern erweist.

Ingenieure Simin & Sohn und W. A. Drosdow, Moskau: Die Reinigung des Trinkwassers und der Fabrik-Abwässer (Filtrieren, Sterilisieren und biolog. Methode). Die Referenten erkennen die Schwierigkeit der schwer anwendbaren chemischen Reinigungsart an und befürworten die biologische Methode.

Prof. W. Wyssokowicz, Kiew: Ueber die Tätigkeit der Sachverständigen-Commission bei der Reinigung der Abwässer auf den Zucker-Fabriken Südwest-Russlands. Der Referent hält die Ueberführung der Abwässer auf Rieselfelder für die beste Methode der Reinigung. Inbezug auf die Zucker-Fabriken ist auch die biologische Methode anwendbar, doch ist dieselbe zu kostspielig und dazu nicht gefahrlos, da die biologisch gereinigten Wässer 30 pCt. organischer Stoffe und viele Bacterien enthalten.

Zur Frage der Reinigung von Abwässern wurde die von Dr. P. N. Diatroptow vorgeschlagene Resolution angenommen, in welcher empfohlen wird, die Abwässer durch biologische Filter zu reinigen, wobei das erhaltene filtrierte Wasser, welches noch Bacterien enthalten kann, nur nach vorausgehender Desinfection in natürliche Wasserbehälter eingelassen werden darf.

Die Versammlung findet es am zweckmässigsten, die Ausarbeitung dieser Frage gemeinschaftlich der Stadt- und Landschafts-Sanitäts-Organisation zu überlassen, mit Beteiligung örtlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Tagessitzung am 4. April.

Vorsitzende: Dr. I. A. Gorbunoff und Privatdocent Dr. Sagrjadskow.

Es werden die Fragen bezgl. der Fabrik-Inspection und der ärztlichen Hilfe für Arbeiter erörtert. Zur Verlesung kommen 5 Vorträge:

Priv.-Doc. I. M. Goldstein-Moskau: Wie muss die Fabrik-Inspection organisiert werden, um den Lebensbedürfnissen und der Wissenschaft gerecht zu werden? Der Referent findet es für unerlässlich, das Gehalt der Fabrik-Inspection zu erhöhen und sie von der Prüfung der Dampfkessel und von den schriftlichen Arbeiten zu befreien, um die Tätigkeit der Inspectoren allein auf den Arbeiter-Schutz zu concentrieren. Die Aufsicht der Fabrik-Inspection muss auch auf die kleinsten Unternehmungen ausgedehnt werden.

S. I. Zeitlin St. Petersburg: Die Fabrik-Inspection und die gewerkschaftlichen Arbeiter-Verbände. Der Vortragende steht auf dem Boden der Freiheit gewerkschaftlicher Verbände und der Herstellung einer innigen Verbindung zwischen ihnen und den Fabrik-Inspectionen. Die Rolle der letzteren soll ausschliesslich die sein, dass sie Verletzungen der Arbeiterschutz-Gesetze verfolgt und zur Bestrafung bringt.

O. E. Bushanski-Moskau: Arbeitsschutz in kleinen Industrie-Unternehmungen. Der Vortragende schliesst sich der Meinung Goldsteins an. Der Vortrag des Arbeiters N. S. Mamontoff-Moskau: Fabrik-Inspection und gewerkliche Verbände, in welchem der Redner die Abhängigkeit der Fabrik-Inspection von der Polizei illustrierte, rief einen Protest des überwachenden Polizei-Vertreters hervor, welcher von dem Vorsitzenden die Entfernung des Redners forderte. Das Publicum spendete dem Redner reichen Beifall.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

A. N. Kolokoljnikow, (Arbeiter) wiederholte in seinem Vortrage: Die Arbeitsinspection vom Standpuncte der Industrie-Gesetzgebung und des Arbeiter-Lebens- und Gesundheitsschutzes, die Darlegungen der Vorredner und entwickelte den Gedanken, dass eine Regulierung der Pflichten der Fabrik-Inspection unerlässlich sei, da letztere oft vom Standpuncte des Arbeitsschutzes betrachtet, von unerwünschter Seite abgelenkt werde.

An der auf Grund dieser Vorträge entstandenen Discussion beteiligte sich der Arbeiter Smirnow aus Baku, der auf die Untauglichkeit der Fabrikinspection hinwies, die im Jahre 1905 zur Zeit der Arbeiter-Bewegungen zu Tage trat. Dem Vortragenden wurde von dem Polizei-Pristaw das Wort entzogen.

Das Aufsichts-Bureau beriet über die entstandene Lage und beschloss, sich an den Stadthauptmann zu wenden. Nach 2 Stunden wurde die Sitzung nach erhaltener beruhigender Zusicherung wieder eröffnet.

Dr. A. W. Pogoshew-St. Petersburg: Arbeitsinspection vom Puncte der Berufs-Hygiene. Der Vortragende hält es für unerlässlich, ohne Schaden für das bestehende Krons-Budget die Industrieunternehmungen in Sibirien und dem Kaukasus der Inspection zu unterwerfen.

Weiter besteht er auf der Aufnahme von Arbeiter- und Unternehmer-Bevollmächtigten in den Bestand der örtlichen Behörde für Fabrik- und Bergindustrie-Angelegenheiten, wobei die Behörde besonders für Fabrikangelegenheiten auf neuer Grundlage organisiert werden muss. Mit der Entwickelung der Industrie-Aufsicht muss jegliches Missverständnis zwischen den Bevollmächtigten der Arbeiter und der Unternehmer aufhören.

An den lebhaften Auseinandersetzungen nahmen teil Prof. W. W. Swjatlowski, der auf die Notwendigkeit der Einrichtung eines Inspections-Instituts hinwies und die Heranziehung von Arbeiter-Delegierten zur Beaufsichtigung neben den Inspectoren forderte.

I. D. Astrachow empfiehlt im Namen des Moskauer Fabrik-Aerzte-Vereins, auch die Fabrikärzte in den Bestand der Inspection aufzunehmen. Ausserdem sprachen Goldstein, Emdin, Archipow u. a., welche betonten, dass sich Arbeiter und Angestellte der Inspection zu unterwerfen haben.

Ueber die Frage des gegenwärtigen Standes der Fabrik-Medicin und ihres zukünftigen Schicksals wurden 13 Vorträge gehalten. Die Vortragenden entwarfen ein Bild, welches deutlich zeigt, dass die Organisation der ärztlichen Hilfe für Arbeiter in den weitaus meisten Fällen von der Vollkommenheit weit entfernt ist und da besonders leidet, wo durch das Bestehen der Kranken-Gebühr dem Unternehmer die Möglichkeit gegeben ist, den Arbeitern auf gesetzlicher Grundlage keine Kranken-Behandlung zu bieten.

Aus den Vorträgen der DDr. S. A. Kalmanson und A. N. Winokuroff erfährt die Versammlung, dass in Jekaterinoslaw eine eigenartige Organisation der ärztlichen Hilfe für Arbeiter existiert, an welcher sowohl die Unternehmer wie auch die Vertreter der Arbeiterverbände gleichzeitig teilnehmen, wobei beide gleich stimmberechtigt sind. Bei der Organisation besteht ein Aerzte-Rat, der seine Tätigkeit vollkommen selbständig ausübt.

Abend-Sitzung 4. April.

Vorsitzender Dr. N. P. Wassilewskij.

Dr. W. I. Lebedew-Moskau: Ueber die Notwendigkeit der Schaffung einer Gemeinde-Organisation für die Sicherung der medicinischen Hilfe für Arbeiter. Der Referent findet, dass es möglich wäre, die Fabrik-Medicin entweder mit den Krankencassen oder mit der in Russland bestehenden Behandlung auf Gemeindekosten in Verbindung zu bringen oder aber mit diesen beiden Organisationen zu vereinigen. Indem er auf das Princip der Unentgeltlichkeit der Behandlung russischer Arbeiter hinwies, hält der Vortragende mehr von der Uebergabe des ärztlichen Teiles in die Hände der Leitung der Gemeinde-Organisationen.

Dr. E. G. Munblüt-Moskau: Zur Frage der Sicherstellung der Arbeiter durch schnelle ärztliche Hilfe, welche durch eine Organisation der allgemeinen Medicin ins Leben gerufen werden kann. Der Berichterstatter stimmt vollkommen mit der Meinung Dr. Lebedews überein, hält es aber für möglich, den ärztlichen Teil in die Hände der Krankencassen oder Landschaften zu legen.

I. S. Weger-Moskau: Fabrikmedicin und Landschaft. Der Referent erklärt sich, ohne sich auf die Krankencassen zu beziehen, kategorisch als Gegner der Uebergabe der Fabrik-Medicin an die Landschaft und behauptet, dass eine solche Uebergabe sowohl der Landschaft wie auch der Fabrik-Medicin Schaden bringen muss. In finanzieller Hinsicht ist diese Uebergabe für die Landschaft unausführbar, umsomehr noch als sich die Fabrik-Medicin wesentlich von der Landschaft-Medicin unterscheide und die Landschaft schon aus diesem Grunde nicht imstande ist, allen Forderungen der Fabrik-Medicin gerecht zu werden. Diese Frage muss ihre Entscheidung ungetrennt von der Arbeiterfrage finden.

An der Discussion über das Schicksal der Fabrik-Medicin nahmen 25 Herren teil. Die Vertreter der Industrie S. A. Auerbach-Charkow und N. F. von Dittmar (Vorsitzender des Rates der Bergindustrie-Congresse Südrusslands) bemerken, dass auf Grund des Gesetzes vom Jahre 1866 die Fabriken nicht verflichtet sind, die Arbeiter unentgeltlich zu curieren. Die Uebergabe der Fabrik-Medicin an die Landschaft wird nur die ganze Lage verschlimmern. Alle Redner von der Arbeitergruppe haben sich für die Uebergabe der Fabrik-Medicin an die Krankencassen ausgesprochen. Es werden drei Resolutionen beantragt, von welchen die Mehrzahl der Abgeordneten für die von der Arbeitergruppe eingebrachte stimmen. Der Wortlaut derselben ist folgender: In allgemeiner Uebereinstimmung damit, dass die Arbeiter vollständig auf Kosten der Unternehmer zu curieren sind, findet es der Congress für zweckmässig und den Interessen der Arbeiterclasse angepasst, die ganze Angelegenheit in die Hände der Selbstverwaltung der Arbeiter-Krankencassen zu legen.

Sitzung vom 5. April.

Vorsitzende: Ingenier I. W. Tschernischeff und Dr W. I. Schary.

Es gelangt die Frage über die Staatsversicherung zur Besprechung.

W. J. Kanel, Moskau: Neue Strömungen hinsichtlich der Frage über die Versicherung der Arbeiter im Westen und erwünschte Formen der Anwendung derselben bei uns in Russland. Der Berichterstatter führt die guten Resultate an, die bei der Einführung der Zwangsversicherung erzielt werden, stellt aber dabei folgende Bedingungen: 1) Alle Arten der Versicherung müssen nur durch ein Institut vertreten sein. 2) An der Spitze der Versicherungscassen müssen Arbeiter stehen und 3) Die administrative Gewalt darf nur beobachtend, nicht aber ausführend in dieser Angelegenheit wirken.

Dr. M. L. Heisin, St. Petbg.: Ueber das Gesetz vom 2. Juni und die Staatsversicherung für den Krankheitsfall. Der Berichterstatter findet, indem er das Invaliden-Gesetz erwähnt, dass in demselben in der Frage über die Entschädigung der Verunglückten dieselben ungenügenden Normen für die Verantwortung der Unternehmer, welche in dem Gesetz vom 2. Juni enthalten waren, beibehalten worden sind. Infolgedessen erscheint es notwendig, die Norm bis zum vollen Betrage des Arbeitslohnes zu erhöhen und in den Cassen das Princip der Selbstverwaltung der Interessenten durchzuführen.

Dr. N. A. Wigdortschik, St. Petersburg: Staatliche Gesetzvorlage betr. die Sicherstellung der Arbeiter im Krankheitsfalle. Der Vortragende weist auf folgende Mängel hin, welche den von dem Ministerium für Handel und Industrie der Duma zur Beratung vorgelegten Entwurf betr. das Krankenversicherungsgesetz hat: 1) werden aus Sparsamkeitsrücksichten in dem Project die Leistungen der Versicherungscassen auf ein Minimum begrenzt, indem der grösste Teil der Ausgaben den Arbeitern auferlegt wird; 2) die Beteiligung der Arbeiter ist nur eine fictive und wird durch staatliche Agenten ersetzt; 3) die Fabriksmedicin als solche wird durch die Gesetzvorlage vollständig ausgeschaltet.

S. Malinowski (Arbeiter) besteht in seinem Bericht über die Alters- und Invaliden-Versicherung darauf, dass die Alters- und Invaliden-Versicherung auf der Basis der obligatorischen Versicherung für alle angenommenen Arbeiter ohne Unterschied des Alters und Geschlechtes schleunigst eingeführt werde, und zwar unter Berücksichtigung des Umstandes, dass auch andere Personen, welche ihrer wirtschaftlichen Lage nach mit den Arbeitern auf einer Stufe stehen, freiwillig der Versicherung beitreten können. Die Mittel zur Realisierung der Versicherung sollen die Unternehmer und die Regierung mit Hilfe einer progressiven Einkommen-, Vermögens- und Erbschafts-Steuer aufbringen.

Der Redner wurde von dem Polizei-Pristaw unterbrochen.

L. B. Granowski: Ueber einige Organisations-Principien des Ministerial-Projectes der Arbeiter-Versicherung. Die Regierungs-Projecte kritisierend, weist der Referent in erster Linie darauf hin, dass im Project das Interesse der Unternehmer mehr geschützt wird als das Interesse des Arbeiterstandes, und ausserdem ist der Kreis der der Versicherung unterliegenden Arbeiter ein zu enger und alle Organisationen der Cassen sind aus besonderen Gründen dem Staate unterstellt.

Der Vertreter des Rates der Bergindustriellen Südrusslands, N. F. v. Dittmar verliest den Bericht über Unglücksfälle in der Industrie des Südens und das Gesetz-Project des Mini-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

steriums. Der umfangreiche Bericht wird durch viele Tabellen und Diagramme illustriert, welche zeigen sollen, dass die ärztliche Hilfe, welche den Arbeitern in den Fabriken des Südens geleistet wird, vollständig befriedigend ist, und dass Alles, was aus eigenem Antriebe von den Unternehmern ohne Aufforderung von seiten der Regierung eingerichtet wurde. Die Zahl der Unglücksfälle ist im allgemeinen eine recht hohe (11 pCt.), in anderen Industrieen Russlands beläuft sich dieselbe aber nur auf 2 pCt., der Grund dieser traurigen Erscheinung liegt in dem schnellen Anwachsen der Industrie und ausserdem trägt hierzu die Unerfahrenheit und ungenügende Vorbereitung der Arbeiter bei, ausserdem aber auch ihre Uncultiviertheit, Unaufmerksamkeit und teilweise ihr Nomaden-Leben. Zur Verminderung der Unglücksfälle sollten folgende Massregeln ergriffen werden: 1) gesetztliche Verantwortlichkeit der Unternehmer für unterlassene Massnahmen, 2) Massnahmen zur Heilung und Rettung.

Viele der nachfolgenden Redner weisen Herrn v. D. auf viele Ungenauigkeiten der angeführten Daten und irrtümliche Schlussfolgerungen in seinem Bericht hin.

Ausser Anderen tritt auch der Abgeordnete der Reichsduma Dr. J. P. Pokrowski auf, welchen die Versammlung mit lautem Beifall begrüsst. In einer Erwiderung auf die Rede des Herrn v. D. bemerkt P., dass an den Ausgaben, welche durch die Versicherung entstehen werden, auch der Staat Anteil nehmen muss unter der Bedingung, dass eine Staats-Einkommensteuer eingeführt wird. Der anwesende Polizei-Pristaw forderte den Vorsitzenden auf, dem Redner das Wort zu entziehen, was einen Protest von seiten des Publicums hervorruft. Die Sitzung wird unterbrochen und das Aufsichts-Bureau des Congresses ordnet eine Deputation an den Stadthauptmann ab.

Erst nach beruhigenden Versicherungen des Letzteren den Congress nicht aufzulösen, wird die Sitzung auf den nächsten Tag verlegt.

Am nächsten Tage, kurz vor der Schliessung des Congresses erschien noch vor Anfang der Sitzung der Gehilfe des Stadthauptmanns und stellte dem Vorsitzenden eine ganze Reihe strenger Bedingungen, unter welchen eine Fortsetzung des Congresses möglich wäre. Diese Bedingungen waren aber unerfüllbare und das Aufsichts-Bureau des Congresses kam einstimmig überein, den Congress noch vor Beginn der Sitzung zu schliessen.

Der Ehren-Vorsitzende D. P. Nikolski eröffnete die Sitzung mit der Verlesung der Bestimmungen des Aufsichtsbureaus. Nach Beratung der Bedingungen, welche für die letzten Sitzungen gestellt waren, findet es das Bureau für unmöglich, die Arbeiten des Congresses weiterzuführen und bestimmt die Schliessung desselben.

Nach der Schliessung des Congresses wurde hierselbst ein gemeinschaftliches Frühstück eingenommen und bei dieser Gelegenheit wurden veschiedene Reden gehalten, welche den Wunsch zum Ausdrucke brachten, dass der 2. allrussische Congress der Fabrik-Aerzte in Moskau im Jahre 1911 zustande kommen möge.

S. Bobrinski.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Vom Ministerium des Innern ist der Gehilfe des Ober-Medicinal-Inspectors, Dr. N. Schmidt, nach Charkow abdelegiert worden, zwecks Ergreifung von Massregeln an Ort und Stelle im Kampfe gegen die Typhusepidemie. Die Verwaltung des Roten Kreuzes sendet gleichfalls nach Charkow ein temporäres Lazarett von 100 Betten.

— Am 7. Juni fand in Terijoki (an der finnländischen Grenze) die feierliche Eröffnung des «Sanatoriums für tuberculöse Kinder» der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose» statt. Das Sanatorium besteht aus einem geräumigen Landhaus, welches der Gesellschaft von der Familie Weber geschenkt wurde und zur Erinnerung an den verstorbenen H. K. Weber dessen Namen führen soll. Das Haus liegt nah bei dem Bahnhof, mitten in einem kleinen Fichtenpark, gegen Wind hinreichend geschützt und von der Sonne genügend beschienen. Einstweilen sind im Sanatorium 35 Kinder untergebracht, von denen 10 auf Kosten der «Gesellschaft» verpflegt werden, während 25 durch «Stiftungen» unterhalten werden. Nur dank der hochwürdigen Spende der Familie Weber, ist es der «Gesellschaft» möglich geworden, einen Plan zu verwirklichen, den sie seit Jahren vor Augen gehabt. — Der Eröffnungsfeier wohnten ausser dem Verwaltungsrat, die Mitglieder des Damencomitees und viele Gäste bei.

— Am 2. Juni fand im Obuchow-Hospital in St. Petersburg ein ehrenvoller Empfang des Oberarztes der weiblichen Abteilung, Dr. W. Kernig anlässlich seiner fünfundvierzigjährigen wissenschaftlichen und ärztlichen Tätigkeit statt. Die Ehrung traf den Jubilar vollständig unerwartet und trug deswegen einen desto herzlicheren und rührenderen Charakter. Wir bezeugen dem verehrten Jubilar, der mit Ehren und Ruhm 45 Jahre lang den schweren und verantwortungsvollen Posten eines Hospitalsarztes bekleidet, auch unsererseits die tiefste Hochachtung.

— Russland besass bekanntlich bis jetzt noch kein Centralorgan für die Bekämpfung der Tuberculose und war aus diesem Grunde auf den internationalen Tuberculoseconferenzen bisher nur durch einen Delegierten der Regierung vertreten gewesen, anstatt, wie es nach seiner Bevölkerungsziffer berechtigt wäre, durch fünf Personen repräsentiert zu werden. Bereits vor Jahren hatte die Pirogoffsche Gesellschaft in Moskau die Gründung einer russischen Tuberculoseliga geplant. Der Verwirklichung dieses Planes waren jedoch die schweren historischen Ereignisse der jüngsten Vergangenheit hindernd in den Weg getreten, und erst nachdem Dr. Leo Berthenson im Anschluss an einen Vortrag über die Ergebnisse der Wiener Conferenz die Frage im vorigen Jahre von neuem energisch angeregt hatte, sind die Vorarbeiten von seiten der permanenten Tuberculosecommission der Pirogoffschen Gesellschaft wieder — und zwar diesmal mit Erfolg — in Angriff genommen worden.

Vom 2. bis 4. (15.—17.) April hat nun in Moskau die genannte Commission unter Hinzuziehung von Vertretern der Tuberculosebekämpfung aus allen Teilen Russlands eine Conferenz abgehalten, in welcher die Grundlagen zur Bildung einer russischen Liga ausgearbeitet worden sind.

Den Vorsitz führte der Präses der Commission Dr. V. A. Worobjeff. Ausser den Mitgliedern der Commission selbst, beteiligten sich an den Beratungen auch die Mitglieder der Tuberculosesection der Moskauer Filiale der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit und sonst noch zahlreiche Aerzte Moskaus, welche bereits activ mit der Tuberculosebekämpfung beschäftigt sind. Demnächst war St. Petersburg am stärksten vertreten, wobei der Medicinalrat, das Institut für Experimentalmedicin, die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, die Gesellschaft zur Fürsorge für Tuberculöse durch besondere Delegierte repräsentiert waren. Ferner waren vertreten: Kiew mit seiner Tuberculosegesellschaft, Tula, Charkoff, die Krim, der Kaukasus (Suchum), Orenburg und das Gebiet der Kumys-Heilanstalten, die Ostseeprovinzen (Riga), Polen (Warschau).

Viele der Teilnehmer an der Conferenz gehörten ihrer dienstlichen Stellung nach zum Militär- oder Civilressort der Regierung, zur Verwaltung der Landschaften (Semstwos) oder der Städte. Namentlich seien hier nur Diejenigen aufgeführt, welche bereits der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberculose angehören. Es sind dies: die Herren L. Berthenson, Scherwinskij, Trütschel, Unterberger, Blumenthal, Tschigajew, Wyssokowitsch und Wladimirow.

Die Conferenz verständigte sich vor allem über gewisse principielle Fragen. Die zu gründende Liga soll zunächst alle in Russland bestehenden Institutionen, welche direct oder indirect am Kampfe gegen die Tuberculose beteiligt sind, zu planmässiger Arbeit auf diesem Gebiete vereinigen. Somit steht zu erwarten, dass nicht nur die speciellen Tuberculosegesellschaften, Sanatorien und dergl. der Liga beitreten, sondern auch die verschiedensten Behörden der Regierung, der Städte und der Landschaften, ferner medicinische Gesellschaften, Wohltätigkeitsvereine sowie anderweitige Institutionen, welche ein Interesse an der Bekämpfung der Tuberculose haben. Zugleich aber ist es Sache der Liga, für die Neugründung von Tuberculosegesellschaften und -organisationen in allen Teilen des Reiches Sorge zu tragen. Abgesehen von diesen juristischen Personen soll aber auch jedermann gegen einen minimalen Jahresbeitrag als Mitglied in die Liga eintreten können.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Liga naturgemäss alle Mittel in Anwendung zu bringen, welche den Kampf gegen die Tuberculose fördern können: Antituberculosepropaganda und Aufklärung; Anregung und Förderung privater und gesellschaftlicher Initiative; Unterstützung eventuell Begründung von Heilanstalten, Fürsorgestellen und dergl.; Eingaben und Vorstellungen bei den Behörden und Regierungsinstitutionen u. s. w.

Die Geschäftsführung der Liga soll in den Händen einer Verwaltungscommission liegen, welche ihren Sitz in Moskau (oder St. Petersburg) hat. Alljährlich ist eine Versammlung des (engeren) Rates in Aussicht genommen, und zwar abwechselnd in den verschiedenen Städten des Reiches. Endlich sollen periodisch allgemeine Versammlungen einberufen werden, womöglich in Zusammenhang mit einem Congress.

In der Moskauer Tagung ist ein genaues Statut der Liga ausgearbeitet worden, welches nunmehr den Instanzenweg zu einer formellen Bestätigung zu durchlaufen hat. Interimistisch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird die permanente Tuberculosecommission der Pirogoffschen Gesellschaft als Centralorgan betrachtet. Mit der Vertretung der bis dahin hoffentlich bereits legalisierten Liga auf der VIII. Internationalen Tuberculoseconferenz in Stockholm ist Prof. Scherwinskij betraut. Die erste Sitzung des Rates nach Bestätigung der Statuten ist für den Herbst dieses Jahres in St. Petersburg in Aussicht genommen (mitgeteilt von Dr. A. Wladimirow).

— Im Hinblick auf den weit verbreiteten Alcoholmissbrauch in Russland, der schon seit langer Zeit seine gesundheitsschädigende und die Wohlfahrt des Volkes zerstörende Wirkung äussert, hat eine besondere Commission der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit für angebracht erachtet, einen Allgemeinen russischen Congress zur Bekämpfung der Trunksucht einzuberufen und hierzu bereits die ministerielle Erlaubnis erhalten. Der Congress wird vom 28. December 1909 bis zum 6. Januar 1910 in St. Petersburg tagen. Teilnehmer des Congresses können alle Personen sein, die sich für die Alcoholfrage interessieren, wobei sie sich rechtzeitig bei dem Organisationscomitee des Congresses — St. Petersburg, Moika 85, Telephon 29031 — zu melden haben. Das Organisationscomitee besteht aus 25 Mitgliedern, Präses ist Dr. M. Nishegorodzew, Vicepräses Prof. D. Drill. Dieses Comitee hat einen ausführlichen Plan der Organisation des ersten Congresses ausgearbeitet, der Interessenten zugeschickt wird. Für die Provinzen sind folgende Bevollmächtigte des Comitees erwählt: für die baltischen Provinzen N. Kramer, für Finnland Matti Helenius (Helsingfors), für Moskau L. Minor und A. Korowin, für Kiew J. Sikorskij, für Charkow B. Greidenberg und P. Migulin, für Odessa B. Worotynskij, für Warschau W. Nikoljskij, für Kasan W. Osipow, für Jaroslawlj A. Golossow.

— Diejenigen Herren Collegen, welche den diesjährigen baltischen Aerztecongress vom 23. bis 26. August in Dorpat mitmachen und sich eines Quartieres für die Zeit der Tagung versichern wollen, mögen ihre diesbezüglichen Wünsche spätestens bis zum 10. August der Quartiercommission bekannt machen unter der Adresse: Dorpat, Dr. W. Hollmann, Lodjenstrasse, Nr. 4.

— Am 3.—10. Januar 1910 findet in St. Petersburg der XI. Pirogowsche Aerztetag statt. Präses des Organisationscomitees ist Prof. S. Ssalaskin, Vicepräses Prof. W. Ssirotinin, Mitglieder desselben sind die Professoren N. Weljaminow, D. Ott, G. Chlopin, N. Ssimanowskij, Cassierer — Prof. Lichatschew, Redacteur P. Bulatow, Secretär J. Dmitrijew. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Secretär: St. Petersburg, Kabinetskaja 18, Petersburger Landschaftsamt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Rbl. und ist an den Cassierer, Prof. Lichatschew (Liteiny 11, W. 5) einzusenden. Bei dieser Gelegenheit soll die Zuerkennung zweier Preise auf den Namen des verstorbenen Landschaftsarztes E. Ossipow im Betrage von je 400 Rbl. für die beste Arbeit aus dem Gebiet der öffentlichen Medicin stattfinden. Die Autoren, die sich um die Preise bewerben wollen, haben ihre Arbeiten (Manuscript oder Drucksachen) bis zum 1. October 1909 einzusenden.

— Die XII. Versammlung Russischer Naturforscher und Aerzte findet vom 28. December 1909 bis zum 6. Januar 1910 in Moskau statt. Somit fällt dieselbe leider z. T. mit dem Pirogowschen Aerztetag zusammen. Präses des Organisationscomitees ist Prof. D. Anutschin, Vicepräses A. Pawlow. Die Anmeldung des Besuches der Versammlung und von Vorträgen hat bis zum 1. November zu geschehen und zwar ist dieselbe entweder an das Organisationscomitee (Moskau. Universität.) oder an die Secretäre E. Leist und G. Koshewnikow zu adressieren.

— Ende September 1910 findet in Paris die 2. Internationale Conferenz für Krebsforschung statt. Folgende Themata sind von dem Bureau der Internationalen Vereinigung für Krebsforschung in der diesjährigen Sitzung (im April) in Berlin auf die Tagesordnung gesetzt: 1) Statistik des Krebses beim Menschen und bei den Tieren; 2) Aetiologie und Biologie des Krebses; 3) klinische Diagnose des Krebses; 4) Behandlung des Krebses; 5) Verbreitung von allgemeinverständlichen Kenntnissen von dem Krebs durch Vorlesungen und Ausstellungen. Ausserdem sind einige Ergänzungsfragen in Aussicht genommen, betreffend die experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen, die intracellulären Zelleinschlüsse bei Krebs und die Methodik der mikroskopischen Erforschung der Krebsgeschwülste.

— In Werchneudinsk wird ein Lazarett der Gesellschaft des Roten Kreuzes erbaut, welches allen Anforderungen, die an ein modernes Hospital gestellt werden, entsprechen soll.

— Am 29. Mai traten in Schlüsselburg unter den Arbeitern der Kattunfabrik die ersten Choleraerkrankungen auf. Einer der Erkrankten ist gestorben.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 4. Juni	des 5. Juni	34	10	—	135
» 5. »	» 6. »	53	10	2	176
» 6. »	» 7. »	43	17	4	198
» 7. »	» 8. »	40	19	5	214
» 8. »	» 9. »	61	15	2	258
» 9. »	» 10. »	75	19	1	313
» 10. »	» 11. »	76	13	6	368

Seit dem Beginn der Epidemie sind 10924 Personen erkrankt, 4173 gestorben und 6384 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 17. zum bis 23. Mai 1909 418 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 23, Typhus exanthem 14, Febris recurrens 33, Pocken 19, Windpocken 4, Masern 101, Scharlach 64, Diphtherie 55, Cholera 25, acut. Magen-Darmkatarrh 14, an anderen Infectionskrankheiten 66.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11350. Darunter Typhus abdominalis 361, Typhus exanth. 45, Febris recurrens 216, Scharlach 226, Masern 103, Diphtherie 156, Pocken 91, Windpocken 1, Milzbrand 1, Cholera 14, crupöse Pneumonie 173, Tuberculose 473, Influenza 210, Erysipel 95, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 59, Lepra 0, Syphilis 458, venerische Krankheiten 335, acute Erkrankungen 1844, chronische Krankheiten 1575, chirurgische Krankheiten 1372, Geisteskrankheiten 3202, gynäkologische Krankheiten 217, Krankheiten des Wochenbetts 55, verschiedene andere Krankheiten 60.

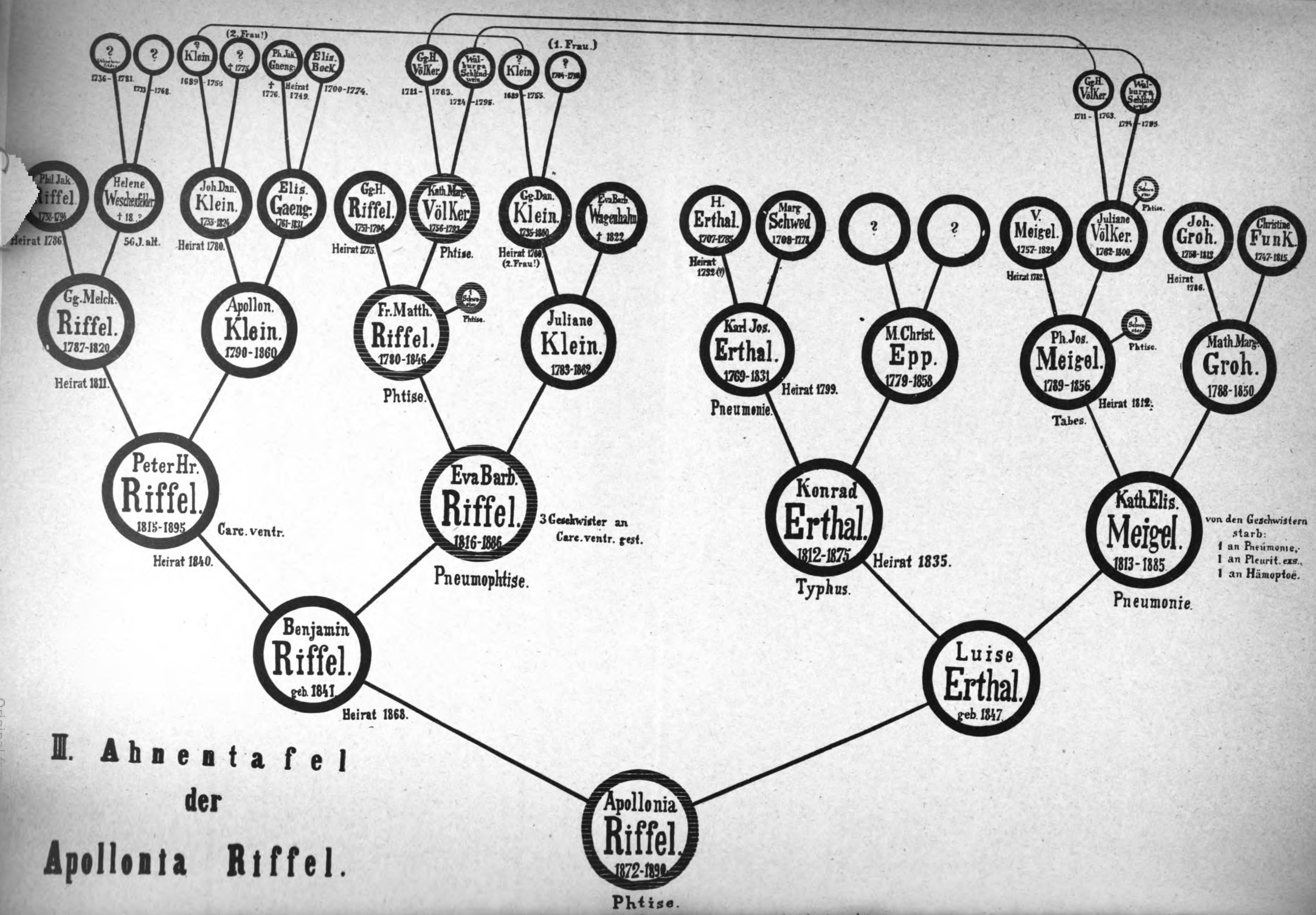
— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 853 + 32 Totgeborene + 40 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 11, Typhus exanth. 2, Febris recurr. 3, Pocken 1, Masern 34, Scharlach 18, Diphtherie 16, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 33, katarrhalische Pneumonie 127, Erysipelas 5, Influenza 7, Lyssa 0, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 1, Cholera 11, Magen-Darmkatarrh 25, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 29, andere Todesursachen 293.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta wurden vom 25. April bis 1. Mai 105 Todesfälle an der Cholera registriert.

— Am 23. Mai wurde in München, in den Maximiliananlagen das Denkmal für Max Pettenkofer enthüllt. Der Nachfolger Pettenkofers, Prof. v. Gruber hob bei dieser Gelegenheit in einer Rede die Bedeutung Pettenkofers hervor. Von vielen wissenschaftlichen Instituten wurden am Denkmal Kränze niedergelegt.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 30. Mai in St. Petersburg Dr. W. Brjuchanow, geboren 1850, Arzt seit 1879. 2) Am 15. Mai in Rjashsk an Typhus Dr. W. Wsewolodow («Russkoe Slowo» 16. (Mai) geboren 1871, Arzt seit 1899. 3) In Luga Dr. J. Wershbizky («Przeglad lekarski» 29. Mai) geboren 1850, Arzt seit 1878. 4) Am 27. Mai in St. Petersburg an Rotz, inficiert während des Studiums dieser Krankheit, der Veterinärarzt W. Sseslawinsky, geboren 1876, Veterinärarzt seit 1902. 5) Am 11. Mai in Kamenez-Podolsk am Flecktyphus Dr. N. Molunow, geb. 1868, Arzt seit 1893. 6) Am 11. Mai auf der Eisenbahnstation Laptewo der Moskau-Kursk-Bahn ebenfalls an Flecktyphus der Landschaftsarzt A. Roshdeswenskij, geb. 1870, Arzt seit 1894. 7) In Wilna Dr. Z. Stanewitsch. 8) In Moskau Dr. Kasparjanz. 9) In Jekaterinoslaw am Flecktyphus den 27. Mai Dr. A. Rochlin. 10) Am 31. Mai der Stadtarzt Bjelkin. 11) In Ufa am Flecktyphus der Stadtchirurg Lissowsky. 12) Dr. L. von Hofer, Professor der medicinischen Propädeutik in Graz. 13) Dr. J. R. Costa, Professor der Physiologie in Buenos Aires.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

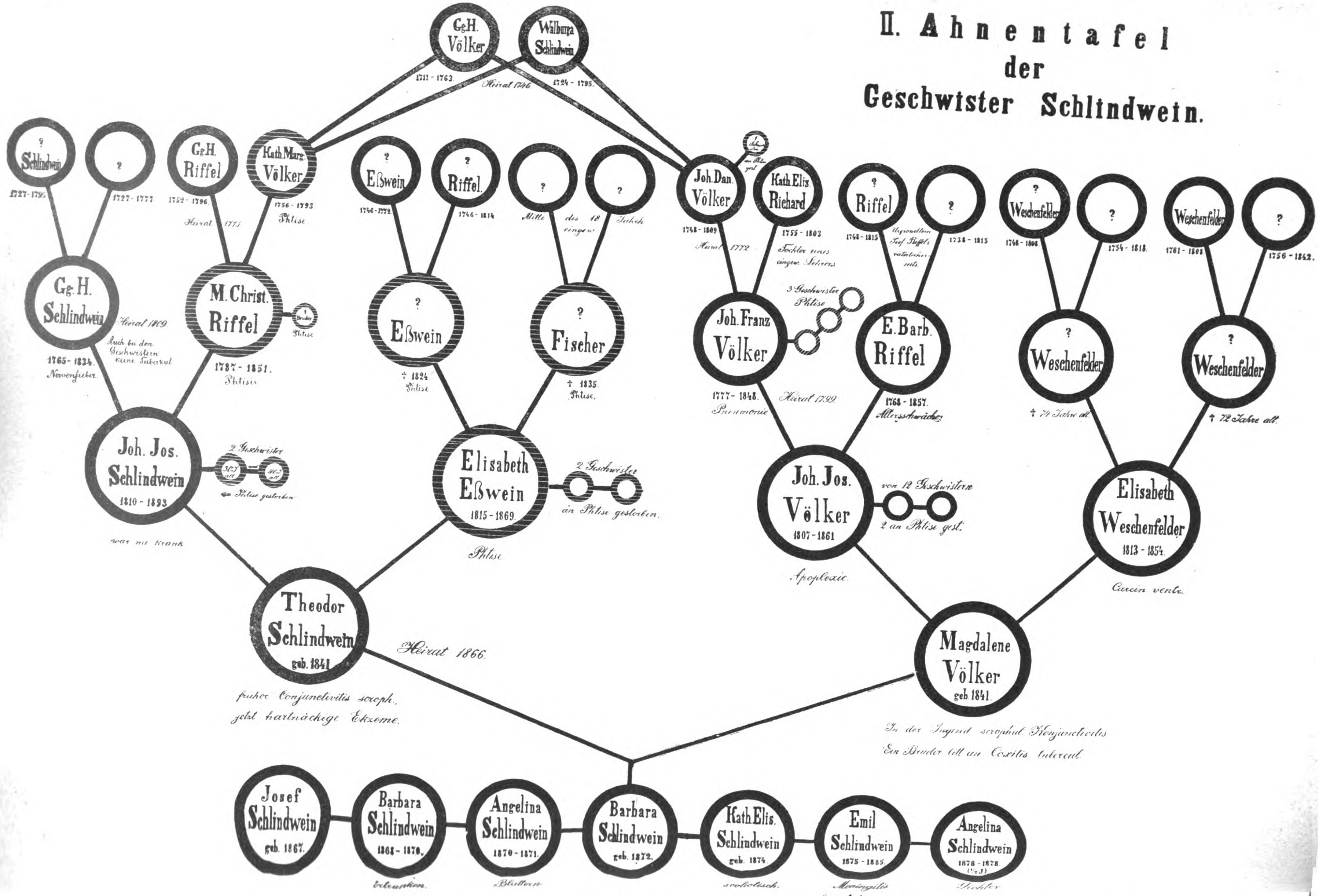


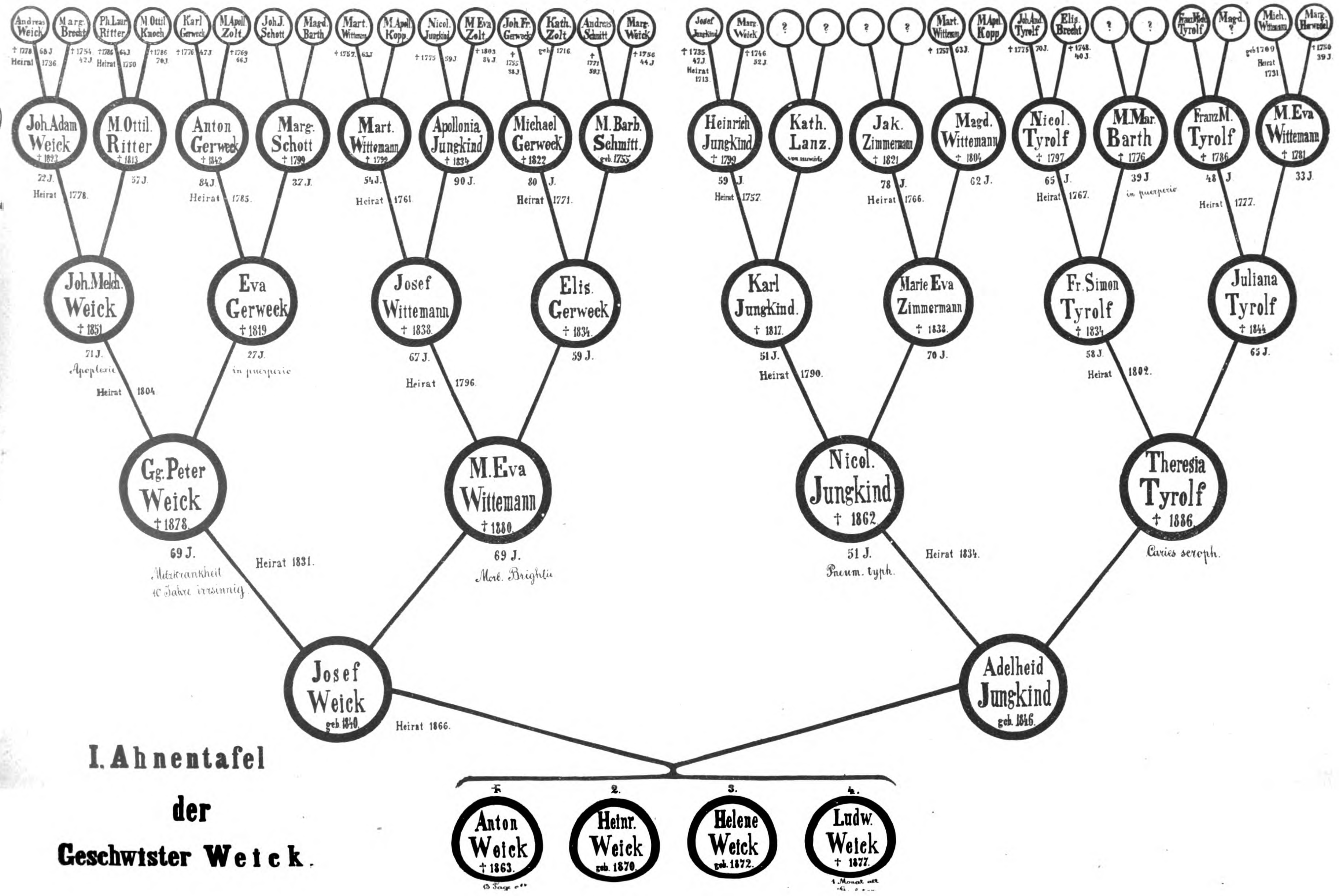
II. Ahnentafel der Apollonia Riffel.

Dr. S. Unterberger — Die Vererbung der Schwindsucht.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

II. Ahnentafel der Geschwister Schlindwein.





I. Ahnentafel der Geschwister Weick.

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 25 St. Petersburg, den 20. Juni (3. Juli) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Casuistik des Paratyphus A. *).

Von

Dr. med. B. Kallmeyer.
St. Petersburg.

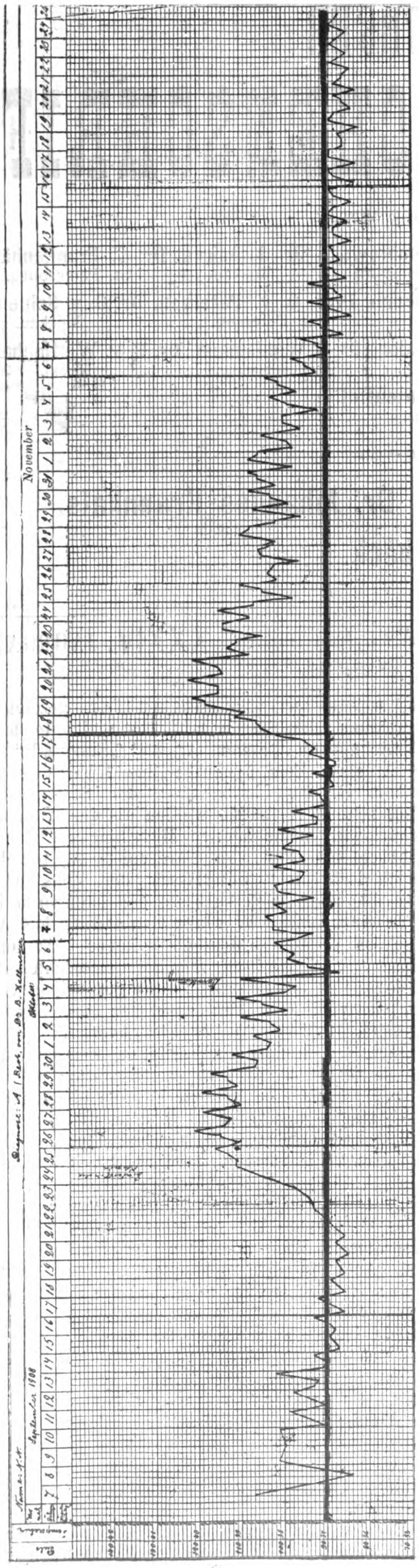
M. H. Wie Ihnen bekannt ist, hat man dank den specifischen Agglutinationsmethoden des Serums aus der Zahl der früher als Typhus abdominalis bezeichneten Fälle eine Reihe von Fällen auszuschalten, welche zwar in ihrem klinischen Verlaufe dem Abdominaltyphus ähnlich sein können, jedoch ihrer bacteriologischen Aetiologie nach, sich von demselben abgrenzen lassen, indem sie nicht von dem specifischen Eberthschen Typhusbacillus hervorgerufen werden, sondern von einer Reihe anderer Bacillen, die teils dem Colibacillus, teils dem Typhusbacillus näher stehen. Diese Fälle, die früher unter dem Namen der „Typhoide", der „gastrischen Fieber" u. s. w. gingen, hat man nach dem Vorgange von Achard und Bensaude [1]) und von Schottmüller [2]) klinisch als Paratyphus bezeichnet und ihre Erreger Paratyphusbacillen benannt.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, Sie in umfassender Weise mit der bereits stattlich angewachsenen Literatur dieser Frage bekannt zu machen. Was bis zum Jahre 1904 über den Paratyphus, speciell auch über seine Bacteriologie veröffentlicht worden ist, findet sich in einem grossen Sammelreferat von Clemens [3]) in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift desselben Jahres übersichtlich zusammengestellt. Ich werde mich darauf beschränken, der für die Praxis wichtigsten Erscheinungen und Eigentümlichkeiten des Paratyphus Erwähnung zu tun und einen selbst beobachteten Fall von Paratyphus zu beschreiben. Um mit den Bacillen des Paratyphus zu beginnen, so stellen sie nicht, wie zuerst angenommen wurde, einen einheitlichen Typus vor, sondern weisen, wie Schottmüller gezeigt hat, mehrere Arten oder Stämme auf. So gelangte man zu den Bezeichnungen „Stamm A" und „Stamm B". Der Stamm A steht dem Typhusbacillus Eberths näher, der Stamm B. dem Colibacillus; der Stamm A. ist 3—4 Mal seltener gefunden worden als der Stamm B. Wenngleich sich meine heutige Mitteilung auf einen von mir beobachteten Fall von Paratyphus A. bezieht, so möchte ich doch nicht unterlassen, der Vollständigkeit wegen in folgendem auch kurz auf den häufigeren Paratyphus B. einzugehen. Was also den Paratyphus A. betrifft, so ist er der bedeutend seltener vorkommende und daher auch klinisch weniger erforschte. Seine Bacteriologie ist aber schon recht gut bekannt. Der Bacillus paratyphi A. scheint nach den bisherigen Erfahrungen (Kutscher [4]) für Fleischvergiftungen nicht in Betracht zu kommen. Wurde er weissen Mäusen injiciert, so zeigte er pyogene Eigenschaften (Brion-Kayser [5]). Fand eine Verfütterung derselben mit ihm statt, so gingen die Mäuse zu Grunde, und die Section zeigte Milzschwellung und starke Entzündung des Dünndarms, jedoch keine Affection des Dickdarms (Kempff [6]). Ueber den klinischen Verlauf des Paratyphus A. ist bekannt, dass derselbe mehr typhusähnlich ist, als derjenige des Paratyphus B. Es scheinen aber noch keine Sectionsprotocolle über denselben veröffentlicht worden zu sein. Auch in dem genannten Sammelreferat von Clemens ist eine strenge Scheidung des Paratyphus A. vom Paratyphus B. wohl wegen mangelnder Angaben, noch nicht möglich gewesen, so dass das Gros des Referats sich offenbar auf die B-form bezieht. Ausserdem jedoch existiert über diese letztere schon eine grosse Literatur. Es steht fest, dass der Stamm B. sich in weitere Unterarten teilen lässt, von denen zwei besonders charakteristische bacteriologische Merkmale besitzen, während einige andere, noch nicht genauer determinierte Unterarten zu Fleischvergiftungen Anlass geben können.

Die Bacillen des Paratyphus B. sind sehr resistent; abgetötet werden sie erst bei 10 Minuten langer Er-

*) Nach einem im Verein St. Petersb. Aerzte gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



hitzung auf 70°. Für die Praxis ist es wichtig zu wissen, dass der Paratyphus B. zwar unter verschiedenen Krankheitsbildern auftreten kann, jedoch hauptsächlich in zwei durch ihren klinischen Verlauf differierenden Formen vorkommt. Und zwar erstens zumeist unter dem Bilde eines acuten Brechdurchfalles, im Anschluss an Fleisch-, Fisch- und selbst Mehlspeisenvergiftungen. Es handelt sich dann also um eine stürmische, oft mit schweren Vergiftungserscheinungen verbundene Gastroenteritis. So hat v. A. Gaffky [7]) im Jahre 1905 im Kreise Cottbus eine Epidemie von Paratyphus B. beobachtet, die unter acuten Cholerasymptomen begann. Hierher gehören also offenbar alle jene Falle von Massenvergiftungen durch Nahrungsmittel, deren nähere Aetiologie früher unbekannt war und die auch bei uns, besonders in Cholerazeiten, echte Cholera vorgetäuscht haben mögen. In solchen Fällen wurden im Darm der unter dem Verdacht einer Cholera verstorbenen von verschiedenen Autoren wiederholt Paratyphus B.-bacillen in Reinculturen nachgewiesen. Erwähnt sei hier jedoch, dass der Paratyphus für Schweine nicht pathogen ist (Ostertag).

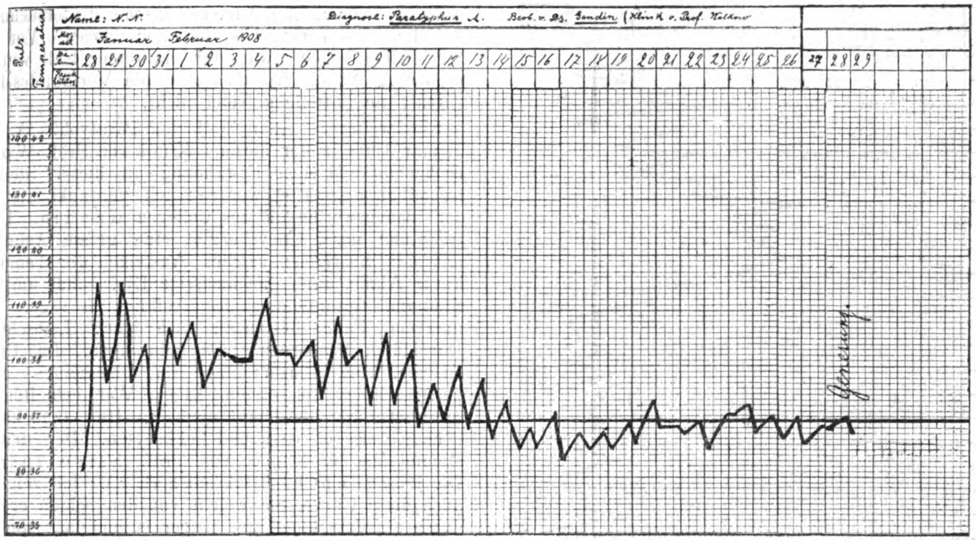
Zweitens tritt der Paratyphus B. und das seltener, mit mehr subacutem Verlauf eher typhusähnlich auf, hervorgerufen entweder ebenfalls durch eine Nahrungsmittelinfection oder auf anderem Wege erworben. Diese Fälle sind bereits in den verschiedensten Ländern und speciell auch in den Tropen beobachtet worden. Bis zum Jahre 1903 waren in der Literatur einige 80 Fälle veröffentlicht worden. Seitdem mehren sich die Publicationen bedeutend. Lentz [8]) (Neuenkirchen) beobachtete eine Epidemie von 200 Fällen. Aus der experimentellen Bacteriologie des Stammes B. will ich nur erwähnen, dass W. Korte (Breslau) die Bacillen an weisse Mäuse und Meerschweinchen verfütterte, ohne dass sie Schaden litten. Bei subcutaner Injection (Conradi, Drigalski, Jürgens [10]) wirkten schon geringe Mengen sowohl auf Meerschweinchen wie auf Kaninchen tödlich.

Pathognomonisch für den Paratyphus B. sind Herpes, grossfleckige Roseolen, fäculenter Stuhl mit penetrantem Geruch, häufig reiswasserartig, zuweilen mit blutigen Fetzen durchsetzt. Colikartige Schmerzen und Tenesmen. Bei Sectionen fanden sich Geschwüre nur selten, aber die Erscheinungen einer ausgesprochenen Enteritis, während die lymphatischen Elemente des Darmes nur ausnahmsweise verändert gefunden wurden.

Die Prognose der Paratyphen überhaupt, abgesehen von den Intoxicationsformen, ist viel günstiger, als die des Abdominaltyphus.

Was die Differentialdiagnose der Fälle von Abdominaltyphus und von Paratyphus A. und B. betrifft, so können die auftretenden Zweifel bisher noch nicht durch den klinischen Verlauf der Fälle allein, sondern nur durch eine exacte Serodiagnostik entschieden werden. Und zwar ist nur die mikroskopische Agglutinationsreaction massgebend, während die makroskopische bereits verlassen ist. Gibt die mikroskopische Serodiagnostik bei erstmaliger Ausführung ein zweifelhaftes oder undeutliches Resultat, so muss sie in einigen Tagen wiederholt werden. Sehr häufig, — in 70 Procent aller Fälle, — findet bei diesen Untersuchungen eine Mitagglutination der Typhusbacillen bei der Untersuchung auf Paratyphus, ebenso wie auch umgekehrt, oder auch Mitagglutination des A-Stammes durch den B-Stamm statt, und es müssen daher durch Titrierung genaue mikroskopische Grenzbestimmungen der agglutinierenden Serumwirkung vorgenommen werden. Die Unterschiede bei höherer Verdünnung sind dann deutlicher und ausschlaggebend für die Entscheidung, um welchen Bacillus es sich eigentlich handelt. Unsere besseren bacteriologischen Laboratorien führen diese Untersuchungen bereits aus.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN



Im Jahre 1906 haben Bensaude und Pivet [11]) und 1907 Poggenpohl [12]) noch eine weitere Forderung gestellt, die practisch durchzuführen einige Schwierigkeiten haben dürfte: nämlich ausser der mikroskopischen Agglutinationsreaction, als experimentum crucis, noch eine Reincultur aus dem Blute anzulegen und auch durch diese die Diagnose bestätigt zu finden. Dem letzteren Autor ist dieser Nachweis bei einem Falle von Paratyphus A. gelungen. Wenn dieses Verfahren auch als absolut beweisend und empfehlenswerth zu bezeichnen ist, so wird seine allgemeine Durchführung noch lange nicht immer und überall stattfinden können und wir werden vorläufig darauf bedacht sein müssen auf Grund der sonstigen klinischen Erscheinungen, Verlaufseigentümlichkeiten und Temperaturcurven, an der Hand der Casuistik unser Auge zu schärfen und speciell die seltener beobachteten Fälle von Paratyphus A. untereinander zu vergleichen.

Ich erlaube mir nunmehr, Ihnen über einen solchen, selbstbeobachteten Fall zu berichten:

Anamnese: Patient 34 a. n. Eisenbahningenieur, erkrankte am 7. Sept. 08, nachdem er sich bereits am 30. Aug. unwohl gefühlt hatte, mit Kopf- und Leibschmerzen und Fieber (38,6). Die behandelnden Aerzte sprachen sich für einen leichten Typhus aus und bestanden nicht auf absoluter Bettlage. In den nächsten acht Tagen überstieg die Temperatur nicht 38,3 und hatte einen remittierenden Charakter. Es soll Meteorismus, Neigung zu Durchfällen, leichtes Unwohlsein bestanden haben, aber weder Schnupfen, noch Halsschmerzen, noch Husten. Am zwölften Tage war Pat. fieberfrei, verliess definitiv das Bett und ging auf die gewohnte Kost über; nach weiteren drei Tagen, am 23. Sept., fühlte er sich jedoch abermals schlecht; Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, allgemeines Unwohlsein, Abends Frösteln und Fieber (37,8). Am nächsten Tage Eintritt in meine Anstalt.

Der Status ergab: kräftiger Körperbau, gute Ernährung. Stark pigmentierte Haut. Keine Roseolen. Keine Oedeme. Gesicht gerötet. Die Zunge belegt, die Ränder rot, für Typhus nicht charakteristisch. Kein Schnupfen, keine Angina, kein Herpes. Ziemlich starker Meteorismus; die untere Lebergrenze nicht deutlich bestimmbar, die obere Grenze jedoch um einen Fingerbreit nach oben verschoben. Die Milz percutorisch etwas vergrössert, jedoch nicht palpabel. Herzgrenzen und -töne normal, die Lungen frei. Puls 96, nicht dikrotisch. Temperatur abends 39,1. Der Urin stark saturiert, spec. Gew. 1023, enthält viel Indican, kein Eiweiss, keinen Zucker. Die Diazoreaction (jetzt und auch späterhin immer) negativ.

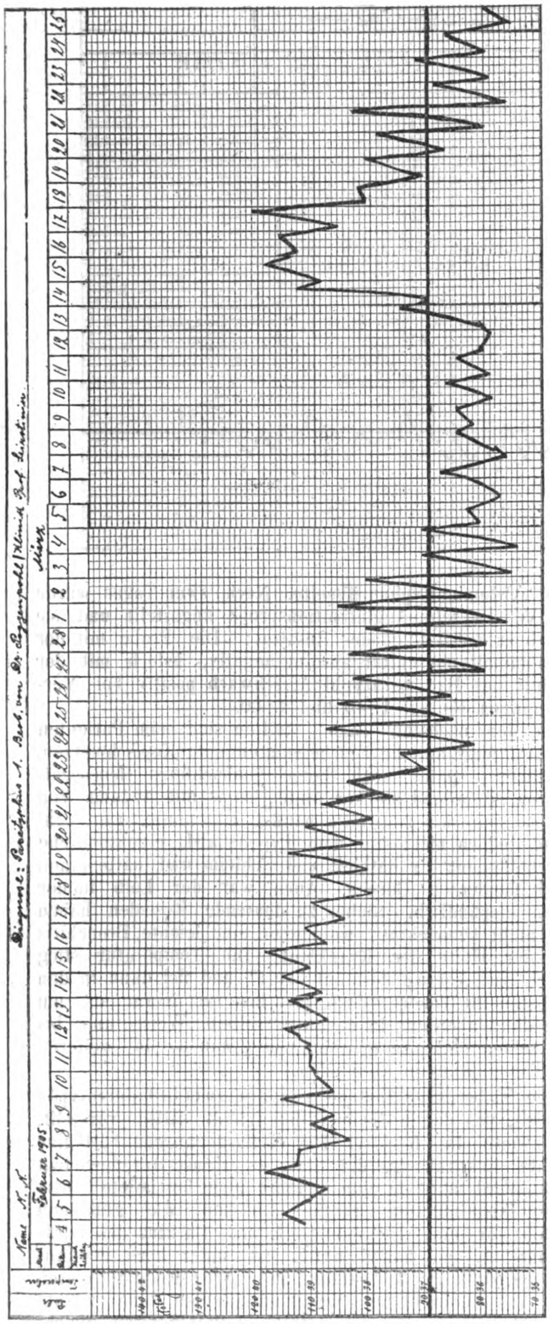
Wir standen also einer Erkrankung gegenüber, die sich an eine bereits abgelaufene, zehntägige leicht fieberhafte Magendarmerkrankung angeschlossen hatte und dem Abdominaltyphus ähnelte. Nach zwei Tagen wurde die Widalsche Agglutinationsprobe angestellt und sie ergab zunächst folgendes Resultat: Die Probe mit der Abdominaltyphuscultur absolut negativ, jedoch mit der Cultur des Bac. paratyphi A. schwach positiv bei Verdünnungen bis auf 1:40 und 1:60.

In den nächsten Tagen stellten sich beim Patienten leicht typhusähnliche Erscheinungen ein: Kopfschmerzen, deutliches, später noch lange beobachtetes Ileocoecalgurren, auffallend starker Meteorismus mit Abgang von Gasen, späterhin zeitweilig häufige Durchfälle. Der Stuhl hatte jedoch nicht die dem Typhus abd. eigentümliche Beschaffenheit. Er enthielt viel Schleim und hatte einen stark fäculenten Geruch. Auch war der Leib immer etwas empfindlich. Sicher zu deutende Roseolen haben wir nicht beobachtet; wohl aber eine leichte Bronchitis auf der Höhe der Krankheit. Die Temperatur stieg gleich zu Anfang bis auf 40,1° und fiel dann in den nächsten 20 Tagen lytisch, fast bis zur Norm ab, um sich dann abermals in genau derselben Weise und bis zur selben Höhe zu erheben und genau so in weiteren 20 Tagen langsam abzufallen.

Die Fiebercurve bestand also aus zwei fast stereotypen Wellen, von denen die eine den Anfall selbst vorstellt, die zweite das Recidiv. Die vorausgegangene 13-tägige leichte Erkrankung, die Pat. zu Hause durchgemacht hatte, wird man als eine genauer nicht bestimmte fieberhafte Darminfection ansehen müssen, die günstigen Boden für eine Infection mit dem Bacillus des Paratyphus A. geschaffen hatte. Es muss noch erwähnt werden, dass am 3. October, also gegen Ende der ersten von uns beobachteten Krankheitsperiode eine leichte Darmblutung, in Form von stecknadelkopfgrossen, gleichmässig im Stuhle verteilten Bluttröpfchen auftrat, die nach 2 Tagen verschwunden war.

Bei Beginn der zweiten Krankheitsperiode, am 18. October, wurde ein zweites Mal die Agglutinationsprobe vorgenommen und sie ergab dieses Mal noch deutlichere Resultate: die Probe auf Abdominaltyphus vollständig negativ, ebenso auf Paratyphus B. Auf Paratyphus A. jedoch stark positiv bis zu Verdünnungen von 1:200 und noch deutlich positiv bis zu Verdünnungen von 1:300. Seit dem 12. November normale Temperaturen. Fortschreitende Genesung. Die Behandlung bestand in warmen Bädern, der Darreichung von Darm-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



desinficientien (Benzonaphthol, Bismuth, Salol etc.) und im Uebrigen war sie symptomatisch.

Es war mir nun von grossem Interesse festzustellen, in wieweit unsere Temperaturcurve für den Paratyphus A. charakteristisch ist und dieselbe mit denen von anderen Beobachtern zu vergleichen. Bei der Spärlichkeit diesbezüglicher Veröffentlichungen hielt das schwer. So veröffentlichte S t ü h l e r n [13]) 1907 aus dem Obuchow-Männer-Hospital seine wertvollen Untersuchungen über die Bacteriämie des Blutes bei Typhus abdominalis, wobei sich ergab, dass unter 96 Fällen, wo nach dem klinischen Bilde und Verlauf ein Abdominaltyphus vorzuliegen schien, die bacteriologische Untersuchung in 3 Fällen eine paratyphöse Infection erwies. Von diesen drei Fällen wieder war nur ein reiner Fall von Paratyphus A. Nähere Angaben über den Verlauf des Fiebers enthält die Mitteilung leider nicht.

Ein weiterer reiner Fall von Paratyphus A. ist im Januar 1908 in der hiesigen Klinik von Prof. W o l k o w beobachtet und seine Erwähnung an dieser Stelle mir freundlichst gestattet worden; ich verdanke die Curve der Liebenswürdigkeit des Collegen G a n d i n. Die Betrachtung dieser Curve ergibt eine grosse Aehnlichkeit mit der unsrigen: rasches Ansteigen der Temperatur, kurze Akme, dann gleichmässige Lysis ohne amphiboles Stadium. Gesamtdauer des Anfalles 20 Tage. Analog unserem Falle bestanden auch hier: Leibschmerzen, Durchfälle, Meteorismus, Darmblutungen. Im Urin viel Indican. Die Diazoreaction im allgemeinen negativ: positiv aber am ersten Tage. Wir erhielten sie in unserem Falle überhaupt niemals. Hier fand sich aber noch Eiweiss im Urin und Leukocyten. Der dritte Fall stammt aus der Klinik von Prof. S s i r o t i n i n, von Dr. P o g g e n p o h l beschrieben (l. c.). Ich zeige Ihnen auch diese Curve. Sie weicht von den beiden ersten dadurch ab, dass die Akme länger ist und dass zum Schluss dass amphibole Stadium auftritt. Später auch ein Recidiv. Sie ist im allgemeinen also viel typhusähnlicher, wie auch P o g g e n p o h l selbst auf die grosse Aehnlichkeit hinweist. Hier war die Diazoreaction lange Zeit hindurch positiv. Besonders auffallend war hier jedoch häufiges Erbrechen, das während einer Woche sogar Nährklysmata nötig machte.

Diese wenigen Angaben in der Literatur über den klinischen Verlauf des Paratyphus A. ergeben, wie sehr noch weitere casuistische Beiträge auf diesem Gebiete erwünscht sind. Ich möchte meine heutige Mitteilung nicht schliessen, ohne darauf hingewiesen zu haben, wie wichtig es ist, in jedem verdächtigen Falle, wo solches nur einigermassen möglich ist, eine ein- oder zweimalige mikroskopische Agglutinationsprobe und auch eine bacterioskopische Untersuchung durch Anlegen von Reinculturen vorzunehmen.

Die Fälle von Paratyphus geben weniger Complicationen, haben eine bessere Prognose und geringere Mortalität. Pneumonien sind bei ihnen bisher noch nicht beschrieben. Dies alles früher zu wissen, kann von grossem Werte sein. Andererseits wird eine genauere Differenzierung der Typhus- und der Paratyphusfälle dazu führen, dass die betreffenden Kranken nicht in einem Krankensaal, sondern in verschiedenen behandelt werden müssen, da nach den Arbeiten von L e v y und G a e h t g e n s [14]) sowohl während als nach einer Paratyphuserkrankung eine Neuinfection mit Typhus abdominalis hinzutreten kann.

Literatur.

1) Bullet et mém. de la soc. méd. des hôpit. de Paris. Novbr. 1896. 2) Deutche Med. Wochenschr. 1900, p. 511 u. Zeitschr. für Hygiene u. Infectionskr. Bd. 36, p. 368. 3) Deutsche Med. Woch., 1904. Nr. 8 u. 9. 4) Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 40. 5) Münchener Med. Woch. 1902, p. 611. 6) Zur Biologie des bacterium paratyphi A. Inauguraldissert. Breslau, 1903. 7) Berl. klin. Woch. Nr. 34. 1906. 8) Ibidem. 9) Zeitschr. für Hygiene u. Infectionskr. Bd. 44, Heft 2. 10) Ibidem, Bd. 42. 11) Berliner klin. Woch. 1906, Nr. 24. 12) Zeitschrift für Hygiene, 1907, Bd. 57. 13) Russkij Wratsch, 1907, Nr. 10. 14) Berliner klin. Woch. 1907, Nr. 38.

Referate.

J. A. Rivière: Cytolyse alto-fréquente du cancer. Notre traitement des tumeurs malignes par les étincelles et effluves de haute fréquence appelé depuis: „Fulguration". Annales d'électrologie et de radiologie. Septembre 1908.

In der vorliegenden Arbeit kommt der Autor auf Grund 10-jähriger Erfahrung zu folgenden Schlüssen: Die hochgespannten Ströme sind ein vorzügliches Heilmittel bei Tumoren verschiedener Art und sind den Röntgenstrahlen wegen der sicheren Wirkung vorzuziehen. Die harten und sich am langsamsten entwickelten Tumoren bilden die Domäne der Fulgurationsbehandlung. Auch die chirurgische Tuberculose lässt sich, nach den Erfahrungen des Autors, beeinflussen.

E. Hesse.

E. E. Masing: Zur Frage über die Regeneration roter Blutkörper bei experimentellen Anämien. Inaug. Diss. Aus der medicinischen Klinik von Prof. Dr. K. Dehio Dorpat (Jurjew). 1908.

Verf. hatte sich die Aufgabe, gestellt durch chemisch differente Substanzen, welche schädigend auf die roten Blutkörper einwirken, möglichst starke und andauernde Anämien hervorzurufen; diese experimentellen Anämien mussten den chronischen Anämien des Menschen gleichen, um auf Grund der experimentell erhobenen Befunde einen Schluss auf die Regeneration roter Blutkörper bei den Anämien der menschlichen Pathologie ziehen zu können. Verf. führte zu diesem Zwecke Kaninchen subacut Anilin oder Pyridin ein und zwar erstens per se oder mit Mandelöl āā, letzteres in einer frisch zubereiteten wässrigen Lösung.

Nachdem zunächst beim gesunden Tiere im Verlaufe von mehreren Tagen das Blut frisch und in Trockenpräparaten mikroskopisch untersucht, die Zahl der roten und weissen Blutkörper und der Hämoglobingehalt bestimmt, sowie das Knochenmark noch Resection einer Rippe untersucht worden war, injicierte Verf. den Tieren das Gift zunächst in kleinen Dosen, alsdann in grösseren bis zum Tode des Tieres. In zwei Versuchen wird die Injection im Höhepunct der Anämie unterbrochen, um eine reine Regeneration des Blutes zu erhalten. Von Zeit zu Zeit wurde während der Injection das Blut und das Knochenmark, letzteres nach Resection einer Rippe, mikroskopisch frisch und als Trockenpräparat nach verschiedener Färbung untersucht. Verf. gelangt zu folgenden Ergebnissen: Unter dem Einfluss der Blutgifte treten an Stelle der degenerierten, aus der Blutcirculation entfernten Erythrocyten neue Jugendformen auf, die sich gewöhnlich durch ihre grösseren Dimensionen, durch Polychromasie und einen vergrösserten Hämoglobingehalt unterscheiden; ausserdem erscheinen basiphile, fleckige und kernhaltige Körperchen, die bei schweren Anämien beträchtliche Grösse erreichen können (Oligaemie). Die allgemeine Blutung ist durch die Einwirkung der Blutgifte vermindert; die Zahl der weissen Blutkörper nimmt beträchtlich zu, wobei die Mengenzunahme hauptsächlich durch Zunahme der Zahl der amphophilen Leukocyten mit polymorphen Kernen bedingt ist; das Mengenverhältnis der Leukocyten zu den roten Blutkörpern steigt bis auf 1 : 72, wobei die Tatsache zu constatieren ist, dass die experimentelle Anämie junger Tiere an die Anaemia pseudoleucaemica infantum erinnert. Die Zahl der Blutplättchen ist desgleichen vermehrt.

Im Knochenmark wurde eine Hyperplasie des roten Knochenmarkes beobachtet, welche zu einer Resorption des Fett- und Knochengewebes führte; die relative, möglicherweise auch die absolute Zahl der Erythrocyten im Knochenmark war vermindert, die relative Zahl der Körperzellen war vermindert, die absolute vergrössert; die relative und absolute Zahl der lymphoiden Elemente und der Megaloblasten, sowie die absolute Zahl der Normoblasten war vergrössert. Im Knochenmarke erfolgte eine beträchtliche Ablagerung von eisenhaltigem Pigment.

Ferner beobachtete Verf. das Auftreten myeloider Herde in der Milz, sowie in 3 Fällen Myelocyten und Erythroblasten in beträchtlicher Menge in der Leber, in welcher diese Elemente an der Peripherie der necrotischen Herde teilweise in den erweiterten Kapillaren, teilweise im Lebergewebe selbst an der Aussenwand der Kapillarenlage, in einem Falle enthält die Leber sogar Megacaryocyten. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verf. zum Schluss, dass die Regeneration des Blutes bei experimentellen Anämien und analogen Zuständen der menschlichen Pathologie nach dem Typus ontogenetischer und phylogenetischer Entwickelungsstadien erfolgt und zwar um so früher je stärker die Anämie ist. Die blutbildenden Organe reagieren auf die recht hohen Anforderungen von seiten des Organismus bei der Anämie durch eine Proliferation jugendlicher functionell und morphologisch unentwickelter Zellen, die im hohen Grade einer Teilung fähig sind und dadurch auch schwere Blutverluste compensieren können. Seine experimentellen Befunde können nach Meinung des Verf.'s als Bestätigung für die Ansicht dienen, dass die progressiven Veränderungen in den blutbildenden Organen, die Manifestation eines compensatorischen Mechanismus von seiten des Organismus gegen die Blutzerstörung ist.

V. Schmidt.

Prof. Emil Kraepelin: Zur Entartungsfrage. Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1908. Nr. 271. Heft 20.

Das rasche und stetige Anwachsen der anstaltsbedürftigen Geisteskranken kann nach den bisherigen Statistiken noch nicht durch eine rasche Steigerung der Häufigkeit des Irreseins erklärt werden. Die beiden Volksgifte, Alcohol und Syphilis, sind zweifellos, zumal in den grossen Städten, Ursachen für die beträchtliche Zunahme der Geistesstörungen. Schlimmer als ihre unmittelbaren Wirkungen ist die durch sie erzeugte Keimschädigung. Die geringere Lebensfähigkeit der grossen Menge der Schwachsinnigen, Epileptiker, Psychopathen, Verbrecher, Prostituierten, Landstreicher, die von alcoholisierten und syphilitischen Eltern abstammen, gleicht den Schaden zum Teil wieder aus, aber unsere fortschreitende sociale Fürsorge arbeitet dieser Selbstreinigung des Volkes entgegen. Weitere Factoren des Culturlebens, welche die tiefsten Wurzeln unserer geistigen Gesundheit zu schädigen geeignet sind, sind zwei Richtungen, in denen uns die fortschreitende Gesittung durchgreifend beeinflusst: «sie raubt uns unsere Freiheit, indem sie uns durch die Ketten tausendfacher Pflichten in das Getriebe des Gemeinschaftslebens unlösbar einfügt, und sie trennt uns los aus unserem Verhältnisse zur Natur». Der erste Factor spiegelt sich wieder in dem Entartungsirresein (Erwartungsangst, Phobien, Zweifel- und Grübelsucht), welches bei den Naturvölkern unbekannt zu sein scheint, beim Landvolke ausserordentlich selten ist; er tritt uns am lehrreichsten in der unter dem Einflusse der Unfallgesetzgebung entstandenen traumatischen Neurose entgegen. Die zweite grosse Gruppe der Culturschädigungen lässt sich unter dem Namen der Domestication zusammenfassen. Sie bedingt die Gefahr der Verweichlichung, welche wiederum zur Abschwächung der Lebenszähigkeit, der Widerstandskraft gegen schwächende Einflüsse, zur Abnahme der Fruchtbarkeit führt. Hierdurch erklärt sich möglicherweise die befremdende Tatsache, «dass die Culturvölker in so starkem Masse den metasyphilitischen Erkrankungen unterliegen, die bei den Naturvölkern trotz weitester Verbreitung der Syphilis fast völlig fehlen». In anderer Richtung führt die Entfernung von der Natur zur grossstädtischen Proletarisierung, deren Folgen ebenfalls Verkümmerung und Lebensschwäche sind. Eine weitere Gefahr ist «die einseitige Züchtung geistiger Eigenschaften unter Vernachlässigung des Körpers und namentlich auch der Willensentwickelung», welche Richtung von unserer heutigen Schulerziehung leider noch immer inne gehalten wird. «Eine gemeinsame Wirkung der Domesticationseinflüsse ist die Abschwächung der natürlichen Triebe». Der Selbsterhaltungstrieb versagt (zunehmende Selbstmorde in den grossen Culturcentren), «Nahrungstrieb und Schlafbedürfnis haben ihre triebartige Zuverlässigkeit längst eingebüsst», die Geburtenziffer nimmt ab, sexuelle Perversitäten treten stärker hervor und werden liebevoll geduldet. Um über die Entartungsfrage Klarheit zu gewinnen und Massregeln zu ihrer Abwehr festzustellen, muss vor Allem eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen werden. Dazu bedarf es einerseits ausgedehnter und sorgsamer über Jahrzehnte sich erstreckender Untersuchungen in Gebieten von genügender Grösse (mindestens eine Grossstadt und ein Landbezirk) durch besonders dazu geschulte und nur dieser Aufgabe lebende Ausschüsse von Aerzten und Statistikern, andererseits der Sammlung von Erkenntnissen durch sachverständiges Eingehen auf den Einzelfall.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Hermann Fischer. Kriegschirurgische Rück- und Ausblicke vom asiatischen Kriegsschauplatz. Berlin 1909, Verlag von Aug. Hirschwald.

Der auf dem Gebiet der Kriegschirurgie seit jeher fleissig tätige Verfasser hat das unzweifelhafte Verdienst, mit dem vorliegenden Buch als erster die medicinische Geschichte des russisch-japanischen Krieges in zusammenfassender Weise

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

geschildert zu haben — für die unmittelbar beteiligten Nationen etwas beschämend. — Der Hauptvorzug des Buches ist der Reichtum seines Inhalts. Es dürfte darin so ziemlich alles über den Krieg veröffentlichte verarbeitet oder wenigstens registriert sein. In der Einleitung werden die Literatur, Land und Leute des Kriegsschauplatzes, der Verlauf des Krieges, die Stärke der kämpfenden Heere besprochen. Der II. Teil umfasst Sanitätswesen, Krankenpflege, Truppenhygiene, der III. Teil — die Waffen und die von ihnen gesetzten Verluste, der IV. Teil — die Wunden und ihre Behandlung, der V. Teil — die Verbandplätze und Lazarette. — Im Ganzen ist ein riesiges Zahlenmaterial zusammengetragen. Mit der Art, wie dieses Material verarbeitet ist, kann sich Ref. vielfach nicht einverstanden erklären, er hätte eine strengere Kritik der veröffentlichten Arbeiten, die sehr häufig aus viel zu kleinem Material allgemeine Schlüsse zu ziehen versuchen, erwartet.

Um nur ein Beispiel anzuführen: Die gründlichen und umfassenden Untersuchungen von Schaefer und Osten-Sacken und Swenson sind doch in keiner Weise den Publicationen der kleinen Abteilung des deutschen Roten Kreuzes mit ihrem minimen Krankenmaterial gleichwertig — wenn diese letzteren auch mit einem ebenso ungewöhnlichen wie ungerechtfertigten Pomp herausgegeben sind. Aber auch viele andere Arbeiten geben Procentzahlen, die aus einigen wenigen Fällen berechnet sind — und alle diese Angaben werden von Fischer einfach nebeneinander gestellt.

Immerhin sei wiederholt, dass das Buch namentlich als Quellenwerk grossen Wert hat und für zukünftige Arbeiten von grossem Nutzen sein wird.

Wanach.

Fr. Martius. Pathogenese innerer Krankheiten. Nach Vorlesungen für Studierende und Aerzte. IV. Heft. Das pathogenetische Vererbungsproblem. Schluss des Werkes. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1909. Preis Mk. 3.

Die Bedeutung der Vererbung für die Pathogenese der inneren Krankheiten, auf naturwissenschaftlich-biologische Untersuchungen gegründet, ist wohl bis jetzt von den wenigsten Aerzten richtig erkannt und gewürdigt worden, wenigstens beweist dies das vorliegende Schlussheft des Martiusschen Werkes, dessen Ausführungen wir mit Interesse gefolgt sind. Dasselbe sei daher jedem strebsamen und zumal schriftstellerisch sich betätigenden Arzte warm empfohlen, zumal es nicht möglich ist, den Inhalt kurz hier wiederzugeben.

Auf diesem Gebiete (wie auf vielen anderen) versagen die elastischen Methoden der Statistik vollkommen und nur fussend auf die unbeugsamen Lehren der Darwinschen Descendenztheorie kommen wir zu richtigen Schlüssen über die Rolle der Vererbung in der Pathogenese.

So wird vor allen Dingen mit der unhaltbaren Vorstellung aufgeräumt, als ob Krankheiten als solche vererbbar wären, während doch nur die Anlage, die Disposition zu einer Krankheit hereditär weitergegeben werden kann, congenital aber durch intrauterine Infection acquiriert werden.

Ohne die näheren Details der höchst interessanten Ausführungen zu berühren, sei hier darauf hingewiesen, dass die Lamarksche Transmutationstheorie zurückgewiesen und mit Weismann die Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften geleugnet wird. Die Genealogie mit ihren Stammbäumen, wie sie bis jetzt meist noch in Anwendung ist, hat jegliche Bedeutung eingebüsst, während nur vollständige Ahnentafeln in diesen Fragen Verwendung finden können und zu Schlüssen berechtigen dürften.

Nach einem Nachwort, das als Vorwort dem ganzen Werke dient, folgen noch eine Reihe lesenswerter Anmerkungen und Nachträge, die zum Teil polemischen Charakters, viele Fragen an Beispielen erläutern und mit Literaturangaben belegen.

Ucke.

Privatdocent Dr. Hans Arnsperger. Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. — Aus der Medicinischen Klinik in Heidelberg. — Mit einem Vorwort von Professor Krehl. Mit 34 Abbildungen im Text und 27 Tafeln. Leipzig 1909. Verlag von F. C. W. Vogel. V + 263 Seiten. Preis M. 12 —, geb. M. 13,50.

Es ist unzweifelhaft eine grosse Wahrheit, auf welche Prof. L. Krehl zu Beginn dieser vortrefflichen Arbeit von Arnsperger hinweist. Die Röntgenologie ist auf dem Gebiete der inneren Medicin als Hilfswissenschaft nicht mehr zu entbehren. Aber sie hat sich nicht als Specialwissenschaft von dieser ganz und gar loszulösen. Eine Röntgendiagnose, die sich nicht in den gesamten Bau unserer klinischen Diagnostik eingliedert, schwebt in der Luft. Wenn dieses schon in gewissem Sinne von der chirurgischen Röntgendiagnostik gesagt werden kann, so trifft es in ganz besonderem Masse das Gebiet der internen Röntgenologie. Diesen Vorbedingungen genügt das Werk Arnspergers, welches dem grossen Forscher Wilhelm Erb gewidmet ist, ganz und gar.

In klaren Worten, in verständlichem uncomplicierten Satzgefüge, führt uns der Verfasser in das schwierige Gebiet der Röntgenuntersuchung der Brustorgane ein. Viel Anregung und nicht wenige neue Gedanken lassen sich bei aufmerksamem Studium in diesem Buch entdecken. Es dürfte nicht zu viel gesagt sein, wenn wir das Werk Arnspergers als geradezu klassisch auf diesem engen Specialgebiet der internen Röntgenuntersuchung bezeichnen wollen. — Nach Erläuterung einiger physikalischer Grundlagen und kurzem Ueberblick über die technische Seite der Frage, bespricht der Verfasser die wichtige Frage des normalen Thoraxbildes in den verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen und seine Deutung. Im weiteren zerfällt das Werk in zwei grosse Abschnitte. Im ersteren sind die normalen Röntgenbilder einzelner Organe und die Beobachtungen bei deren Functionen erläutert. Zunächst folgen Erklärungen über den knöchernen Thorax, daran schliessen sich Abhandlungen über die Respirationsorgane, das Herz, die Gefässe und das Zwerchfell. Die Wismuthmethoden bei der Oesophagusdurchleuchtung sind eingehend gewürdigt. Im zweiten Teil ist das Hauptthema des Buches der pathologische Befund bei den Röntgenuntersuchungen der Brustorgane behandelt. Analog dem ersten Teil werden zunächst die Erkrankungen des knöchernen Thorax, dann die Organveränderungen des Thorax ausführlichst erläutert. Von den Bronchialerkrankungen finden wir folgendes verzeichnet:

Bronchitis, Bronchiektasien, Bronchialdrüsenveränderungen, Bronchialcarcinom, Bronchostenosen, Asthma bronchiale und Fremdkörper der Bronchen.

Unter den Erkrankungen der Lunge sind Emphysem, Atelektase, Phtise, Pneumonie, Gangrän, Echinococcus und die Tumoren der Lunge berücksichtigt. Im weiteren behandelt ein Abschnitt die Erscheinungen des Pneumothorax und die Veränderungen der Pleura.

Im grossen Abschnitt über die Circulationsorgane finden wir zunächst die Lagen- und Grössenveränderungen des Herzens, letztere durch physiologische und pathologische Einflüsse bedingt. Auch der Verkleinerung des Herzens ist gedacht worden. Im weiteren sind die Pericarditis, Aorta-, Pulmonalarterien- und Hohlvenenveränderungen erwähnt. Auch die Mediastinaltumoren und Oesophagusveränderungen sind einer Besprechung unterzogen. Das Schlusscapitel behandelt die pathologischen Befunde am Diaphragma und schliesst mit einer kurzen Erwähnung des subphrenischen Abscesses.

Im Anhang ist ein ausführliches Literaturverzeichnis auf 16 Seiten und eine Erklärung der auf 27 Tafeln beigefügten 52 hervorragend schönen Röntgenbilder beigegeben. Bei einzelnen wenigen Erklärungen hätte der Röntgenbefund vielleicht ein wenig genauer angegeben werden können.

Die Ausführung des ganzen Buches und die Ausstattung sind vorzüglich; es hat eben nicht nur der Autor, sondern auch der Verlag auf der Höhe der modernen Anforderungen gestanden.

Wenn wir nun auch inhaltlich in jeder Hinsicht nur loben können, so wollen wir es nicht unterlassen, auf einen allerdings nur unwesentlichen äusserlichen Misstand hinzuweisen. Leider besitzt das Buch weder einen Index, noch verfügt es über ein Inhaltsverzeichnis. Es ist infolgedessen eine Orientierung nicht so leicht, wie es der wirklich vorzügliche Inhalt verdient. Auch tragen die unzähligen Abteilungen und Unterabteilungen bis in die 5. Ordnung nicht zur Uebersichtlichkeit bei. Es sind beispielsweise Abschnitte, die bis zum zweifachen KK des griechischen Alphabets und bis zum dreifachen γγγ subclassificiert werden. Eine uncomplicierte Capiteleinteilung wäre entschieden übersichtlicher gewesen!

Hoffen wir, dass diese Mängel bei der verdienten zweiten Auflage, — die gewiss bald erfolgen wird, — wegfallen werden.

Im übrigen können wir jedem Röntgenspecialisten und Internisten nur dringend zur Anschaffung dieses Werkes raten. Der erstere wird beim Studium dieses Buches verstehen, welche Grenzen seiner Wissenschaft gesetzt sind und der Internist wird wissen, was er vom Röntgenologen verlangen kann und worauf dieser ihm die Antwort schuldig bleiben muss.

Erich Hesse.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auszüge aus den Protocollen des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.

5. Sitzung vom 5. Mai 1908.

Vorsitzender: A. Netschajew.
Schriftführer: V. Stühlern und G. Zeidler.

1) A. Ssapatsch-Ssapotschinsky demonstriert einen Patienten, welcher wegen Jacksonscher Epilepsie von Prof. Zeidler im Obuchowhospital operiert worden ist.

Discussion:

Prof. H. Zeidler: Als Operationsbefund konnten Cysten der Dura mater constatiert werden. Nach Entfernung derselben setzte die Hirnpulsation ein.

B. Kallmeyer stellt die Frage, ob keine Hinweise auf Echinococcus vorgelegen hätten und ob der Stuhl auf Bandwurmeier untersucht worden wäre?

Prof. H. Zeidler motiviert seine Ansicht, weswegen es sich seiner Meinung nach nicht um Echinococcus gehandelt habe.

Der Vortr. In der Anamnese ist Lues festgestellt worden. — Nach der Operation traten verstärkte Anfälle von Epilepsie auf; nach Ordination von Opocerebrin gingen die Anfälle zurück.

A. Netschajew: Die epileptischen Anfälle wurden nach der Operation zunächst in verstärktem Masse beobachtet, scheinbar infolge von Reizung der Hirnrinde. Interessant ist das Sistieren des Status epilepticus am 4. Tage nach Verordnung von Opocerebrin.

Diese Erscheinung ist auch schon in der Literatur verzeichnet.

2. G. Kartaschewski: Ein Fall von Herznaht mit Krankendemonstration.

Der Vortr. demonstriert einen von ihm im Obuchowhospital operierten Fall von Messerstichverletzung des linken Ventrikels. Primäre Herznaht. Im weiteren Verlauf wurde eine eitrige Pleuritis beobachtet. Rippenresection und Pleurotomie in der linken Scapularlinie. Von Seiten des Pericards keine pathol. Erscheinungen. Der Patient wird demnächst geheilt entlassen. (Erscheint im Druck).

Discussion:

A. Eckert richtet an den Vortr. die Frage, welches die häufigste Todesursache bei Herzverletzungen ist.

Der Vortr.: Wenn der Tod nicht infolge von Blutverlust eintritt, so handelt es sich wohl meistens um secundäre eitrige Pleuritis.

Prof. H. Zeidler: Die häufigste Complication bei Herzverletzungen ist entschieden die Pleuritis, in zweiter Linie kommt erst die Pericarditis in Betracht. Gelingt die Herznaht, so ist in der Regel von Seiten des Herzens nichts mehr zu befürchten. Tritt keine Pleuritis und Pericarditis hinzu, so genesen die Kranken. Der wichtigste und schwerwiegendste Factor, mit welchem wir rechnen müssen, ist die primäre Infection der Wunde.

J. Grekow: Die Gesamtliteratur zählt ungefähr schon an 100 Fälle von Herzverletzung. Im Männer-Obuchowhospital wurden 11 Fälle, in der Frauenabteilung desselben Hospitals 5 Fälle beobachtet. Von den letzteren 5 Fällen ist leider nur eine einzige Heilung zu verzeichnen. Die relativ geringe Anzahl von Fällen in der Gesamtliteratur erklärt sich wohl daraus, dass die letal verlaufenen Fälle seltener publiciert werden.

3. Prof. H. Zeidler demonstriert einen Patienten, an welchem er wegen subacuter Invagination des Blinddarmes die Darmresection ausgeführt hat. Beim Eintritt ins Hospital konnte in der linken Unterbauchgegend eine derbe Geschwulst constatiert werden; per rectum war das Invaginat deutlich zu palpieren. Blut im Stuhl. Während der sofort vorgenommenen Laparatomie erwies es sich, dass das Coecum mit den Dünndärmen invaginiert war und sich tief im Rectum befand. Die Desinvagination gelang leicht, — bis auf den Blinddarm, welcher ausserordentlich verdickt war und den Eindruck eines Tumors vortäuschte. In Anbetracht dessen und um einer wiederholten Invagination vorzubeugen, wurde das Coecum reseciert. Anastomose zwischen Dünndarm und Colon ascendens (End to sid) mit dem Murphyknopf. Der postoperative Verlauf war normal bis auf recht hartnäckige Durchfälle. Geheilt entlassen. Die mikroskopische Untersuchung des resecierten Darmabschnittes zeigte einen narbigen Charakter.

Discussion:

K. Walther: In einem Fall von chronischer Invagination gelang mir die Desinvagination gut. In einem anderen Fall von Darminvagination bei einem 12jährigen Knaben wurde ein Sarcom des Coecums constatiert und eine weitgehende Darmresection vorgenommen. Nach 1½ Monaten wurden Drüsenmetastasen constatiert.

A. Netschajew: Im vorliegenden Fall kommen als prädisponierende Momente chronische Colitis auf der Basis chronischen Alcoholismus in Betracht.

4. Prof. H. Zeidler demonstriert einen Patienten, welcher unter dem Bilde eines acuten Darmverschlusses ins Hospital eingeliefert wurde. Der Zustand des Patienten war sehr schwer. Bei der Operation wurde eine vollkommene Axendrehung der Dünndärme um die Mesenterialaxe von 360° constatiert. Nach Beseitigung des Volvulus durch einfache Torsion in der umgekehrten Richtung des Uhrzeigers, normaler postoperativer Verlauf und Genesung.

5. S. Ponomarew: Ueber die traumatischen subcutanen Rupturen der Niere (cf. Russkij Wratsch 1908).

Discussion:

Prof. H. Zeidler: Die wichtigste Frage ist ohne Zweifel die Indicationsstellung des operativen Eingriffes. Es ist noch nicht lange her, als ich mich zu den Anhängern des operativen Eingriffes rechnen musste. Meine Erfahrungen an unserem Material haben mich eines anderen belehrt und mich genötigt, eine abwartende Stellung einzunehmen. Die drohenden Erscheinungen, welche unmittelbar nach der Nierenruptur beobachtet werden, klingen im weiteren Verlauf sehr bald ab. Augenblicklich hat sich die Mehrzahl der Autoren für die conservative Behandlung ausgesprochen, besonders in den Fällen von geringer Blutung und dem Fehlen von Harninfiltration und Infection.

B. Cholzow schliesst sich Zeidler hinsichtlich der Indicationsstellung zum operativen Eingriff an. Bei wachsender Haematurie jedoch sollte die Operation nicht hinausgeschoben werden, welche in solchen Fällen ein besseres Resultat gibt, als die conservativen Behandlungsmethoden. Was die Nephrektomie anbetrifft, so ist zu bemerken, dass sie von den Kranken nicht gut vertragen wird, infolgedessen ist sie nur bei schweren Verletzungen des Nierengewebes auszuführen. Eine bessere Prognose gibt die Nierentamponade, welche gleichfalls in inficierten Fällen anzuwenden ist.

K. Walther: In Fällen von schwerer Blutung ist dieselbe schwer durch Tamponade zu stillen. Deswegen ist es in solchen Fällen rationeller die Nephrektomie auszuführen. In einem Fall, in welchem ich die Blutung durch die Naht gestillt hatte, trat am 7. Tage wiederum eine Blutung auf. Die Tamponade ist eine halbe Massregel, und wenn wir schon operativ eingreifen, so ist die Nephrektomie vorzuziehen.

J. Grekow: Nicht nur die Indicationsstellung kann Schwierigkeiten bereiten, sondern unter Umständen auch die richtige Diagnose der traumatischen Nierenruptur. Ich beobachtete bei einer Patientin mit complicierter Fractur der unteren Extremitäten eine schwere Haematurie. Die abwartende Behandlung führte in diesem Fall zur Genesung. Manchmal ist es auch nicht leicht, die Erscheinungen des Schoks von der zunehmenden Haematurie zu scheiden. In einem Fall von Schussverletzung der Niere versuchte ich zunächst eine Naht anzulegen, doch musste ich in der Folge die Nephrektomie vornehmen. In zwei weiteren Fällen von Stichverletzungen der Niere führte die Naht zur vollkommenen Heilung.

6. A. Sternberg: «Ueber das Wesen der Tuberculinreaction und die Compensation der Tuberculose».

Nach kurzer kritischer Besprechung der verschiedenen Theorien kommt der Vortr. zu folgenden Schlüssen: 1) Das Tuberculin, — wenigstens in Dosen bis 10 Mlg., — ist weder für den gesunden noch für den tuberculösen Organismus von toxischer Wirkung. 2) Die Tuberculinreaction wird nicht durch das Tuberculin selbst, sondern durch ein vom tuberculösen Herd produciertes Toxin hervorgerufen. 3) In der Tuberculintherapie ist die Tuberculinreaction durchaus nicht als unerlässliche Bedingung des immunisierenden Processes, sondern als schädliches Moment zu betrachten. 4) Die klassische Reaction Kochs, welche im Blut des Kranken das tuberculöse Toxin nachweist, ist in diagnostischer Hinsicht durchaus zuverlässig. 5) Eine positive Localreaction spricht für eine herabgesetzte Gewebsimmunität und nur indirect für die Existenz eines tuberculösen Herdes im Körper. (Ein ausführlicheres Referat cf. Russkij Wratsch, Jahrg. 1909).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion:

A. Schapschal richtet an den Vortr. die Frage, ob er einen jeden Fall mit normaler Temperatur für eine compensierte Tuberculose halte.

Der Vortr.: Zum klinischen Bilde der compensierten Tuberculose gehört ausser der Temperatur, das Gewicht, der Appetit und das Allgemeinbefinden des Kranken.

A. Netschajew: In welchem Verhältnis steht die Ophtalmoreaction zur Tuberculose und welchen diagnostischen Wert hat dieselbe vom Standpunct des Vortr.?

Der Vortr.: Die positive Ophtalmoreaction lässt bloss indirect einen tuberculösen Herd vermuten, da die für die Reaction notwendige Herabsetzung der Gewebsimmunität nur bei Tuberculose beobachtet wird.

7. S. Liokumowitsch: «Ueber die acute Prostatitis» (Erscheint im Russkij Wratsch, 1909).

Discussion:

B. Cholzow schliesst sich den Schlussfolgerungen des Vortr. an. Die Aetiologie der acuten Prostatitis ist noch nicht völlig geklärt. Der operative Eingriff ist nicht nur beim Vorhandensein von Eiterherden, sondern auch bei starken Reizerscheinungen indiciert. Der Weg zur Prostata ist auf doppelte Weise zu erreichen: 1) Vom rectum aus und 2) vom Damm her. Der zweite Weg ist empfehlenswerter, da bei Eröffnung der Prostata vom Rectum her öfters Fisteln nicht vermieden werden können.

Referent E. Hesse.

Auszug aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Februar 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Herr Meyer hält seinen angekündigten Vortrag über: «Practische Consequenzen der Vererbungs-Tatsachen».

Discussion:

Lackschewitz fragt, warum zur Erklärung der sogenannten Imprägnation nur Einfluss der resorbierten Spermatozoen angenommen wird, wäre es nicht denkbar, dass der Foetus den ändernden Einfluss auf das Muttertier ausübt?

Rothberg macht darauf aufmerksam, dass ausser von seiten der Psychiater, auch von Pädiatern die Vererbungsfrage untersucht worden ist. Speciell von den Säuglingskrämpfen der Brustkinder, die ohne Fieber verlaufen, nimmt man jetzt an, dass sie so gut wie immer cerebralen Ursprungs sind. Wichtig ist hier eine das spätere Leben betreffende fortgesetzte Beobachtung. Dienisch und Birk haben über ca. 60 Kinder, die an Säuglingskrämpfen gelitten hatten, Erhebungen angestellt. Es erwies sich, dass ein Drittel derselben imbecill wurde, ein Drittel kam in der Schule und weiter schlecht fort und nur etwa ein Drittel war normal.

Lackschewitz macht in dieser Frage aufmerksam auf die von einem Prager Kinderarzt herausgegebenen «Lebensbücher», die von den Eltern für jedes einzelne Kind geführt werden sollen. Die Durchführung solcher Kinderentwickelungsgeschichten stellt aber doch einige Anforderungen an die Consequenz der Eltern.

Meyer: Was die Imprägnation anlangt, so scheint es M. natürlicher anzunehmen, dass die Spermien als corpusculäre Elemente den Einfluss ausüben und nicht die Stoffwechselproducte des Foetus. In einer gewissen Zeit der Entwickelung kreisen freilich Teile der Chorionzotten im mütterlichen Blut, von seiten dieser ist ein derartiger Einfluss nicht gut denkbar; jeden Einfluss von seiten des Foetus möchte M. nicht absolut leugnen. Ohne irgend welche bindende Schlüsse möchte M. hier noch anführen das bekannte einander Aehnlichwerden von Ehegatten.

Was Rothbergs Ausführungen anlangt, so hat M. diese Beobachtungen durchaus nicht beanstandet. Geistige Defecte, wie z. B. der moralische Schwachsinn (Neigung zum Lügen, Naschen, Mangel an Pflichtgefühl etc.) treten in einem gewissen Lebensalter bei solchen Kindern auf, die in den ersten Lebensjahren an Eklampsie, Enuresis, pavor nocturnus, Neigung sich zu verunreinigen, u. s. w. gelitten haben. Solche Kinder werden von Eltern und Lehrern falsch beurteilt und oft streng gezüchtigt, obschon es sich bei ihnen um krankhafte Zustände handelt; es sollte lediglich darauf hingewiesen werden, dass bisher nur Psychiater und Gerichtsärzte sich bemüht haben nachzuweisen, unter welchen Umständen solche Vererbungserscheinungen bei der Descendenz auftreten können. Hierbei wissen wir bisher nur sehr wenig; so ist es z. B. bekannt, dass eine epileptische Mutter und ein trunksüchtiger Vater fast sicher minderwertige Kinder zeugen. Aus solchen Ehen dürften keine Kinder hervorgehen. Um aber mit annähernder Bestimmtheit die Prognose für die aus einer Ehe hervorgehenden Nachkommen stellen zu können, ist das vorhandene Beobachtungsmaterial noch ungenügend.

Rothberg ist absichtlich nicht auf die Aetiologie eingegangen; in den Lehrbüchern findet man meist Alcohol, Lues, Epilepsie angegeben; wenn die Rolle des Alcohols wirklich so gross ist, so müsste es eigentlich noch viel mehr Imbecille geben.

Meyer glaubt nicht, dass etwa ein mit Alcohol imprägniertes Spermatozoon eines gesunden Mannes den Keim zu einem imbecillen Kinde abgibt, sondern nur das Spermatozoon, welches von einem minderwertigen Vater abstammt. Trunksucht ist offenbar oft nur ein Symptom, eine Folgeerscheinung bei einem minderwertigen Individuum.

2. Russow gibt ergänzende Mitteilungen zu einem Falle von Leukanämie, über den Dr. E. Masing am 9. Mai 1908 berichtete. Diesen Fall hat M. später nach Beendigung der histologischen Untersuchung mit wesentlicher Aenderung der Beurteilung im 94. Bande des Deutschen Archivs für klinische Medicin (Seite 377) veröffentlicht.

Nach Rücksprache mit M. ist das damalige Referat nicht in den Protocollen unserer Sitzungen dem Druck übergeben worden. Die nachstehende Darstellung ist ein Referat der Publication im Deutschen Archiv f. kl. M.

Nach einer kritischen Uebersicht der einschlägigen Literatur beschreibt M. den selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um einen wegen «Schwäche und Anämie» aus dem Dienst entlassenen Soldaten jüdischer Nationalität. Die Anamnese ergab wesentlich nur chronische zunehmende Schwäche. Der objective Befund am 20. März 1908 zeigte hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute. Temperatur 37,3, einige Purpuraflecken auf den Unterschenkeln, starke Vergrösserung der Herzdämpfung, nicht grosses sero-hämorrhag. Exsudat in der rechten Brusthöhle, stark vergrösserte Leber und Milz. Keine vergrösserten Lymphdrüsen, nur in der linken Axilla einige erbsengrosse Knoten; ziemlich gut gespannter Puls (116 pro Minute). Im Urin nichts Pathologisches. Die Blutuntersuchung ergab ausser langsamer Gerinnung: Hämoglobin 20 pCt. (Sahli), rote Blutkörperchen 1060000, Erytroblasten 24800, weisse Blutkörperchen 35200, Färbeindex 1,17.

Die roten Blutkörperchen zeigten alle Merkmale der perniciösen Anämie, über das nähere sei auf M.'s Originalarbeit verwiesen. Unter den sehr zahlreichen weissen Blutkörperchen fiel ein ungranulierter Typus auf, den M. genau beschreibt und um nichts zu präsumieren «lymphoide Zellen» nennt; von diesen waren 30,4 pCt. unter den Gesamtleukocyten vorhanden. Bemerkenswert ist es, dass die Zahl der gut charakterisierten Myelocyten 21,5 pCt. betrug.

Der Krankheitsverlauf war ein ziemlich schneller; unter Auftreten von Oedemen und steigendem Kräfteverfall trat am 12. April der Exitus ein. Die Zahl der roten Blutkörperchen sank weiter, die der weissen stieg bis zum Schluss.

Die Section, über deren Einzelheiten ich auf die Originalarbeit verweise, ergab Flüssigkeitsansammlungen in allen Höhlen, Vergrösserung von Leber und Milz; rotes Mark in allen Röhrenknochen; Lymphdrüsen nur stellweise vergrössert.

Was die histologische Untersuchung anlangt, so standen Masing bei seiner ersten mündlichen Mitteilung, nur Abstrichpräparate der Organe wie Leber, Milz, Knochenmark, zur Verfügung. Die myeloiden Herde der Leber, die Myelocyten im Blute — überhaupt der Blutbefund des Lebenden — führten M. damals zur Ansicht, dass hier eine primäre myeloide oder gemischtzellige Leukämie bestände; die lymphoiden Zellen im Blute fasste er als ungranulierte Vorstufen der Myelocyten, also Knochenmarkzellen, auf, wenn auch nicht alle von Nägeli für diese angegebenen Kriterien stimmten. Die ungewöhnlich hochgradige Anämie sieht M. auch jetzt wie damals als eine hämolytische an, deren Noxe zunächst noch unbekannt ist.

Dieser Auffassung einer primären myeloiden Leukämie widersprach der spätere histologische Befund, namentlich beim Knochenmark. Eine Vermehrung der granulierten Knochenmarkszellen, eine diffuse Hyperplasie des leukoblastischen Parenchyms fehlte. Dagegen fanden sich überall im Knochenmarke zerstreute lymphadenoide Herde mit reichlichen Kernteilungsfiguren; «Die Knochenmarkpräparate waren bei schwacher Vergrösserung Milzpräparaten mit grossen Follikeln zum Verwechseln ähnlich». Die myeloide Metaplasie in der Leber: intraacinöse Anhäufung von myeloiden Elementen längs und innerhalb der Capillaren, geringe periportale Com-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

plexe, war genau dieselbe wie sie bei myeloiden Leukämien und schweren Anämien von Meyer und Heineke beschrieben wird. Weiter zeigte die Leber eine beträchtliche Siderose. Myeloide Metaplasie war sonst noch in der Milz und, jedenfalls unbedeutend, vielleicht in den Lymphdrüsen vorhanden.

Diese ziemlich ausgebreiteten myeloiden Herde in den verschiedenen Organen hält M. doch nicht für wichtig genug, um die Diagnose auf myeloide Leukämie zu stellen, wie er es nach dem Blutbefund anfangs tat, denn solche myeloide Herde bilden sich auch bei schweren Anämien. M. hält es für notwendig beim Versuch, diesen Fall zu analysieren, von den anatomischen Veränderungen des Knochenmarks auszugehen «denn nur diese machen den Eindruck einer primären Erkrankung». Da diese Knochenmarkveränderungen — die Lymphombildung — ein Charakteristicum der lymphatischen Leukämie ist, so ist eine solche in diesem Falle anzunehmen.

Ich möchte hier noch an die Discussion erinnern, die sich an Masings Vortrag anschloss und inzwischen in der St. Pet. Med. Wochenschrift erschienen ist.

Erstens besprachen M. und ich damals die Merkmale der mehrfach erwähnten lymphoiden Zellen und zweitens fragte ich M. ob er in den myeloiden Herden der Lunge Riesenzellen gefunden hätte. M. fasste damals diese Lungenherde als Embolie auf, das Fehlen der Megalocaryocyten erklärte er sich damit, dass auch im Knochenmark auffallend wenig solcher Zellen vorhanden waren. In der jetzt erschienenen Arbeit sagt er über den Lungenbefund, dass ein Umstand eher für Vermehrung an Ort und Stelle spräche, nämlich: «In den Gefässquerschnitten waren die myeloiden Zellen nicht zu Complexen verbunden, sondern lagen frei nebeneinander und Megalocaryocyten, die ja so charakteristisch für Lungenembolien sind, fehlten».

Sitzung vom 13. März 1909.

Anwesend 13 Mitglieder.

Präses: Meyer. Secretär: Russow.

1. Herr Klau demonstriert a) einen Fall von Hemiplegie infolge von Lues, um die Resultate der Therapie zu zeigen. b) Einen Fall von Angiosclerose mit den Symptomen der Erythromelalgie.

Discussion:

Hollmann fragt nach der elektrischen Erregbarkeit.

Klau: hat dieselbe noch nicht geprüft.

Reyher: während das Verhalten der Pulse für Arteriosclerose spricht, hat die Art der Gangrän doch manches Abweichende, indem sie z. B. im vorliegenden Falle nicht wie sonst an der Spitze der grossen Zehe, sondern an der lateralen Seite aufgetreten ist.

Dehio: Wie schon der Vortragende hervorhob, ist bei reiner Arteriosclerose die Haut, wenn eine Rötung derselben besteht, meist kühl; hier dagegen ist vermehrte Wärme vorhanden. Es braucht aber noch nicht das Hinzutreten einer Erythromelalgie deshalb angenommen zu werden, denn da eine ganze Anzahl von Thromben in den Venen nachzuweisen ist, so ist es naheliegend anzunehmen, dass der rückläufige Blutstrom stark behindert ist. Das erzeugt eine venöse Stauung und wenn nun der Andrang des Blutes durch die — wenn auch verengten — Arterien ein noch genügend starker ist, so kann die gestaute Hautpartie ganz warm sein. Sollte doch Erythromelalgie vorliegen, was wohl unwahrscheinlich aber doch möglich ist, so würde dieser Fall durchaus für einen genetischen Zusammenhang der einen von der anderen Krankheit sprechen.

Der von D. vor 12 Jahren veröffentlichte, typische Fall von Erythromelalgie betraf eine 50-jährige Frau mit Arteriosclerose und ausgesprochenen migräneähnlichen Anfällen von Kopfschmerzen. Die Erythromelalgie bestand in typischer Form an der linken Hand mit trophischen Veränderungen, Schmerzen, Schwitzen etc. (Links auch pulsus tardus, rechts normal). Da die Schmerzen ganz unerträglich waren, complete Arbeitsunfähigkeit bedingten und auf keine Weise auch nur zu beeinflussen waren, so liess D. damals ein Stück der Ulnararterie und des Nervus ulnaris an der erkrankten Hand resecieren. Die Arterie erwies sich bei der Untersuchung als hochgradig sclerotisch. Nach der Operation zeigten sich natürlich die motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen, aber die Hand war seitdem blass und die Schmerzen verschwunden, sodass die Pat. glücklich war, ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangt zu haben. Nach einem halben Jahre traten die ursprünglichen Erscheinungen allerdings wieder in gewissem Masse ein. Dieser Fall und namentlich die Wirkung der Operation scheinen D. zu Gunsten der hypothetischen activen Vasodilatatoren zu sprechen, denn der ganze ursprüngliche Zustand muss als Reizzustand des Nerven aufgefasst werden. Nach der Resection trat doch complete Lähmung ein und wir sahen ein Blasswerden der Haut; wenn die Capillarerweiterung, die vor der Operation bestand, auf Lähmung der Vasoconstrictoren beruht hätte, so hätte doch nach der Operation der Zustand fortbestehen müssen. Wichtig für die Auffassung der Krankheit scheint auch D. der Umstand, dass die Hautrötung nicht einem bestimmten Nervenausbreitungsgebiet angehörte, sondern die ganze Hand war ergriffen. Die auslösende Ursache kann also nicht innerhalb eines peripheren Nerven gelegen haben, sondern muss weiter hinauf localisiert werden, wahrscheinlich also im Rückenmark oder Med. oblongata; es bestanden ja noch andere vasoneurotische Störungen z. B. die Migräne. D. hat damals unter dem Einfluss der Thomaschen Theorie über die Entstehung der Arteriosclerose als einer Compensationserscheinung auch den Hergang hier sich ähnlich gedacht: die permanente Erweiterung der Arterien durch den erythromelalgischen Process hat eine compensatorische Intimawucherung hervorgerufen.

Klau fragt, ob das Blasswerden der Hand nach der Operation nicht durch die Resection der Arterie erklärt werden könne.

Dehio hält das für unwahrscheinlich, da die beiden Hohlhandbögen eine sofortige ausreichende Blutversorgung garantieren.

Meyer hält es für möglich, dass die Durchschneidung der die Arterie begleitenden sympathischen Fasern den Einfluss auf die Circulationsänderung hervorgerufen haben kann.

Dehio glaubt nicht, dass bedeutendere Sympathikusfasern an der so weit vom Centrum entfernten Arterie noch in Betracht kämen, die Menge der dort befindlichen Fasern dürfte gerade nur dem jeweils in Betracht kommenden, kleinen, zu resecierenden Stück entsprechen; übrigens wenn auch ansehnlichere sympathische Leitungen hier vorlägen, so würde die Wirkung der Durchschneidung, also Erzeugung von Hautblässe, die Frage der Vasodilatatoren nicht anders erscheinen lassen, als er sie vorhin dargestellt hat.

Klau hat in seinem Fall auch an eine Abhängigkeit der Angiosclerose und Erythromelalgie von einander gedacht. Nach den Untersuchungen von Zoege von Manteuffel sind keine Veränderungen an den Nerven nachgewiesen worden.

Reyher: Unsere Untersuchungsmethoden der Nerven sind noch zu ungenau; wenn man sieht, wie bei arteriosclerotischer Gangrän die Nervenstämme mit Bindegewebe fest verbacken sind, so kann man nicht umhin anzunehmen, dass das schädigend auf sie wirkt.

2. Herr Swirski hält seinen angekündigten Vortrag: Weitere Mitteilungen über Wirkung des Morphins auf den Magen-Darmkanal.

Vortragender bespricht, ausgehend von seiner im Jahre 1903 gemachten Beobachtung, dass das Morphin an Kaninchen, die mit einem Maulkorb versehen, hungern, eine Verlangsamung in der Fortbewegung des Mageninhaltes eintritt, chronologisch die experimentelle Literatur dieser Frage, welche eine Verlangsamung der Magenverdauung an Hunden, Menschen, Kaninchen und Katzen ergibt. Ausserdem berichtet Vortragender über seine an Fröschen mit Morphin in Combination mit Atropin ausgeführten Versuche, die auf eine Verstärkung der Morphinwirkung durch Atropin hinweisen. Eine ausführlichere Mitteilung wird in einer anderen Zeitschrift erscheinen.

(Autoreferat.)

In der Discussion fragt Dehio, ob auch beim Frosch der Mageninhalt nach Morphium länger verbleibt. Swirski bejaht die Frage.

Zuschrift an die Redaction.

Geehrte Redaction! Bezugnehmend auf das in dieser Nr. referierte Buch von Prof. Fischer, bitte ich nachfolgende Bemerkung zu veröffentlichen.

Prof. Fischer spricht auf S. 52 Anm. seines Buches von den «klassischen Berichten Schaefers, denen wir meist wörtlich folgen müssen» und ohne welche, ebenso wie ohne die Matignonschen von japanischer Seite, «eine kriegschirurgische Berichterstattung über den russisch-japanischen Krieg unmöglich wäre».

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gemeint sind hierbei 2 im Langenbeckschen Archiv, Bd. 79 und 84, erschienene Arbeiten, welche «über die Wirkung der japanischen Kriegswaffen» auf Grund eines von Dr. Schaefer, Dr. Svenson und mir im Sommer 1905 längs der Frontlinie der I. mandschur. Armee gesammelten statistischen Materials berichten. — Es liegt mir durchaus fern, die Verdienste Dr. Schaefers um das Zustandekommen und den Plan der Enquête bestreiten zu wollen, ich glaube aber hervorheben zu müssen, dass die «Verlustlisten», das Rohmaterial, auf dem Schäfers Arbeit im 79. Bd. des Langenb. Archivs basiert, hauptsächlich von Dr. Svenson (Riga) beschafft worden ist, und halte mich für verpflichtet, auch sachlich, dagegen zu protestieren, dass — wie es im Buch Prof. Fischers an die 80 Mal geschieht — Zahlenangaben, Tabellen, Schlussfolgerungen und ganze Sätze aus meiner Arbeit im 84. Bd. desselben Archivs Schaefer zugeschrieben werden. Prof. Fischer hat sich an die allgemeine Ueberschrift gehalten und den speciellen Titel und Verfasser des «Berichts über geheilte Kriegsverletzungen etc.» ignoriert. Ich constatiere deshalb, dass die hierauf bezüglichen 8030 Zählkarten ausschliesslich von mir bearbeitet und verwertet worden sind.

E. v. d. Osten-Sacken, St. Petersburg.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 1. Juni ist aus Petersburg die von der Verwaltung des Obermedicinalinspectors gebildete Commission abgereist zur localen Untersuchung der Frage betr. die Assanierung der Wolgastädte — Zarizyn, Ssaratow und Ssamara. Präses der Commission ist Prof. G. Chlopin. Laut Plan der Regierung wird allen Städten eine einjährige Frist bewilligt, binnen welcher sie freiwillig eine Assanierung vorzubereiten haben; doch soll die Commission während dieses Jahres den Entwurf einer zwangsweisen Assanierung (auf Kosten der Städte) ausarbeiten, welcher der Reichsduma in dem Fall übergeben werden soll, falls die Kanalisationsarbeiten und überhaupt die Assanierung im Laufe des Jahres von den Städten nicht in vollem Umfange vorgenommen worden ist.

— Der Chef der Moskauer Medicinalverwaltung, Dr. K. P. Sulima, ist zum Medicinalinspector der Residenz ernannt worden.

— Der XII internationale ophthalmologische Congress findet in St. Petersburg im Sommer 1913 statt.

— Im Mai 1910 wird in Charkow ein Congress einberufen, um über die Fragen des Kampfes mit den Epidemien in Südrussland zu beraten.

— Prof. D. Ott ist zum Ehrenmitglied der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaften in Leipzig und Buenos-Aires gewählt worden.

— Die medicinische Akademie in Turin hat S. Winogradow und W. Omeljanskij zu correspondierenden Mitgliedern erwählt.

— Die medicinische Facultät in Heidelberg hat die Kussmaul-Medaille Prof. Naunyn für seine Arbeiten über Diabetes mellitus zuerkannt.

— Der a. o. Prof. der Ophthalmologie, an der Universität in Heidelberg, Dr. E. v. Hippel hat einen Ruf als ordentlicher Professor und Director der Augenklinik an der Universität Halle erhalten.

— Der Privatdocent für Pädiatrie an der Universität zu Rostok, Dr. H. Brüning ist zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Zum Decan der medicinischen Facultät der Krakauer Universität für das Jahr 1909—10 ist der Prof. der Chirurgie Kader erwählt worden. Prof. Kader hat in Dorpat Medicin studiert und ist ein Schüler von Prof. E. v. Wahl.

— Der nächste Cyclus der Feriencurse der Berliner Docenten-Vereinigung beginnt am 4. October 1909 und dauert bis zum 30. October 1909 und die unentgeltliche Zusendung des Lections-Vepzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 11. Juni	des 12. Juni	97	34	3	397
» 12. »	» 13. »	100	23	9	495
» 13. »	» 14. »	58	29	18	576
» 14. »	» 15. »	65	30	33	500
» 15. »	» 16. »	78	20	17	541
» 16. »	» 17. »	87	28	29	571
» 17. »	» 18. »	94	29	29	607

Seit dem Beginn der Epidemie sind 11503 Personen erkrankt, 4374 gestorben und 6522 genesen.

— Im Gouvernement St. Petersburg erkrankten an der Cholera vom 5. bis zum 13. Juni 56 Personen, starben 15. In der vorigen Woche waren 28 Personen erkrankt und 6 gestorben. Die erste Erkrankung wurde am 27. Mai constatiert. In den Gouvernements Olonez (Kreis Lodeinoje Pole), Rjasanj (Kreis Rjasanj) und in Finnland (Mariahamn auf den Alandinseln) fand je 1 Erkrankung statt.

— Vom 13. bis zum 15. Juni erkrankten im Gouvernement St. Petersburg 15 Personen und starben etwa 10. Darunter im Kreise Schlüsselburg 7 (7), im Kreise Petersburg 3, im Kreise Nowaja Ladoga 4 (1); im Kreise Peterhof starb 1, im Kreise Zarskoje Sselo starb 1 und in Narva erkrankte 1 Person.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 2.—8. Mai 68 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 24. April bis zum 1. Mai 5282 Personen und starben 4411. In Honkong erkrankten vom 18.—24. April 5 Personen und starben 3. In der Chinesenstadt Pakhoi sterben täglich 3—4 Chinesen an der Pest. Japan: in Yokohama ist die Pest aufgetreten. In Aegypten erkrankten vom 29. Mai bis zum 4. Juni 14 Personen.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Auf seinem Gute bei Warschau Joseph Korolkewitsch, geb. 1838, Arzt seit 1861. 2) In Lowitsch Stanislaw Lutschinsky, geb. 1870, Arzt seit 1897. 3) In Wilna Caesar Stanewitsch, geb. 1841, Arzt seit 1861. 4) Am 3. Juni in Warschau Andreas Koshuchowsky, geb. 1865, Arzt seit 1895. 5) Am 4. Juni in Charkow an Typhus Iwan Kobosew, geb. 1882, Arzt seit 1907. 6) Am 3. Juni an Typhus in Charkow Wladimir Boikow, geb. 1873, Arzt seit 1900. 7) Am 1. Juni am Flecktyphus in Ufa Leonid Lissowsky. 8) In Charkow Dr. Garsiew. 9) Der Brigadearzt der 1. Schützenbrigade F. Frost. 10) Dr. A. Thomé de Britto, Prof. der klinischen Propädeutik an der medicinischen Facultät zu Bahia. 11) Am 19. Juni in Jena der Prof. der pathologischen Anatomie Dr. W. Müller, im Alter von 78 Jahren.

Druckfehlerberichtigung.

Zum Aufsatz in Nr. 24: «Die Vererbung der Schwindsucht auf Grund der Riffel-Schlüterschen Ahnentafeln» von Dr. S. Unterberger, muss hinzugefügt sein: Vortrag für die VIII. Tuberculose-Conferenz in Stockholm.

Ausserdem bittet der Verfasser, die Ringe, die leider schwach punctiert erscheinen, bei den an Phthise gestorbenen mit einem roten Stift zu umgeben, dann erscheint anschaulich das Bild von der Verbreitung der Phthise in den Ahnentafeln.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Am Dienstag, den 13. October findet die endgültige Beschlussfassung über das Project eines neuen Statuts statt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 26 St. Petersburg, den 27. Juni (10. Juli) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Der Kampf mit der Tuberculose und die specifische Behandlung derselben.

Von

Dr. F. Weber senior (Jalta).

Da der Kampf mit der Tuberculose jetzt zur Tagesfrage gehört, benutze ich die Protocolle der internationalen Gesellschaft zum Kampf gegen die Tuberculose für die Jahre 1907 und 1908, besonders die Berichte der Herrn Kayserling (Berlin), Krause (Hannover), Bandelier (Cottbus), Raw (Liverpool), Calmeth (Lille), Spengler und anderer, um ein kurzes Referat des gegenwärtigen Standes der Frage zu geben, wobei ich persönlich, mich der Meinung Professor R. Kochs anschliessend, nach dieser Richtung hin arbeitete.

Professor Kayserling hat in seiner klassischen Arbeit, welche in „Tuberculosis" veröffentlicht war, deutlich bewiesen, dass die Ansicht, die Tuberculose sei unheilbar, irrig ist und dass unser Kampf mit der Tuberculose glänzende positive Resultate aufzuweisen hat. Das ganze Geheimnis der glücklichen Resultate liegt darin, dass dieser Kampf systematisch geführt werde und auf Grund der Resultate der letzten, wissenschaftlichen Untersuchungen.

Zum systematischen Kampf mit der Tuberculose muss man sich an drei Wege halten, auf welchen dieser Feind des Menschengeschlechts zu besiegen ist und die Seuche ausgerottet werden kann:

1. Man muss die Tuberculose heilen,
2. den menschlichen Organismus gegen die Einwirkung des Virus immunisieren,
3. die Gesunden vor einer Infection durch die Kranken schützen.

Von der ersten Aufgabe sind wir gezwungen uns loszusagen, da man die Heilung aller Tuberculösen nicht bewerkstelligen kann, weil nur ein ganz geringer Procentsatz der Tuberculösen sich in die ärztliche Behandlung begeben, während die meisten gar keine Ahnung haben, dass sie tuberculös sind. Somit kann man auf diesem Wege auch keinen regelrechten Kampf mit der Tuberculose in Scene setzen.

Auch der zweite Weg ist nicht sehr hoffnungsvoll, da bis jetzt alle Versuche, eine Immunisierung des Organismus zu erzielen, noch nicht durch sichere positive Resultate gekrönt sind. Jedenfalls muss aber in dieser Hinsicht mit Energie gearbeitet werden, da wir versichert sind, dass auf demselben glänzende Erfolge erzielt werden können; denn die Erfahrung hat gezeigt, dass nur ein kleiner Teil der Tuberculösen zur Behandlung, resp. zur Registrierung kommt; andererseits kann man nicht die halbe Menscheit in Sanatorien oder Isolierhäuser sperren, daher alles dazu angewandt werden kann, um eine Immunisierung zu erringen. Wenn wir die Vaccination im Auge haben und die Erfolge derselben, die die Menschheit vor der verheerenden Pockenseuche erretteten, so liegt es ganz nahe anzunehmen, dass auf einem ähnlichen Wege auch die Immunisierung gegen Tuberculose erzielt werden könnte. Die Sterblichkeit des Rindviehs an Euterpocken ist fast Null, ebenso ist die Sterblichkeit desselben an Perlsucht eine so minimale, dass es auf der Hand liegt, dass man durch Impfung der ganzen Menschheit mit irgend einem Präparat aus dem Verseuchevirus, dieselbe vor den Einflüssen der bösartigen Tuberculoseform schützen könnte. Die Hoffnung, auf diesem Wege zur Erreichung der Immunisierung zu gelangen, ist seit den letzten Untersuchungen Kochs gewaltig gestiegen, wenn auch die Londoner Commission, so wie manche andere gegen diese Lehre ein lautes Feldgeschrei erhoben. Davon später.

Der dritte Weg ist der sichere; denn nachdem Professor Koch den Tuberkelbacillus entdeckt, kennt man den Feind, mit dem man zu kämpfen hat. Koch hat vorher schon gezeigt, wie man gegen das Virus des Typhus, der Cholera, der Malaria aus der Defensive in die Offensive zu treten imstande ist, ganz dasselbe ist auch der Fall bei der Tuberculose.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu der Defensive sind zwei Facta nötig: 1) das Virus muss uns zugänglich sein und 2) wir müssen Mittel haben, denselben zu vernichten. Dabei müssen wir folgende Regeln im Auge haben:

a) Wir müssen uns mit den biologischen Eigenschaften des spezifischen Virus bekannt machen und die Uebertragung desselben auf gesunde Individua vorbeugen.

b) Man muss bemüht sein eine möglichst frühzeitige Diagnose der Krankheit zu stellen, um zeitig zur Vernichtung des Ansteckungsstoffes zu schreiten.

c) Man muss das afficierte Individuum isolieren, um eine Uebertragung der Krankheit auf Andere zu vermeiden.

d) Man muss die Afficierten von den Krankheitserregern zu befreien suchen.

Professor Kayserling in Berlin hat bei 7000 Tuberculösen seiner Praxis, bei denen die ätiologischen Momente streng notiert waren, wobei er sich nicht mit der Untersuchung der nächsten Umgebung begnügte, sondern auch nach weiter entfernten Ansteckungsherden suchte, gefunden, dass bei 70% der Kranken die Erkrankung durch Ansteckung zustande gekommen war und zwar durch tuberculöse Subjecte. In 10 % der Fälle war eine Ansteckung durch Milch und Milchproducte nachzuweisen. Kayserling macht aber die Bemerkung, dass er der Inficierung der Menschen durch den Genuss von Kuhmilch einen geringen Wert beilegt, dagegen die Milchproducte, wie Butter und Käse, wohin die Bacillen auch auf Nebenwegen gelangen können, einen Wert haben. Weiter macht er die Bemerkung, dass die Lungentuberculose ausschliesslich durch Uebertragung von tuberculösen Menschen entsteht.

Was die Erkrankung an Tuberculose in Berlin anbetrifft, so waren für die Jahre 1901, 1902 und 1903 folgende Verhältnisse verzeichnet:

Es starben in Berlin	1901.	1902.	1903.
an Tuberculose.	67,445.	66,726.	70,049.
Davon an Lungentuberculose	63,065.	62,224.	64,310.
An Tuberculose anderer Organe	4,380.	4,502.	5,739.

Aus diesen Zahlen ist zu sehen, dass nur 6—7 % der Tuberculösen von einer Affection der übrigen Organe betroffen waren, das Gros also auf die Lungentuberculose fällt. Auf die Affection des Darmkanals kommt ein ganz minimaler Prozentsatz. Auffallend ist die Zahl der Todesfälle an Tuberculose für die oben erwähnten drei Jahre in Berlin und dies bestätigt die Untersuchung Andwords, dass die Anzahl der Sterbefälle an Tuberculose in gewissen bewohnten Ortschaften sehr geringen Schwankungen unterworfen ist; ja selbst in Berlin, bei der gewaltigen Bewegung der Bevölkerung blieb sie in den genannten Jahren trotz der bedeutenden Massregeln zur Bekämpfung der Tuberculose eine verhältnismässig constante. Nimmt man hingegen einen längeren Zeitraum, so den Bericht von Kayserling über 20 Jahre (1887—1907), so bekommt man ein ganz anderes Bild: da ist die Mortalität von 31 auf 14,28 auf 10000 Einwohner gefallen. Dieses ist natürlich allein den grossartigen, vom Gesetz unterstützten Massregeln im Kampfe gegen die Tuberculose zuzuschreiben, welche nicht nur in Berlin, sondern in ganz Deutschland, besonders aber in Preussen ergriffen wurden.

Indem wir von der specifischen Bekämpfung und specifischen Behandlung der Tuberculose sprechen, verstehen wir darunter nicht jene Masse von Arzneien, mit denen der medicinische Markt überschwemmt wird, auch nicht die hygienischen und socialen Massregeln, welche zur Verbesserung des Volkslebens dienen. Es gibt keine Arzneien, welche per os in den Darmcanal eingeführt, oder durch Inhalationen den Lungen zugeführt werden, welche die Tuberculose heilen können. Das sind alles nur Curen der Symptome und nicht der Krankheit selbst. Auch die Organo- und Serotherapie kann man nicht zu den specifischen Heilmitteln gegen die Tuberculose zählen. Als specifisches Heilmittel ist nur die Behandlung der Tuberculose mit den Präparaten aus den Tuberkelbacillen anzusehen, die sich doch immer wieder auf die Immunisierung des Organismus gegen das Virus gründen. Der Urstoff all dieser Präparate bleibt immerhin das Alt- und Neutuberculin R. Kochs, wobei Koch das erste als Heilpräparat, das zweite als Immunisierungspräparat ansieht.

Robert Koch hat 1901 auf dem Congress zu London erklärt, dass die Tuberkelbacillen des Rindes und des Menschen verschiedenartig sind und dass die Tuberkelbacillen des Rindes bei der Uebertragung auf den Menschen keine bösartige Tuberculose hervorrufen und niemals eine Lungentuberculose erzeugen, sondern nur die sogenannte gutartige.

Diese Erklärung hat einen gewaltigen Sturm in der ganzen Gelehrtenwelt hervorgerufen. Behring, welcher die Kuhmilch perlsüchtiger Kühe als Hauptquelle der sogenannten gutartigen oder chirurgischen Tuberculose bei den Menschen ansieht, ging sogar so weit, dass er es anrät, Säuglinge mit der Milch der perlsüchtigen Kühe zu nähren, um bei denselben eine gutartige Tuberculose hervorzurufen, welche den Menschen gegen die bösartige Tuberculose immun macht. In Fällen, wo ein Individuum bereits durch bösartige Lungentuberculose inficiert oder das Kind dieselbe von den Eltern als Erbteil erhalten, da hält die neuacquirierte bovine Tuberculose die alte, ererbte im Schach und lässt sie sich nicht entwickeln.

Nun begann man überall, besonders aber in England Controllversuche zu unternehmen. Auch in Frankreich, Deutschland und Dänemark hat man auf diese Versuche ganz solide Capitalien verausgabt. Von allen Seiten wurde gemeldet, dass die Controllversuche negative Resultate ergaben. Um nun diese Streitigkeiten zu schlichten, wurde der Washingtoncongress berufen. Dort trat Robert Koch mit der Lehre auf, dass die bösartige Lungentuberculose mit Tuberculin boviner Gattung und die gutartige Tuberculose, d. h. die chirurgische, mit dem Alttuberculin zu behandeln ist.

Wie allen bekannt, wächst mit jedem Jahr die Zahl der Tuberculinpräparate, welche teilweise zur Behandlung, teilweise zur Immunisierung vorgeschlagen werden, und indem die Erfinder alle Mühe daran wenden, um diese Präparate von den toxischen Elementen des Impfstoffes zu befreien, unterwerfen sie die Bacillen allen möglichen Proceduren, um das gewonnene Product heilkräftig, aber unschädlich zu machen. Besonders suchen die Herren den menschlichen Bacillus durch verschiedene Tiergattungen zu treiben, um ihm die gewünschten Eigenschaften zu verleihen, doch ist es leider Keinem gelungen, ein Präparat zu liefern, welches dem Kochschen Tuberculin zur Seite gesetzt werden könnte. Zu bewundern ist nur der starre Eigensinn, mit dem sich alle weigern, auf die Entdeckung Kochs einzugehen, dass man durch das Tuberculin der beiden oben genannten Arten eine Waffe gewonnen, die sicher zum Ziele führt.

Die Hauptverteidiger des Alttuberculins Turban, Petruschky, Gotsch, Rumpf, Moller, Dellitz, Thörner, Kaatzer, Karbuilis, Krämer, Kremser, Jäger, Stordnet u. a.), welche in ihren Heilstätten glänzende positive Resultate errangen, wenn sie der Doctrine Kochs treu blieben, arbeiten unverdrossen auf dem einmal eingeschlagenen Wege fort. In den Kliniken der Würzburger Universität stimmen Arneth, Lüdke u. a. diesen Herren bei und in Heidelberg hat Hammer dieselben positiven Resultate erzielt. Andererseits ist aber eine ganze Reihe

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Präparaten zu nennen, die sich dem Kochschen Alttuberculin anreihen, aber ihre eigenen Erfinder haben, als: Deniz (das ja auch bei uns in Jalta fast ausschliesslich verwertet wird) Vesely, Maksutow, Roux, Möller, Ramont, Rovan, Zupnik, Klebs (Tuberculocidin) Langermann, Landmann, (Tuberculol) Beranek, Hirschfeld (Oxytuberculin) Carl Spengler. Letzterer hat hauptsächlich das Tuberculin des bovinen Typus angewandt. Er unterwirft dabei seine Patienten jahrelang den Tuberculininjectionen. Wenn ich mich nicht irre, ist seine Serie bis auf 200 Injectionen festgesetzt.

Auch das Neu-Tuberculin Kochs hat nicht wenig Anhänger, die von Jahr zu Jahr immer mehr zur Ueberzeugung kommen, dass auf diesem Wege sicher einst die Immunisation des Organismus gegen das tuberculöse Virus erreicht wird. Unter diesen haben Carl und Louis Spengler, Peters, Doutrelepont, Bylach, Grünbaum, Krüger, Birnbaum, Balzer, Renner, die grössten positiven Resultate aufzuweisen, wobei die Autoren darauf aufmerksam machen, dass die Präparate des Kochschen Neutuberculins, wie auch alle übrigen nach denselben Vorschriften hergestellten Präparate, nicht nur Immunisationskraft aufweisen, sondern auch geradezu überraschende Heilerfolge in den Fällen von chirurgischer Tuberculose hatten, also bei Affection der Drüsen, der Haut, bei Lupus, Meningitis und Miliartuberculose. Besonders gute Erfolge sind erzielt bei Tuberculose des Auges.

Wir müssen hier noch des neuen Kochschen Präparats, der Bacillenemulsion erwähnen, welche aus einer Mischung des T. R. und T. O. besteht und innerlich verabreicht wird. Angewandt wird dasselbe als Heil- und Immunisationsmittel nicht nur beim Menschen, sondern auch beim Rindvieh, welches durch bösartige Tuberculose inficiert war. Calmette (Lille, geht sogar so weit, dass er behauptet, durch die genannte Emulsion durch zwei Gaben mit einer 45-tägigen Pause eine Immunisation zu erzielen, sowohl beim Menschen, als auch beim Rindvieh.

In diesem Vortrage enthalte ich mich der Besprechung der Resultate der Serotherapie mit den Präparaten von Neporoshnyi, Maragliano, Marmorek, Türdeau, Baldwin, sowie mit neuen Präparaten Tuberculase und Tulase Behrings, Deyks, Nasten, die aus dem Blute verschiedener Säugetiere, Vögel, Fische und Reptilien bereitet werden und will nur von den verschiedenen Formen der Tuberculine Kochs reden.

Höchst interessant sind die Experimente und Beobachtungen des Prof. Raw (Liverpool), welcher über die Resultate bei 4000 Fällen von Lungentuberculose und 1500 Fällen von chirurgischer Tuberculose berichtet, bei welcher Gelegenheit er die Befunde von 800 Sectionen von an Tuberculose zugrunde gegangener verwertet. Ich will mich dabei nur mit der Anführung der Schlussthese begnügen.

1. Die menschliche Tuberculose und die Perlsucht sind nur Unterabteilungen desselben Krankheitsprocesses.
2. Der menschliche Organismus kann von beiden Formen der Tuberculose inficiert werden.
3. Der Mensch wird von der Perlsucht durch die Speisen und auch auf anderen Wegen inficiert.
4. Die beiden Arten von Tuberculose treten nicht gleichzeitig bei dem Menschen auf.
5. Die leichte Form der bovinen Tuberculose schützt den Menschen vor Erkrankung an der malignen Tuberculose.
6. Tuberculin, welches aus den Bacillen des humanen Typus bereitet ist, wirkt heilbringend auf Individuen, welche von der Perlsucht inficiert sind.
7. Tuberculin, bereitet aus den Bacillen des bovinen Typus, wirkt heilbringend auf die bösartige Lungentuberculose.

Der Professor Raw, der 1901 als Kochs Hauptopponent in London auftrat, ist überzeugt, dass die bösartige Lungenschwindsucht durch das bovine Tuberculin bewältigt werden kann, aber von der Masse der practischen Aerzte wird dieses Heilmittel hartnäckig abgelehnt.

Behring, der als Kochs Opponent die Behauptung aufstellt, dass die Menschen grösstenteils durch den Genuss der Milch perlsüchtiger Kühe, so wie der Milchproducte aus denselben, auch direct von Bacillen bovinen Typus inficiert werden, muss andererseits dennoch zugeben, dass der eine Typus der Tuberculose von dem anderen verdrängt wird. Darauf hin macht er den Vorschlag, eine allgemeine Impfung der Milchkühe mit Menschentuberculin zu organisieren, um dieselben vor der Perlsucht zu bewahren. Dabei gibt er den Rat, nur die Milch solcher Kühe als Nahrungsmittel der Menschen zuzulassen, denen das bovine Tuberculin eingeimpft wurde. Wir sind damit vollkommen einverstanden und sehen die Milch solcher Kühe als ein immunisierendes Mittel an. Auch hält es Behring für angezeigt, die Säuglinge hauptsächlich mit solcher Milch zu ernähren, um dieselben vor dem Einflusse der malignen Tuberculose zu schützen.

Interessant ist die Behandlung der Lungentuberculose mit der Bacillenemulsion, bestehend aus einer Mischung beider Bacillentypen, welche bis zu 60° C. erwärmt wird, wodurch die Virulenz derselben vernichtet wird.

Bandelier hat dieser Behandlung 205 Tuberculöse unterworfen und zwar 24 (13,14 %) im 1. Stadium, 124 (60,40 %) im 2. Stadium, und 54 (26,34 %) im 3. Stadium. Positive Resultate wurden erzielt bei 191 (93,14 %) und nur 14 (6,83 %) erfreuten sich keiner Besserung. Die Resultate verteilen sich auf die verschiedenen Stadien folgendermassen:

I. Stadium: behandelt 27, davon genesen	10 (37,04 %).
Erhielten volle Arbeitsfähigkeit	12 (44,44 %).
Unvollkommene Arbeitsfähigkeit	5 (14,52 %).
II. Stadium: behandelt 124, genesen	13 (10,48 %).
Volle Arbeitsfähigkeit	77 (62,09 %).
Unvollkommene Arbeitsfähigkeit	30 (24,19 %).
Negatives Resultat	4 (3,24 %).
III. Stadium: behandelt 54, davon genesen	0
Volle Arbeitsfähigkeit	9 (16,63 %).
Unvollkommene Arbeitsfähigkeit	35 (64,81 %).
Negatives Resultat	10 (18,56 %).

Bei der Aufnahme hatten Bacillen im Sputum 114. Beim Verlassen der Heilanstalt 69.

Diese so sehr angefeindete Behandlungsmethode hat nach diesem Berichte glänzende Erfolge zu verzeichnen.

Carl Spengler benutzte in seiner Heilanstalt P. T. O. d. h. Perlsuchtalttuberculin bei 178 Kranken. Und zwar im I. St. 32 (17,98 %), im II. St. 117 (67,75 %), im III. St. 29 (16,29 %).

I. St.	von 32 volle Genesung	11 (34,37 %).
	Volle Arbeitskraft	19 (59,37 %).
	Partielle Arbeitsfähigkeit	29 (16,24 %).
II. St.	von 117 volle Genesung	25 (21,37 %).
	Volle Arbeitskraft	66 (56,41 %).
	Partielle Arbeitsfähigkeit	26 (22 %).
III. St.	von 29 volle Genesung	0
	Volle Arbeitskraft	9 (31 %).
	Partielle Arbeitsfähigkeit	16 (55,67 %).
	Negatives Resultat	4 (13 %).
Bei der Aufnahme waren Bacillen bei		48 (26,96 %).
Beim Verlassen der Anstalt waren ohne Bacillen		32 (66,68 %).

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Im Lehrbuche der Diagnostik und specifischen Behandlung der Tuberculose von Bandelier und Röpke (Würzburg 1908) wird auf die Schwierigkeit der Dosierung des Tuberculins hingewiesen, weil dieselbe durch die Individualität der verschiedenen Kranken bestimmt wird. Dasselbe gilt auch bei der Serumbehandlung mit dem Serum Maraglianos und Figaris zu Immunisationszwecken. Krause (Hannover) dringt darauf, bei der chirurgischen Tuberculose ohne Complication mit Lungentuberculose die Serumbehandlung einzuleiten und sah Erfolg von der Anwendung der Sera Maraglianos, Marmoreks, dann aber auch vom Tuberculin Jakobs (Brüssel), Beranek, Kincy, Dennys. Dennoch zieht er das Alttuberculin Kochs vor, was auch natürlich ist, da hier der bovine Typus eine grosse Rolle spielt.

In Verlauf des Jahres 1908 ist aus den Berichten der Loga gegen die Tuberculose zu sehen, dass sich immer mehr Anhänger finden, welche die Behandlung der malignen Tuberculose mit Tuberculin des bovinen Typus einleiten, wogegen die benigne Tuberculose erfolgreich durch das Tuberculin des humanen Typus behandelt wird.

Im letzten Bericht von Professor Raw referiert er wieder über 18 Fälle von Lungentuberculose im ersten Stadium, wo sich das Tuberculin des bovinen Typus glänzend bewährte, während 104 Fälle von chirurgischer Tuberculose erfolgreich (mit geringen Ausnahmen) mit Alttuberculin des humanen Typus behandelt wurden (Tuberculosis glandularum, Meningitis, Knochentuberculose, Lupus).

Zur Immunisation des Rindviehs gegen die Perlsucht wurden in den 3 letzten Jahren in Berlin Versuche von Dr. A. Weber und dem Veterinärarzt Tietze, in Dresden von Dr. Klimmer angestellt und zwar mit verschiedenen Tuberculinpräparaten. Von allen Präparaten hatte das abgeschwächte humane Tuberculin die besten Erfolge. Nach A. Weber dauert die Immunisation 2 Jahre, nach Klimmer bedeutend länger. Beide impfen unter die Haut, dieser Modus ist der Injection in die Venen vorzuziehen. Sowohl Weber wie Klimmer raten die Impfung, der grösseren Sicherheit wegen jedes Jahr zu wiederholen.

Dank der Energie des Professers Berenek wurde selbst in Bulgarien von der Regierung der Befehl gegeben, die Milchkühe mit humanem Tuberculin zu impfen und nur die Milch geimpfter Kühe zum Markt in Sophia zuzulassen. Zu dieser Massregel wurde die Regierung gezwungen, da die Tuberculosesterblichkeit in Bulgarien bis auf 60 pro 10000 gestiegen war — eine solche Mortalität ist sonst nirgends verzeichnet. Der niedrige Culturzustand dieses Volks sträubt sich aber gegen alle Gesundheitsmassregeln, so dass eine Petition an die Volksvertretung eingereicht wurde, um dieses Gesetz aufzuheben.

Zum Schluss möchten wir noch einiges über die Erfolge des Kampfes mit der Tuberculose in Deutschland sagen und auf die Dauererfolge, welche in den deutschen Sanatorien erzielt wurden, hinweisen.

Aus den Protocollen des Jahres 1908 ist zu sehen, dass die grössten Erfolge des Kampfes mit der Tuberculose in Deutschland errungen wurden, besonders in Preussen, wo die Zahl der Volkssanatorien mit einer Erstaunen erregenden Vehemenz wächst. Die administrativen Organe gehen Hand in Hand mit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose, wodurch die Organisation einer regelrechten Registrierung zustande kommt und man die Opfer des zu bekämpfenden Feindes zu zählen imstande und dadurch die entsprechenden Massregeln ergreifen kann. Wichtig ist der Umstand, dass es der Organisation gelungen ist, das Schicksal der aus den Sanatorien Entlassenen weiter zu verfolgen und dadurch die Dauererfolge festzustellen, so wie den Grad der Arbeitsfähigkeit zu bestimmen. Im Jahre 1897 wurde in Preussen eine 5-jährige Ueberwachung der entlassenen Tuberculösen organisiert und im Decemberbericht des Professors Kayserling (Berlin) lesen wir, dass volle Arbeitsfähigkeit im Jahre 1897 nur bei 27 % der Entlassenen zu finden war, im Jahre 1907 aber dieselbe bis 42 % erreicht hatte, so dass im Verlauf von 10 Jahren dieselbe auf 15 % gestiegen war.

Die Hauptursache dieser glänzenden Erfolge ist die eminente Tätigkeit der Gesellschaft zum Kampfe gegen die Tuberculose, mit dem durch dieselbe veranlassten Aufschwung des Sanatoriumwesens. Unterstützt wird diese Arbeit nicht nur in Deutschland, sondern auch in allen Culturländern durch die Regierung, durch das Gesetz.

Was Preussen anbetrifft, so hatte dieser Staat 1892 nur 4 Sanatorien aufzuweisen mit 243 Betten; im Jahre 1897, also in 5 Jahren, stieg die Zahl derselben auf 11 (mit 1252 Betten), 1902 (nach 10 Jahren) auf 39 (mit 3988 Betten), endlich 1907 auf 57 (mit 5651 Betten). Im Verlauf des Jahres 1907 erweiterte sich der Belegraum in dem einen Sanatorium Belitz auf 600 Betten, zu welchem Zwecke ein neues Gebäude erbaut wurde, welches 4½ Millionen Mark gekostet hat, so dass dieses eine Sanatorium jetzt 1500 Tuberculöse beherbergt. Dr. Freund, der Director dieser Musteranstalt, gibt in seinem Berichte über das Jahr 1906 (wo nur 900 Betten zur Verfügung standen) recht interessante statistische Daten, wobei uns die erfreuliche Mitteilung gemacht wird, dass die Zahl der Pensionäre des Invalidenfonds, die aus Arbeitsunfähigen besteht, beständig abfällt (seit 1900 um 7%).

Im Jahre 1906 wurden aus dem Sanatorium Belitz 1449 Kranke entlassen, davon waren 1224 (84,82%) im 1. Stadium, 183 (12,66%) im 2. Stadium und 36 (2,5%) im 3. Stadium.

In Verlauf von 7 Jahren (1900—1906 incl.) wurden 12265 Personen (8237 Männer und 4025 Frauen) entlassen, von denen volle Arbeitsfähigkeit bei 10973 (88%) verzeichnet war und zwar bei 7230 Männern und 3748 Frauen.

Da nun eine regelrechte Ueberwachung dieser Entlassenen organisiert war, so konnte auch die Dauer der Arbeitsfähigkeit constatiert werden. Wir gedenken diesen Bericht nicht durch lange statistische Tabellen zu belasten, sondern begnügen uns damit, das Endresultat dieses Massenmaterials wiederzugeben. Nach Freunds Bericht verloren von den 12265 Entlassenen die volle Arbeitsfähigkeit nach 7 Jahren 30%, nach 6 Jahren 28%, nach 5 Jahren 24%, nach 4 Jahren 19%, nach 3 Jahren 14%, nach 2 Jahren 5%. Immerhin recht erfreuliche Resultate, welche den Dauererfolg illustrieren und uns zeigen, dass die böse Tuberculose doch kein unbesiegbarer Feind ist und uns zu neuem tapferen Kampf mit derselben anfeuern sollen.

Der Director des Volkssanatoriums Holsterhausen, Dr. Köhler, bringt für eine Zahl von 1396 Entlassenen nach 2 Jahren 1232, nach 4 Jahren 365 Fälle, wo die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen war, bei den übrigen war keine Controlle herzustellen.

Bei der ersten Serie von 1232 Kranken konnte nach 2 Jahren Folgendes festgestellt werden. — Volle Arbeitsfähigkeit 60%, unvollkommene 17,7%, arbeitsunfähig keit 7,2%. Gestorben waren 15%.

Von den 365, die bis zum 5. Jahre controlliert werden konnten, war volle Arbeitsfähigkeit bei 53,6%, unvollkommene bei 13,4%, Arbeitsunfähigkeit bei 7,7%. Gestorben waren 25,3%.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Köhler hat alle Entlassenen der deutschen Sanatorien zusammengefasst und gibt folgende Resultate: nach 2 Jahren waren von den Entlassenen vollkommen arbeitsfähig 39,5%, unvollkommen 8,8%, arbeitsunfähig 4,4%, gestorben 12,1% — der Controlle entzogen sich 36,2%.

Was die der Controlle Entzogenen anbetrifft, so gehören dieselben nach der Meinung Köhlers in die Kathegorie der vollkommen Arbeitsfähigen, da sie sonst in eines der anderen Register geraten würden — damit wäre nach 2 Jahren gegen 60% vollkommen Arbeitsfähige zu registrieren. — Was die Todesfälle anbetrifft, so kommt nur ein unbedeutender Teil derselben auf die Tuberculose, die meisten erlagen verschiedenen Infectionskrankheiten und zufälligen Todesursachen, da sie nicht in der Todesstatistik der Tuberculösen figurieren.

Dr. Fränkel berichtete am 11. März 1908 in der Berliner medicinischen Gesellschaft über die Sterblichkeit an Tuberculose in Preussen für 20 Jahre und zeigte, dass in diesen 20 Jahren die Zahl der Todesfälle an Tuberculose von 31,14 auf 17,20 auf je 10000 der Bevölkerung gefallen war. Sehr rasch fällt die Zahl der Todesfälle besonders seit 1900. — Seit 1900 werden allein in Preussen jährlich 40000 Tuberculose in Sanatorien verpflegt und 6000 von ihnen haben bei der Entlassung keine Bacillen im Sputum.

Alles das ist das Resultat der vom Gesetz unterstützten Tätigkeit der Gesellschaft zum Kampf gegen die Tuberculose. — Nicht nur die Sanatorien sondern auch alle die übrigen Massregeln gehören hierher, und besonders ist der Immunisierung eine grosse Zukunft zu prophezeien — so dass wir nicht pessimistisch auf den Ausgang dieses Kampfes sehen müssen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Schwalbe: Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Stuttgart. Enke. 1909. 914 Seiten.

Es ist ein grosses Verdienst des Herausgebers Schwalbe, die vorliegende Monographie der im Greisenalter vorkommenden Krankheiten veranlasst zu haben. Mit Recht bedauert er im Vorwort, dass den Erkrankungen des hohen Alters in Wissenschaft wie in Praxis nicht die eingehende Beachtung gewidmet wird, die wünschenswert und den greisen Kranken von grösstem Nutzen wäre. S. ist es gelungen, eine Reihe hervorragender Forscher zur Mitarbeit heranzuziehen. Das umfangreiche Gebiet, das, wenn auch in kurzer Erwähnung, so ziemlich alle Krankheiten einschliesst, — soweit sie bei Greisen vorkommen können, gelangt in folgenden Abschnitten zur Darstellung: Naunyn: Allgemeine Pathologie und Therapie. Hirsch: Kreislaufsorgane. E. Grawitz: Blut und Blutdrüsen. Hoppe-Seyler: Atmungsorgane. Ewald: Verdauungsorgane. Ebstein: Harnorgane. Fürbringer: Geschlechtsorgane. Siemerling: Geistes- und Nervenkrankheiten. Ortner: Acute Infectionskrankheiten. Koranyi: Stoffwechsel. Damsch: Bewegungsorgane. Jadassohn: Haut- und Geschlechtskrankheiten. Sternberg: Zoonosen, Darmparasiten. Vergiftungen.

Es ist verständlich, dass bei der Fülle des Gebotenen und der doch verschiedenen Darstellungsweise der Verfasser der einzelnen Abschnitte, auch wohl infolge ihrer nicht gleich umfassenden Erfahrung, die einzelnen Kapitel etwas ungleich ausgefallen sind. Ganz vortrefflich ist die von Naunyn verfasste Einleitung und Besprechung der allgemeinen Pathologie und Therapie. Die fesselnde Darstellung lässt den erfahrenen hochbedeutenden Arzt in jedem Satz erkennen. Sehr gefallen hat mir ferner die Ewaldsche Besprechung der Verdauungskrankheiten. Beim Studium der einzelnen Capitel kommt einem der etwas ketzerische Gedanke, dass besonders die Abschnitte gut ausgefallen sind, deren Verfasser selbst dem Senium näher sind und seinen Gebrechen daher mehr Interesse entgegen bringen.

Einige Einzelheiten, die mir zufällig aufgefallen sind und die mir nicht ganz zutreffend scheinen, möchte ich beiläufig erwähnen: Hirsch bezeichnet (S. 112) als Pulsus irregularis respiratorius das beim Inspirium erfolgende «Kleinerwerden des Pulses». Ich verstehe mit Hering darunter den Wechsel in der Zeitfolge der einzelnen Pulswellen. Ferner sagt Koranyi (S. 698), «dass die Diagnose der Gicht nicht durch Harnuntersuchungen gestützt werden kann». Demgegenüber ist auf die Noordensche Probekost bei Gicht mit täglicher Harnsäurebestimmung im Urin hinzuweisen, die nach der Ansicht v. Noordens eine Differentialdiagnose zwischen Gicht und den verschiedenen Formen des chronischen Rheumatismus ermöglicht.

Schwalbe schliesst das Vorwort mit den Worten des Erasmus von Rotterdam: «Eine schwere Bürde der Sterblichen ist das Greisenalter, dem man ebensowenig wie dem Tode entrinnen kann; doch ärztliche Hilfe ist oft imstande seinen Eintritt hinauszuschieben und seine Beschwerden bedeutend zu erleichtern». Darin wird uns dieses Buch unterstützen.

O. Moritz.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 14. April 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

O. Moritz hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Herzarhythmien.

Ausgehend von der Engelmannschen Theorie der Herzmuskelautomatie, bespricht Redner die verschiedenen Typen der beim Menschen vorkommenden Arhythmien. Es werden besprochen: Die Extrasystolen, ihre Formen und ihre Bedeutung: die Leitungsstörungen und ihre häufigste, bekannte Erscheinungsform, der Adams-Stokessche Symptomencomplex; der Pulsus alternans, beruhend auf Störung der Contractionsfähigkeit des Herzmuskels; der Pulsus irregularis respiratorius, dem Wesen nach gleich dem «Jugendtypus der Arhythmie» (Mackenzie), beruhend auf nervösen Einflüssen, die von der Respiration abhängig scheinen; endlich der Pulsus irregularis perpetuus (Hering), beruhend auf schweren Störungen der Reizerzeugung, die vermutlich auf anatomischen Veränderungen im Sinusgebiet der Vorhöfe zurückzuführen sind. Eine Reihe von schematischen Zeichnungen und Pulscurven von selbstbeobachteten Fällen illustrieren das Gesagte. Sämtliche Typen der Arhythmie hat M. bei seinen Kranken beobachten können.

Das Hauptverdienst um die Erweiterung unserer klinischen Kenntnisse über Arhythmie haben Wenckebach und Mackenzie. Die neuen Gesichtspuncte, die durch sie in das Studium der Pulscurven eingeführt sind, ermöglichen ein besseres Verständnis der normalen und pathologischen Herztätigkeit.

(Autoreferat).

Discussion:

Wanach fragt, wie die bei Rauchern beobachteten Arhythmien zu erklären seien.

Moritz: Wo es sich um die Nikotinwirkung handelt, beruhen die Arhythmien vermutlich auf Extrasystolen.

Kallmeyer fragt, ob die Entstehung aller Arhythmien auf das Herz zurückzuführen sei, und ob nicht auch Arhythmien cerebraler Natur vorkämen; neulich hätte ihm ein bekannter Nervenarzt gesagt, dass letzteres nicht unmöglich sei. Von den bei Meningitis beobachteten Arhythmien sieht Kallmeyer dabei ab.

Fuhrmann: Herzarhythmien gelten als physiologisch bei Säuglingen. Sie werden auch bei Kindern im Alter von 3—4 Jahren im Schlaf beobachtet und verschwinden mit dem Erwachen. Worin liegt die Ursache?

Wanach: Man beobachtet zweifellos Arhythmien bei Commotio cerebri, und bei Fracturen der Schädelbasis.

Moritz: Ueber Arhythmien cerebralen Ursprungs hat Moritz keine persönliche Erfahrung, doch kommen solche gewiss vor und ein Teil der Fälle Stokes-Adamscher Krankheit ist cerebraler Natur. Als diagnostisches Hilfsmittel ist hier das Atropin zu betrachten; nur die durch letzteres unbeeinflussbaren Fälle sind cardialen Ursprungs. Die Arhythmien tragen meistens den Charakter der Extrasystolen und entstehen vermutlich auf dem Wege der Vagusreizung. Bei der Arhythmie der Säuglinge dürfte es sich um respiratorische Einflüsse handeln.

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sitzung vom 28. April 1909.

Vorsitz.: Blessig. Secretär (stellvertr.): Moritz.

Iversen hält den angekündigten Vortrag über die Behandlung der Febris recurrens mit Arsacetin. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Blessig: Der vom Vortragenden erwähnte Fall von Erblindung nach Arsacetin befindet sich z. Z. in der Augenheilanstalt und soll, seiner Seltenheit wegen in der ophthalmolog. Gesellschaft vorgestellt werden. Pat. trat ganz amaurotisch ein, allmählich kehrte aber das centrale Sehen wieder und hob sich bis 0,3. Dabei blieb aber das G. F. maximal eingeengt um den Fixierpunct, ähnlich wie nach Chininamaurose. Auch die G. F. für die verschiedenen Farben sind entsprechend concentrisch eingeengt, bei erhaltener centraler Perception. (Also kein centrales Scotom, wie bei manchen anderen typischen Intoxicationsamblyopien, z. B. der Alcoholamblyopie). Ophtalmoskopisch bietet sich das Bild einer einfachen (nicht neuritischen) Sehnervenatrophie mit mässiger Verengung der Arterien. Dieser und der vom Vortragenden angeführte Ruete sche Fall dürften die ersten bisher beobachteten sein. Dagegen sind Fälle von Atoxyl-Erblindung schon recht zahlreich bekannt geworden. Ein solcher Fall wurde noch kürzlich der ophtalmol. Gesellschaft demonstriert. Das ophtalmoskopische Bild war ein ganz ähnliches.

Iversen. Der Grund für die immerhin seltenen Erblindungsfälle dürfte weniger in der Dosierung, als in einer Idiosyncrasie zu suchen sein. Vielleicht spielt dabei auch eine gewisse Niereninsufficienz eine Rolle. Koch hat bei einem Material von 1600 Fällen 22 Mal Erblindung nach Atoxyl gesehen. Neisser hat bei einer Dosis von 2 Mal wöchentlich 0,6 Arsacetin keine derartigen Complicationen beobachtet.

Feldt weist darauf hin, dass der Pat. von Ruete schon vorher mit Nat. arsenicosum behandelt worden war, ohne dass er dieses Präp. schlecht vertragen hätte. Es ist somit nicht das Arsen als solches, sondern das Arsacetin, welches die Erblindung verursachte.

Iversen trägt noch nach, dass er von 40 Patienten etwa 10 Tage nach ihrer Entlassung Nachrichten erhalten hat. Bei 2 Fällen war noch je ein Anfall zu Hause aufgetreten.

Blessig bemerkt beiläufig, dass in letzter Zeit wieder häufiger Fälle der typischen Chorioiditis (resp. Iridochorioiditis) nach Recurrens zur Beobachtung kommen.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 13. April 1909.

I. Nachtrag zum Protocoll der Sitzung vom 16. März 1909.

Kernig gibt zu seiner Discussionsbemerkung nachträglich folgende Literaturquelle an: Dr. Berthold Goldberg: Die Form der Leukocyten im Harn bei Tuberculose der Harnwege. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1909, Nr. 4, p. 141).

Wiedemann hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Eclampsie.

C. Wiedemann berichtet über 121 Fälle von Eclampsie die im Alexandra-Stift für Frauen seit Begründung der Anstalt beobachtet worden sind und zwar sind davon 91 Fälle während oder am Schluss der Gravidität und 30 post partum Eclampsien. Von diesen sind im Ganzen 13 gestorben (10,7 pCt.) und zwar 12, wo die Eclampsie in der Schwangerschaft resp. Geburt auftrat (13,2 pCt.) und 1 post partum Eclampsietodesfall (3,3 pCt.). Nach Ohlshausen beträgt die Mortalität der Mütter 15,4 pCt., nach Wyder 20 pCt. und nach Dührssen 29 pCt. Unter den im Alexandra-Stift an Eclampsie Behandelten finden sich aber Fälle, die nicht der Eclampsie zur Last gelegt werden können.

Fall I.: Krankenbogen 4419. 42jährige I para tritt am 6. I 12 Uhr mittags ein. Zu Hause 2 Anfälle, in der Anstalt keinen, — Pat. wird am 7. I 3 Uhr nachts mittelst Wendung und Extraction entbunden. Am 4. Tage p. p. Uterusexstirpation per Laparotomiam wegen Peritonitis. Exitus am 9. Tage an Peritonitis.

Fall II: Krankenbogen 5475. 35-jährige X para, tritt am 2. XI um $^1/_2$ 1 Uhr mittags ein. Zu Hause 3 ecl. Anfälle. Am 3. XI 1 Uhr nachts, da weitere 3 Anfälle gewesen., Dilatation nach Bossi. Im Muttermund zeigt sich 1 Füsschen. Um 12 Uhr mittags Extraction. Blutung, Uterusruptur constatiert. Uterusexstirpation. — Wegen fortbestehender Blutung Unterbindung der art. hypogastr. Exitus am 3. XI 4 Uhr nachmittags.

Fall III.: Krankenbogen 11765. 25-jährige I para. Am 30. III $^3/_4$5 1 ecl. Anfall. Da kein weiterer Anfall folgte, 12 Stunden später ein lebendes Kind extrahiert, das 2. ebenfalls extrahiert (maceriert). Exitus am 4. Tage p. p. an Sepsis.

Fall IV.: Krankenbogen 12506. 37-jährige III para tritt am 18. XII $^3/_4$12 Uhr abends ein. Zu Hause 3 Anfälle, während der Untersuchung ein 4. Anfall. Es wird ein Braunscher Colpeurynter in den Ut. eingeführt. Am 19. XI. 11 Uhr vormittags wird der Braun geboren, Mm. 4 Querfinger eröffnet, da der Foetus klein, wird extrahiert. Gleich p. p. starke Blutung aus einem Cervixriss, derselbe mit 3 Catgutnähten versorgt. Credé. Blutung besteht fort. Lysolalcoholspülung, Tamponade. Tampon durchgeblutet, 2. Tamponade, Tampon wieder durchgeblutet. 3. Tamponade. Exitus 19. XII 12 Uhr 55 Min. mittags. Section: Uebersehene Uterusruptur. Zieht man diese 4 Fälle, als nicht in Folge von Eclampsie Gestorbene, von den 12 Todesfällen ab, so erhalten wir eine Gesamtmortalität von 8,7 pCt. bei Eclamptischen in der Gravidität resp. Geburt.

Die therapeutischen Massnahmen, die den im Ganzen guten Verlauf nicht unwesentlich beeinflusst haben, bestanden in Folgendem. Zunächst wurde die Niederkunft nach Möglichkeit beschleunigt und zwar in den leichten Fällen, wo nur vereinzelte und nicht schwere eclamptische Anfälle vorhanden waren, mittelst Metreuryse, — in schwereren Fällen wurde nach Bossi dilatiert und dann mittelst Forceps resp. Wendung und Extraction die Geburt beendigt und in den schwersten Fällen wurden per vaginalem Kaiserschnitt resp. Sectio caesarea entbunden. Es wurde eben streng individualisierend vorgegangen. Gleichzeitig suchte man durch das Schwitzbett combiniert mit reichlicher Zufuhr von Getränken und häufiger Application von Kochsalzclysmen die Toxine aus dem Körper zu entfernen. In schweren Fällen wurde auch der Aderlass mit gleichzeitiger Transfusion von physiolog. Kochsalzlösung mit Erfolg angewandt. Von Narcoticis haben wir namentlich Chloralhydrat als Klysma à 2 grm. gebraucht und ausserdem Morphium bei grosser motorischer Unruhe. Letzteres Mittel möchte Ref. in Zukunft einschränken, da es die Wehentätigkeit zu sehr beeinflusst und auf die Krampfanfälle keinen wesentlichen Einfluss auszuüben scheint. Zur Anregung der Nierentätigkeit wurde fast in allen Fällen Diuretin ordiniert.

In unseren Tagen der operativen Aera werden nun in letzter Zeit Stimmen laut, die nicht nur bei drohender Eclampsie eine künstliche Entbindung einzuleiten wünschen, sondern auch namentlich gleich nach dem 1. Anfall ein Accouchement forcé vorzunehmen vorschlagen. Ein Hauptverfechter dieser Ansicht ist Bumm (Nr. 47 der deutsch. Med. Wochenschr. «Die Behandlung der Eclampsie»), er glaubt durch dieses active Vorgehen die Mortalität auf 2—3 pCt. herabsetzen zu können. Ob ihm dieses gelingen wird, wird die Zeit lehren. — Ref. kann sich mit diesem rigorosen Vorschlag nicht einverstanden erklären, denn erstens haben wir es in mehr als $^1/_2$ der Fälle mit Erstgebärenden zu tun, wo beim Accouchement forcé in Folge der jungfräulichen, wenig vorbereiteten Teile immer sehr grosse Weichteilverletzungen gemacht werden müssen, die nicht belanglos sind, und zweitens wäre eine Mortalität von 2—3 pCt. in den Fällen, wo man gleich nach dem 1. Anfall die Entbindung vornimmt, (bei Erstgebärenden wohl meist der vaginale Kaiserschnitt), — für die Güte des Verfahrens nicht beweisend, denn die ins Hospital nur mit einem Anfall Eintretenden, sind meist die leichteren Formen, wo eine schonendere Entbindungsform mehr zu empfehlen ist. — Zur Stütze dieser Ansicht führt Ref. 41 im Al.-Stift beobachtete Fälle an, die bis zur Geburt 0 resp. 1—3 Anfälle hatten und wo Stunden — ja tagelang gewartet werden konnte bis die Pat. spontan niederkamen oder wenigstens die Geburtswege so weit eröffnet waren, dass die Geburt operativ per Forceps oder Wendung und Extraction resp. Perforation beendigt werden konnte. Von diesen 41 Müttern sind 4 gestorben, alles Fälle, die nicht dem therapeutischen resp. operativen Verfahren zur Last gelegt werden können. Ueber den 1. und 2. Fall ist bereits oben referiert: Krankenbogen 11765, am 4. Tage Tod an Sepsis und Krankenbogen 5475, Tod an Verblutung. Der 3. Fall betraf eine 42-jährige multipara, wo $1^1/_2$ Stunden nach dem 3. Anfall ganz unerwartet ohne weiteren Anfall der Exitus eintrat. Sectio caesar. in mortua, —, lebendes Kind. Der 4. Fall endlich betraf eine Primipara, die als Schwangere in der Anstalt wohnte, und wo ohne Prodromi plötzlich Schwund des Bewusstseins eintrat, begleitet von leichten clonischen Contracturen der Extremitäten mit aussetzender Atmung und aussetzendem Pulse. Sofort Sectio caesar. —, trotzdem

Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Exitus nach ca. 2 Stunden post operationem. — Lebendes Kind. — Die Section ergab: Blutung in die Med. oblong. — für Eclampsie charakteristische Veränderungen an der Leber und an den Nieren.

Es verblieben uns somit 37 Fälle vom 91, also 40,8 pCt., wo die Geburt auf schonende Weise für die Mutter beendigt werden konnte mit 0 pCt. Mortalität, — jedenfalls ein Resultat, das berechtigte Bedenken wachruft, schon gleich nach dem 1. Anfall mit dem Accouchement forcé vorzugehen. — Für die schweren Fälle von Eclampsie, wo Anfall auf Anfall folgt, bleibt das Accouchement forcé in Form des vaginal. Kaiserschnitts resp. der classischen Sectio caesarea selbstverständlich zu Recht bestehen, denn nur so kann man darauf hoffen noch weitere günstigere Resultate bei der Therapie der Eclampsie zu erzielen. — Dieses ist aber nur den Kliniken und grossen Gebärhäusern vorbehalten, der practische Arzt wird sich auf die individualisierende, die Geburt nach Möglichkeit beschleunigende Behandlung beschränken müssen und damit gewiss noch manches gute Resultat erzielen.

Die Kindersterblichkeit war bei den Eclamptischen eine relativ grosse, es wurden 69 lebend und 27 tot geboren (also 28,1 pCt. gestorben), diese relativ grosse Zahl ist wohl dadurch zu erklären, dass von den 27 toten Kindern 15 unausgetragen waren.

(Autoreferat).

Discussion:

Dobbert: Die Eclampsie ist kein scharf abgegrenztes Krankheitsbild, sondern ein Symptomencomplex, der verschiedene Ursachen und auch verschiedene Prognose hat. Daraus erklären sich auch die vielen Theorien über ihre Entstehung. Nach seinen Erfahrungen am Peter-Paulshospital in Petersburg hat er ein sehr trübes Bild über die Eclampsie gewonnen, und sind auch die Resultate am Alexandrastift sehr günstige, so geht auch aus ihnen hervor, dass wir der Eclampsie gegenüber noch sehr machtlos sind. Er hat im Peter-Paulshospital alle therapeutischen Methoden durchgemacht, die besten Resultate noch von der Venaesection mit nachfolgenden reichlichen subcutanen Kochsalzinfusionen gesehen. Das einzige Moment, welches absolut günstigen Einfluss auf die Krankheit hatte, war die stattgehabte Geburt, nach deren Vollendung die Prognose immer günstig zu stellen war. Daraus folgt, dass wir im Interesse der Mutter stets darnach streben müssen, die Unterbrechung der Schwangerschaft resp. die Geburt herbeizuführen. Dieses Princip vertritt Vortragender im Allgemeinen auch, will jedoch dabei individualisieren, benutzt nicht schnell wirkende Mittel, wie die Metreuryse, welche bei Eclampsie Nachteile hat. Der Vergleich mit der Statistik Ohlshausens ist nicht erlaubt, weil dort mit dem Bossischen Instrument gearbeitet worden ist, woraus die grössere Mortalität sich ergibt. Im Vergleich mit dem vaginalen Kaiserschnitte, der jetzt von Veit eifrig geübt und dringend empfohlen wird (unter 33 Operationen dieser Art hatte er nur einen Todesfall), wären die Resultate anders ausgefallen. Wären alle operativen Massnahmen, welche Vortragender anführt, früher gemacht worden, so wäre die Mortalität eine bessere gewesen.

Wiedemann: Ich bin keineswegs ein Gegner des activen Vorgehens, sondern will nur bei Erstgebärenden, bei wenigen Anfällen, bei noch nicht bestehender Gefahr exspectativ verfahren. Eine grössere Activität scheint die Mortalität nicht herabzusetzen. Dieser Standpunct scheint mir für den practischen Arzt wichtig, der nicht eingreifende Operationen machen kann, nie einen vaginalen Kaiserschnitt, der immerhin das Verfahren der Zukunft in Kliniken und Gebärhäusern bei geübten Operateuren werden kann. Dass die Prognose der Eclampsie immer unbestimmt ist, ist zuzugeben.

Blessig: Bei den nahen Beziehungen der Eclampsie zur Schwangerschaftsnephritis und dieser wiederum zur Retinitis albuminurica würde es sich empfehlen durch Ophthalmoskopieren aller Schwangeren in den Anstalten u. A. auch Fingerzeige für eine frühzeitige Einleitung der Geburt zu erhalten, bevor noch überhaupt eclamptische Anfälle eingetreten sind. Er erinnert auch an den Vortrag von Dr. Germann über Sehstörungen als Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Wiedemann: Vielfach werden Schwangere mit chronischer Nephritis bei hohem Eiweissgehalt des Urins beobachtet, welche keine Eclampsie bekommen, normal niederkommen und eine leichte Albuminurie behalten.

Albanus: Sehstörungen sind ein spätes Symptom bei Nephritis, eine Retinitis albuminurica bei Schwangeren wird sich also schwerlich so früh nachweisen lassen, um als rechtzeitiger Anlass zur Einleitung der Frühgeburt dienen zu können. Ferner erkundigt er sich, wie es mit der Wiederholung der Eclampsie bei einer zweiten Schwangerschaft sich verhält.

Wiedemann: Wiederholte Eclampsien sind eine grosse Seltenheit, aber die Möglichkeit ist niemals ganz auszuschliessen.

Blessig: Retinitis albuminurica tritt auch schon früh während der Schwangerschaft auf ausser der urämischen Amaurose.

Ucke: Zur Theorie der Eclampsie ist anzuführen, dass jetzt, wo die Nephritis nicht als Ursache angesehen wird, sondern Toxine, mögen sie vom Foetus oder von der Placenta stammen, es auf experimentellem Wege gelingen müsste, Klarheit zu schaffen, da es nachgewiesen ist, dass foetale Stoffe auf den mütterlichen Organismus einwirken. (Starlings Hormone!)

Wiedemann: Mit der Placenta sind in dieser Richtung Versuche ausgeführt worden. — Merkwürdig ist das gehäufte Auftreten der Eclampsie zu bestimmten Jahreszeiten, so dass also noch andere Factoren mitspielen müssen. Man beobachtet eine Zunahme der Eclampsiefälle vom Herbst zum Winter, eine Abnahme zum Sommer hin.

Kernig: Die auffallende Tatsache, dass vorzugsweise Erstgebärende (ca. $^3/_4$ sämtlicher Fälle) von Eclampsie befallen werden, deutet auf das Vorhandensein besonderer Verhältnisse im Organismus der Primiparen.

Heuking: Sind ausgesprochen nephritische Zustände bei der Eclampsie häufig?

Wiedemann: Während und nach den Anfällen ist fast immer Albuminurie nachzuweisen, vor den Anfällen fehlt sie häufig.

Ucke: In den meisten Fällen sind in Nieren und Leber charakteristische Veränderungen zu finden.

Dobbert: Schmorl hat einen typischen Sectionsbefund beschrieben, jedoch stösst man auf diesen Befund auch dort, wo keine Eclampsieanfälle bestanden, und umgekehrt gibt es Eclampsie, wo dieser Befund nicht erhoben wird.

Heuking: Poljenow empfielt neuerdings die multiple Scarification der Nierenkapsel als zweckmässige Abänderung der wenig empfehlenswerten Edebohlschen Nierendecapsulation. In der Literatur werden auch ein paar Fälle von Scharlachnephritis angeführt, die durch multiple Scarification günstig beeinflusst worden sind. Wäre dieses nicht auch bei der Eclampsie in geeigneten Fällen angezeigt?

Dobbert: Die Frage der Decapsulation der Nieren ist von den Geburtshelfern ventiliert worden, von denen einige eifrige Anhänger des Verfahrens sind, ohne dass sie besonders gute Resultate gehabt hätten. Erfolg ist nur bei einer Stauungsniere zu erwarten, welche bei der Eclampsie oft gar nicht vorhanden ist. Es wird daher nur ein einziger Schnitt angeraten.

Wiedemann: Im Alexandra-Stift ist ein Fall nach dieser Methode behandelt worden, jedoch letal geendigt.

Tiling: Die Mitteilungen Edebohls über Nierendecapsulation beruhen auf schlechten Beobachtungen. Er hat gar nicht Nephritiden operiert, sondern andersartige Fälle.

Schrenck: Die wiederholte Eclampsie ist ein äusserst seltenes Ereignis, aus seiner Praxis ist ihm nur ein Fall erinnerlich.

Wiedemann: Im Alexandra-Stift ist kein Fall von wiederholter Eclampsie beobachtet worden. In seiner Privatpraxis ist ihm ebenfalls nur ein solcher Fall vorgekommen.

Masing: Eclampsie im Wochenbett wiederholt sich wohl; ihm ist ein Fall bekannt, wo in 3 von 4 Wochenbetten schwere Eclampsie auftrat.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 10. April 1909.

Anwesend 18. Mitglieder und als Gast Hohlbeck.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

1) Herr Terrepson stellt einen Fall von Psoriasis punctata vor.

2) Herr Otto hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Menièresche Symptome».

Discussion:

Hartge referiert über einen Fall von Menièrescher apoplectischer Taubheit mit letalem Ausgang.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-09 23:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Frankl-Hochwart in Wien hat bis zum Jahre 1906 im Ganzen 42 Fälle von Menière scher Apoplexie aus der Literatur zusammengestellt, davon mit letalem Ausgang etwa ein Dutzend. Durch Section sind nur einige wenige Fälle als solche bestätigt. Man fand da in der Regel Hämorrhagien oder auch entzündliche Exsudate und Infiltrate im inneren Ohr, dem Labyrinth, der Schnecke, auch aufs Kleinhirn und die Medulla sich erstreckende.

Der Fall betraf einen 40-jährigen, corpulenten, nervös erregbaren Mann mit etwas harnsaurer Diathese. Lues nicht vorhanden, keine Tabes, Herz gesund, Leukämie, Arteriosclerose nicht nachweisbar. In den letzten Jahren litt Pat. viel an Ohrgeräuschen mit leichter Herabsetzung der Höhrfähigkeit auf dem l. Ohre. Es wurde meines Wissens die Diagnose auf beginnende Otosclerose, besonders links, gestellt.

Am 2. April 1908 trat beim Mittagessen unter starkem Pfeifen und Sausen im linken Ohr, ein heftiger Drehschwindel auf, sodass sich Pat. nicht auf dem Stuhl halten konnte. Totenblässe, Kälte, Schweissausbruch, Angst und Vernichtungsgefühl gesellten sich hinzu, keine Störung des Bewusstseins. Der Anfall endete mit starkem Erbrechen. Es restierte danach starke Schwerhörigkeit links, Taschenuhr direct am Ohr nicht hörbar, starke Flüsterstimme dagegen wohl. Nach einigen Tagen Bettruhe fühlte sich Pat. bis aufs linke schwerhörige Ohr, das sich auch noch weiter besserte, ganz wohl und liess sich nicht mehr im Bett und zu Hause halten. Links sclerotisches Trommelfell, Pfeifen und Sausen immer gelegentlich vorhanden.

Am 11. April, nachdem 9 Tage gut verlaufen waren, machte Pat. mit seiner Frau eine Spazierfahrt um 7 U. abends. Hierbei geriet sein Hund in eine Beisserei mit anderen Kötern. Um seinem Hunde zu helfen, liess Pat. anhalten, lief einige Schritte und brach dann unter fürchterlichem Drehschwindel, ohne Bewusstseinsverlust plötzlich zusammen, ohne sich dabei irgend wie zu verletzen. Der Kutscher trug ihn auf den Armen in die Equipage. Schwäche, Schwindel, höllischer Lärm in den Ohren und Vernichtungsgefühl dauerten an, bis starkes Erbrechen Erleichterung schaffte. Unter Todesangst fuhr Pat. zu verschiedenen Aerzten, bis Dr. T. ihn nach Hause brachte. Sehr baldige Untersuchung ergab absolute und vollständige, plötzlich einsetzende apoplectische Taubheit rechts. Auch die Knochenleitung war aufgehoben. Grosse Stimmgabel wurde rechts nicht gehört. Mitten auf den Kopf gesetzt, wurde sie nur nach links schwach wahrgenommen. Rechts war also plötzlich jede directe und indirecte Schallleitung vollständig aufgehoben, absolute vollkommene Taubheit eingetreten. Linkes Ohr gab verstärkte Schwerhörigkeit. Nur Schreien direct am Ohr wurde gehört, vor der Fahrt noch Flüsterstimme. Pat. klammerte sich an die Couchette, in der Angst herunterzufallen. Nach abermaligem, starkem Vomitus, Angst- und Vernichtungsgefühl geschwunden, auch der Drehschwindel besser. Anfangs war etwas Nystagmus, der bald verging. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Lähmungen, keine Störungen der Reflexe zu constatieren. Keine bulbären Symptome, Geruch und Geschmack erhalten. Lichtscheu vorhanden, Pat. kann aber lesen und schreiben, keinerlei Schmerzen. Sensorium vollkommen frei. Pat. schildert den Anfall ganz genau. Der Drehschwindel bei vollkommener Ruhe im Verschwinden, nur darf Pat. den Kopf garnicht bewegen, dann ist sofort der Schwindel da. Temperatur 35·8, Puls 64. Pat. verbrachte die Nacht auf dem Divan, da ich einen Transport ins Bett nicht riskierte. Die Nacht verlief im Ganzen gut. Am Morgen des 12. April liess ich ihn ins Bett tragen. Temp. Morgens 36·9, Abends 37·8. Puls 64—72. Schwindel in der Ruhe nicht, nur bei Bewegungen des Kopfes vorhanden. Etwas Uebelkeit, keinerlei Schmerzen. Prof. Jewetzki untersuchte die Augen — Resultat keine Abnormitäten. Ohrbefund von Dr. Koppel gab bis auf das bereits erwähnte nichts Neues. Beide schlossen sich der Diagnose an. 13. April Temperatur 36·6 bis 37,6, etwas unruhiger Schlaf. 14. April Temperatur 37·6, Frost, 39·2; 38·6; 37·5 und abends 36·2. Heftige Schmerzen im Nacken. Das Centrum des Schmerzes wird angegeben zwischen rechtem Processus Mastoid. und Wirbelsäule in der Tiefe an der Schädelbasis. Man kann da einen recht starken Druck ausüben ohne die Schmerzen wesentlich zu erhöhen. Auch Stirnschmerzen wechseln mit Nackenschmerzen. Grosse Unruhe. Am Abend Vomitus. Im sehr unruhigen Schlaf Stokesches Atmen. Ueberhaupt das Atmen, wie es scheint aus centralen Ursachen nie ganz normal, immer in Pausen, unregelmässig. Delirien treten auf. Pat. macht einen schwerkranken Eindruck. 15. April 37·8; 38·0; 37·3; 36·6. Alle Schmerzen plötzlich verschwunden. Sensorium ganz frei, Pat. verlangt zu essen, Schlucken ganz frei, fühlt sich angeblich ganz wohl, macht aber im unruhigen Schlaf einen schweren soporösen Eindruck. Beim Anreden ist das Sensorium frei, beim Schliessen der Augen sehr bald soporöser Zustand. 16. April. Nachts grosse Unruhe mit Delirien und starken Schmerzen. 38·8 bis 37·6. Der Tag ruhiger. Gehör etwas besser. Flüsterstimme links in der Nähe hörbar. Abends wieder starke Schmerzen im Nacken; die Schmerzen wechseln beständig. Auch das Gehör wechselt links beständig in der Intensität, er hört bisweilen sogar das Ticken der Wanduhr, dann wieder beinahe nichts. 17. April Pat. fieberfrei. Temperatur den ganzen Tag 36·6. Keine Schmerzen; sobald aber Pat. die Augen zum Schlafe schliesst, fahren heftige Stiche durch den Nacken und Hinterkopf, sodass er stets mit einem Schrei die Augen öffnet; ein sehr quälender Zustand. Auch das Atmen nicht gleichmässig, immer wechselnd, tief und flach, und in Pausen (Stokes). 18. April 36·6. Am Morgen betrachtet Pat. im Bett illustrierte Blätter, um sich die Langeweile zu verkürzen wie er sagt. Links kann er leises Flüstern auf 1 M. hören. Keine Schmerzen. Gegen Mittag entsteht grosse Unruhe und es treten heftige lancinierende und schiessende Schmerzen im ganzen Körper auf (Polyneuritis cerebralis?). Am Nachmittag Temperatur 35·6. Bald drauf Schüttelfrost, Delirien, lautes Aufschreien, würgendes Erbrechen. Während des Vomitus trat plötzlich Atmungsparalyse ein. Ich fand Pat. mit sistierender Atmung aber noch fühlbarem Pulse. Künstliche Atmung hatte keinen Erfolg. Der Tot trat bald ein. Immerhin hatte Pat. ohne zu atmen mit fühlbarem Pulse nach meiner Schätzung gegen zehn Minuten zugebracht. Section wurde nicht gestattet, sodass wir also nicht genau constatieren konnten, welch pathologisch anatomische Causa für diesen Fall von Menièrescher apoplectischer Taubheit mit letalem Ausgange vorlag. Ob eine mutmassliche Hämorrhagie im Labyrinth, Cavum tympani, der Schnecke, der Medulla mit acusticus, oder im Kleinhirn erfolgt war, bleibt dahingestellt. Desgleichen, ob ein entzündliches Exsudat die Krankheit verursachte. Der plötzliche Beginn und das einige Tage währende atypische Resorptionsfieber, könnte wohl für eine Blutung sprechen. Der rasch einsetzende Tot unter Atmungsparalyse erfolgte dann wahrscheinlich durch eine zweite Hämorrhagie in die Gegend des Atmungscentrum in der Medulla oblongata.

(Autoreferat).

Terrepson führt einen Fall von Syphilis mit Menièreschen Symptomen an. Sublimatinjectionen wirkten schlecht, einmal trat dabei Erbrechen ein. Eine Behandlung mit Chininum bromat. brachte schnelle Heilung.

Lackschewitz errinnert an die Fälle von dauernder Blindheit nach plötzlichen Blutverlusten.

Otto fragt Hartge ob das Herz des betr. Pat. untersucht worden ist?

Hartge: Ein Klappenfehler lag nicht vor.

Meyer fragt, ob im ersten Falle Ottos eine gynäkologische Untersuchung stattgefunden hat?

Otto verneint letztere Frage und erkundigt sich, welche Chinindosen Terrepson in seinem Falle angewandt hat. Charcot hat grosse Dosen vorgeschlagen.

Terrepson hat 3 × täglich 0.3 eine kurze Zeit hindurch gegeben, Pat. ist jetzt bis auf eine geringe Herabsetzung der Hörfähigkeit gesund.

Otto: Manche Mittel, darunter auch Chinin, wirken direct anämisierend auf das Labyrinth (Brunner). Bei Hyperämie leistet es sehr gute Dienste, daher ist eine Diagnosestellung, ob die Menièreschen Symptome auf Anämie oder Hyperämie beruhen, sehr wichtig.

Lackschewitz: Auch bei grossen Chinindosen treten dauernde Schädigungen des Sehvermögens ein, analog den Fällen nach schweren Blutungen.

Hartge fragt, ob günstige Resultate durch Operationen erzielt worden sind.

Otto: in Wien, wenn er nicht irrt, sind durch Totalaufmeisslungen Menièresche Symptome zum Verschwinden gebracht worden.

Sitzung vom 24. April 1909.

Anwesend 15 Mitglieder.

Präses: Meyer. Secretär Russow.

1. Herr Swirski hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber die combinierte Wirkung von Morphin und Atropin auf den tierischen Organismus».

Discussion:

Riemschneider: Unter physiologischen Verhältnissen schliesst sich der Pylorus bei stärkerer Salzsäureansammlung im Magen, bei höheren Graden von Hypersecretion kann sich der Verschluss bis zum spastischen Krampf steigern. (nach den neueren Untersuchungen vermehrt Morphin die Salzsäuresecretion). Ist nun die verlangsamte Mageneutlee-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rung zurückzuführen auf diesen reflectorischen Pylorusverschluss oder wird der Pylorusverschluss vom Centrum aus durch Morphin veranlasst?

Swirski: Rossbach beobachtete nach Durchschneidung der vagi ein Nachlassen des Pyloruskrampfes, das spricht für centrale Einwirkung des Morphins. Wenn die Hyperacidität den Krampf veranlassen würde, so dürfte die Durchschneidung der vagi keinen Einfluss haben.

Swirski, Russow und Reyher äussern sich hierbei über die Schmerzempfindung beim Pyloruskrampf.

2. Meyer spricht über die grosse Häufigkeit der in letzter Zeit beobachteten criminellen Aborte und die beträchtliche Zahl der hierbei vorgekommenen Todesfälle infolge septischer Infection. Daran schliesst sich eine Discussion, an welcher sich Lezius, Anderson und Meyer beteiligen.

Sitzung vom 8. Mai 1909.

Anwesend 13 Mitglieder.

Präsidirend: Prof. Dehio. Schriftführer Lackschewitz.

Riemschneider hält seinen angekündigten Vortrag «Die paläolithischen Menschenrassen im Licht der heutigen Paläoanthropologie».

Discussion.

Reyher fragt, ob man annähernd die Zeiträume bestimmen kann, in welchen das Auftreten dieser Menschen stattgefunden hat.

Riemschneider: Es kann sich nur um vage Schätzungen handeln; die letzte Eiszeit wird von verschiedenen Forschern auf 20,000 bis 200,000 Jahre zurückverlegt, über die vorhergehenden Perioden lässt sich nichts sagen.

Prof. Dehio: Wenn man in dem Menschen von Cro-Magnon den Vorfahren der indogermanischen Rasse sehen will, wie steht es dann mit der Hypothese der Einwanderung derselben von Osten her?

Riemschneider: Einwanderungen und Völkerverschiebungen haben wohl schon in den ältesten Epochen stattgefunden, wie die der negroïden Grimaldirasse von Afrika her, die anatomischen Kennzeichen der Rasse von Cro-Magnon finden sich fortlaufend in der ganzen Folgezeit und sind namentlich auf die germanischen Völker übergegangen, dabei liegt die Gedankenverbindung nahe, die Rasse möchte — entsprechend der Wilser'schen Theorie — ihre Urheimat in der Gegend der scandinavischen Länder gehabt haben.

Dehio erkundigt sich, was zu dem Schlusse geführt hat, dass der Krapinamensch in der Höhle nicht aus späteren Perioden stamme, da derartige natürliche Schutzorte wohl in den verschiedensten Zeiten dem Menschen als Zufluchtsort gedient haben werden.

Riemschneider: Die Knochenreste finden sich in den tiefsten Schichten des Höhlenlehms zusammen mit den Knochen des Rhinoceros Merkis, eines jedenfalls den ältesten Glacialperioden angehörigen Tieres, so dass der Schluss, dass beide gleichzeitig gelebt haben, wohl berechtigt erscheint.

f. d. Secretär: Riemschneider.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Dem von der Statistischen Abteilung des St. Petersburger Stadtamts herausgegebenen «Vorläufigen Bericht» entnehmen wir folgende interessante Daten für das Jahr 1908. Die Zahl der Eheschliessungen betrug während des Berichtsjahrs 9374, die Zahl der lebend geborenen Kinder 44133, (28:1000 Einwohner), davon 35503 eheliche und 8630 uneheliche, die der Totgeborenen — 2011, davon 1316 eheliche und 695 uneheliche. Die Zahl der Gestorbenen betrug 44311 (28,6:1000 Einwohner), davon 25082 Männer und 19229 Weiber. Davon starben an Typhus exanth. 52, Typh. abd. 1901, Febris recurrens 233, Variola 247, Masern 1916, Scharlach 788, Diphtherie 877, Keuchhusten 504, Pneumonia cruposa 1757, Pneumonia catarrhalis 5395, Erysipel 222, Influenza 544, Milzbrand 3, Rabies 7, Septicämie und Pyämie 594, Puerperalfieber 73, Lungentuberculose 5894, Tuberculose anderer Organe 1332, Dysenterie 66, Cholera 3819, Gastroenteritis epidemica 18, Magen-Darmkatarrh 3850, an anderen Magen- und Darmerkrankungen 3202, Alcoholismus 474, angeborener Schwäche 2962, Marasmus senilis 1606, an anderen Todesursachen 14032. An Infectionskrankheiten erkrankten im Laufe des Jahres 32356 Personen, und zwar an Typhus exanth. 227, Typh. abd. 6389, Febris recurr. 4634, Variola 958, Masern 5144, Scharlach 2672, Diphtherie 4120, Keuchhusten 196, Dysenterie 30, an acutem Magen-Darmkatarrh 905, Cholerine 228, Cholera 6853.

Diese Zahlen reden eine deutliche Sprache! Krankheiten, die in civilisierten Ländern kaum dem Namen nach bekannt sind, oder nur gelegentlich und ausnahmsweise vorkommen, herrschen in Petersburg zu Hunderten und Tausenden. Die Ursache dieser Erscheinung braucht kaum hervorgehoben zu werden, das Fehlen der Canalisation, die höchst mangelhafte Wasserversorgung der Residenz, die traurigen Wohnungsverhältnisse der ärmeren Bevölkerung, die allgemeine Unreinlichkeit ist zur Genüge bekannt. Da helfen auch alle Palliativmassregeln, wie die Besichtigungen einiger Häuser durch Sanitätsärzte und die gelegentliche «Desinfection» einiger Wohnungen nur sehr wenig. Aus dem Bericht erfahren wir, dass von den Sanitätsärzten im Laufe des Jahres 35745 Besichtigungen von Häusern, Wohnungen, Gasthöfen, möblierten Zimmern, Nachtasylen, Fabriken etc. ausgeführt wurden, wobei in 14173 Fällen der sanitäre Zustand der Localitäten als ungenügend befunden wurde. Es wurden deshalb 8821 Eintragungen in die Sanitätsbücher (!) gemacht und in 730 Fällen ein Protocoll verfasst. Der Gesundheitszustand der Stadt bleibt aber derselbe, und im Bericht für das Jahr 1909 werden wir wahrscheinlich wieder lesen, dass so und so viel tausend Eintragungen gemacht und Protocolle verfasst wurden.

Die grosse Masse von infectiösen Erkrankungen hat schon längst die Errichtung von Isolierhäusern notwendig gemacht, die im Jahre 1908 14270 Insassen beherbergten, während dort zugleich ihre Effecten (im ganzen 204793) desinficiert und (122254) gewaschen wurden. Die Zahl der hier ausgeführten Schutzimpfungen betrug 25029, und zwar 2231 gegen Diphtherie, 597 gegen Scharlach, 10810 gegen Pocken und 11391 gegen Cholera. Ausserdem wurden im städtischen Impfinstitut 34621 Vaccinationen ausgeführt, und zwar an 19881 Erwachsenen und 14740 Kindern, und in den 15 städtischen Choleraimpfstationen 30078 Choleraschutzimpfungen vorgenommen.

In den Stadthospitälern wurden im Laufe des Jahres 139896 Kranke verpflegt, von denen 115620 genasen, 7975 in andere Hospitäler übergeführt wurden, 16272 starben und 11612 am 1. Januar 1909 noch in Behandlung verblieben. In den städtischen Ambulatorien wurden im Ganzen 475840 Kranke empfangen.

Die 3 städtischen Wasserleitungsstationen lieferten im Ganzen 9071866000 Eimer.

Die Zahl der aufgegriffenen Bettler betrug 14305. Diese Zahl bleibt auch mehr oder weniger constant, denn eine richtige Bekämpfung des Bettelwesens gibt es in Petersburg nicht. Die Ausweisung in die Heimat und die kurzzeitige Zurückhaltung der Bettler in dem Asyl der «Bettlerbehörde» können nicht als radicale Massregeln bezeichnet werden. Arbeitshäuser, wo diese meist deutliche Degenerationssymptome aufweisenden Menschen zur Arbeit gezwungen würden, gibt es nicht und Asyle für die wirklich arbeitsunfähigen sind auch nicht in genügender Anzahl vorhanden. Dass die vagabundierenden Bettler auch vielfach zur Verbreitung von Infectionskrankheiten beitragen mögen, dürfte wohl mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden.

Der Fleischconsum der Residenz ist aus folgenden Zahlen zu ersehen: im Laufe des Jahres wurden mit den Eisenbahnen importiert 245659 Ochsen, 75857 Kälber, 24292 Schweine, 374 Hammel, 1071958 Pud Geflügel und Wild, 4456389 Pud Fleisch, 189646 Pud Pökelfleisch, 723430 Pud Kalbfleisch, 1618946 Pud Schweinefleisch und 227294 Pud Hammelfleisch.

Die Zahl der Unglücksfälle betrug 3080; davon waren traumatische 1959, Verbrennungen 176, Vergiftungen 91, Erstickungen 19, ins Wasser fielen 400 Personen, 349 ertranken, 19 wurden von Tieren gebissen, 9 erfroren und ferner gab es 67 andere Unglücksfälle. Die Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche betrug 1442, die der Morde und Mordversuche 415.

— Wie im vorigen Jahr, so werden auch in diesem während der Choleraepidemie in St. Petersburg auf Initiative des Stadthauptmanns in verschiedenen Stadtteilen Speisehäuser eingerichtet, wo die arme Bevölkerung für eine Zahlung von nicht mehr als 8 Kopeken warmes Mittagsessen bekommen kann.

— Die aus Petersburg abdelegierte Commission zur Assanierung der Wolgastädte, bestehend aus Prof. Chlopin, Ingenieur-Prof. Tschishow und dem Vertreter des Finanzministeriums, kam nach Kenntnisnahme des antisanitären Zustandes der Stadt Ssamara zu der Ueberzeugung, dass die sofortige Einrichtung einer Canalisation, Verbesserung der Wasserleitung, neue Pflasterung der Strassen, die Einrichtung eines Hospitals für Infectionskrankheiten und Schaffung von genügender ärztlicher Hilfe in den Vorstädten dringend geboten sei. In Gegenwart der Commission und der Behörden ist am 14. Juni mit den Vorarbeiten für die Canalisation begonnen worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 18. Juni	des 19. Juni	92	40	44	615
» 19. »	» 20. »	83	17	20	661
» 20. »	» 21. »	74	37	36	662
» 21. »	» 22. »	68	30	26	677
» 22. »	» 23. »	83	29	38	693
» 23. »	» 24. »	90	36	55	692
» 24. »	» 25. »	97	42	37	710

Seit dem Beginn der Epidemie sind 12090 Personen erkrankt, 4602 gestorben und 6778 genesen.

— Die Cholera in Russland.

	Erkrankt und gestorben vom 14.—20. Juni	Erkrankt und gestorben vom Beginn der Epidemie	Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	557 (193)	1301 (404)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	96 (35)	180 (56)	27. »
» Archangelsk . .	9 (5)	— —	16. Juni
» Nowgorod, Kreis Krestez.	1 (1)	— —	
Stadt Riga	1 —	(aus St. Petersb. angereist).	

— Die Rinderpest herrscht in folgenden Gebieten und Gouvernements Russlands: Akmolinsk, Ssemiretschensk, Küstengebiet, Transbaikalgebiet, Kars, Tiflis, Baku, Eriwan, Jelisawetpol. Durch Präventivimpfungen wird z. T. mit gutem Erfolg der Seuche Einhalt getan.

— Es ist beschlossen worden, bei allen Institutionen der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes eine Sammlung von Spenden zum Kampf mit der Lepra zu eröffnen.

— Die Chilowschen Schwefelquellen im Gouvernement Pskow sind von einer ausländischen Gesellschaft angekauft, welche über ein Kapital von 1 Million Rbl. verfügt und die bisher mangelhaft eingerichteten Quellen ausnutzen will.

— Die Moskauer Stadtduma hat 1000 Rubel angewiesen zur Errichtung eines Denkmals im Square des Alexanderhospitals für den bekannten Philanthropen Dr. med. F. Haas. Bekanntlich hat bereits vor einigen Jahren der Senator A. Koni dem grossen Menschenfreunde und hingebenden Arzt durch eine meisterhaft verfasste Biographie (Феодоръ Петровичъ Гаазъ. Біографическій очеркъ. СПБ. Изданіе А. Маркса) ein würdiges Denkmal gesetzt.

— Ernannt sind: der wirkliche Staatsrat, Dr. med. Koljskij, Geschäftsführer der Verwaltung des Obermedicinalinspectors, zum Chef der Moskauer Medicinalverwaltung, die Staatsräte, Dr. Ksensenko, Oberarzt des Lazaretts in Kowno, zum Corpsarzt des XI. Armeecorps und Dr. Woskressenskij, Oberarzt des Militärhospitals in Kars, zum Oberarzt des Militärhospitals in Nowogeorgiewsk.

— Prof. M. I. Affanassjew, der Anfang Mai zum Director des Klinischen Instituts der Grossfürstin Elena Pawlowna erwählt worden war, ist im Amt noch nicht bestätigt und die Functionen des Directors erfüllt bis auf weiteres Prof. Tiling.

— Der Chefarzt des Gardecorps, Geheimrat Dr. S. Unterberger, ist von der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes als Delegierter zur Tuberculoseconferenz in Stockholm entsandt.

— Dem berühmten Anatomen und Physiologen Theodor Schwann ist in seiner Vaterstadt Neuss ein Denkmal gesetzt. Die Mittel zur Errichtung desselben sind von der Stadt Neuss, der Familie des grossen Gelehrten, von Aerzten Naturforschern und Universitäten zusammengebracht. Bei der Enthüllung des Denkmals waren die Professoren Waldeger und Ebstein zugegen, die Universitäten Freiburg, Giessen, Halle, Heidelberg, Marburg, Rostock, Strassburg und Thüringen hatten Begrüssungsschreiben gesandt. Th. Schwann wurde in Neuss am 7. December 1810 geboren; er studierte Naturwissenschaften und Medicin zuerst in Bonn, dann in Berlin, wo Johannes Müller seine hervorragende Begabung erkannte und ihm die Assistenzstelle am anatomischen Museum übertrug. Im Jahre 1839 wurde er an die Universität zu Löwen berufen und 1848 ging er nach Lüttich über. 1880 legte er wegen eines Herzleidens seine akademische Tätigkeit nieder und 1881 starb er an einem Schlaganfall in Köln.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 31. Mai bis 6. Juni 1909 615 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 22, Typhus exanthem 7, Febris recurrens 25, Pocken 27, Windpocken 11, Masern 138, Scharlach 51, Diphtherie 61, Cholera 164, acut. Magen-Darmkatarrh 47, an anderen Infectionskrankheiten 62.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11269. Darunter Typhus abdominalis 351, Typhus exanth. 33, Febris recurrens 131, Scharlach 201, Masern 131, Diphtherie 168, Pocken 90, Windpocken 6, Milzbrand 1, Cholera 173, crupöse Pneumonie 148, Tuberculose 443, Influenza 167, Erysipel 120, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 49, Lepra 0, Syphilis 474, venerische Krankheiten 346, acute Erkrankungen 1850, chronische Krankheiten 1485, chirurgische Krankheiten 1346, Geisteskrankheiten 3188, gynäkologische Krankheiten 210, Krankheiten des Wochenbetts 72, Hydrophobie 1, verschiedene andere Krankheiten 47.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 841 + 49 Totgeborene + 38 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 8, Typhus exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 8, Masern 38, Scharlach 20, Diphtherie 16, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 35, katarrhalische Pneumonie 90, Erysipelas 5, Influenza 5, Lyssa 0, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 0, Cholera 59, Magen-Darmkatarrh 35, andere Magen- und Darmerkrankungen 32, Alcoholismus 13, angeborene Schwäche 59, Marasmus senilis 19, Hydrophobie 1, andere Todesursachen 237.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 8. Juni in Oranienbaum der Arzt der Taucherschule Nicolai Jessipow, geb. 1854, Arzt seit 1878. 2) In Moskau hat sich der Theaterarzt Dr. O. W. Wiss das Leben genommen. 3) Am 15. Juni in Nowgorod Dr. J. Dobrow. 4) Dr. J. Costa, Professor der Physiologie und medicinischen Physik in Buenos-Aires. 5) Dr. L. G. Hoffer, a.-o. Professor der medicinischen Propädeutik in Graz. 6) Dr. Daniel J. Cunningham, Professor der Anatomie an der Universität zu Edinburg. 7) Dr. P. Langerhans in Berlin, Mitglied des Reichstags und des preussischen Landtags.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Receptformeln, Indicationen und Dosierung der Patent- und Specialpräparate von E. Merck. Darmstadt.

Рецептныя формулы, показанія и дозировка патентованныхъ и спеціальныхъ препаратовъ Е. Мерка. Дармштадтъ.

Therapeutisches Vademecum. Uebersicht über die Literatur des Jahres 1908 auf dem Gebiete der medicamentösen Therapie. C. F. Boehringer u. Söhne. Mannheim-Waldhof.

Dr. A. Ritter. Karlsbad. Klinische Studie über Wirkungsweise, Indicationen und Heilwert seiner Mineralquellen. München. Druck von Oldenbourg. 1908.

Dr. Fr. von den Velden. Constitution und Vererbung. Verlag der «Aerztlichen Rundschau» (Gmelin) München. 1909.

Lasirifa. Erholungs- und Curorte nach ihren Höhenlagen. Verlag von Aug. Hirschwald. Berlin. 1909.

Владиміровъ. Международная конференція, съѣздъ и выставка по борьбѣ съ бугорчаткой въ Америкѣ въ 1908 г. Типогр. Трей. С. П. 1909.

Отчетъ Императорск. Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны за 1907 годъ.

Dr. Phil. Blumenthal. Vergleichend — epidemiologische Betrachtungen über die Cholera in Moskau und in Petersburg. Separ.-Abdruck a. d. Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskr. 63 Band. Verlag v. Veit u. Comp. in Leipzig. 1909.

Прив.-доц. Д-ръ Лифманъ. Къ вопросу о мѣрахъ по отношенію къ носителямъ тифозной палочки. Изданіе Зворыкина. С. П. 1909.

Наблюденія надъ азіатской холерой въ 1908/9 г. по даннымъ мужск. Обуховск. больн. въ С. П. Типогр. Трей С. П. 1909.

Paul C. Freer. Seventh Annual Report of the Director of the Bureau of Science to the honorable the secretary of the interior. Manila. Bureau of Printing. 1909.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 27 St. Petersburg, den 4. (17.) Juli 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber Estoral und seine Verwendung in der Laryngo-Rhinologie.

Von

Dr. Alfred Feldt, St. Petersburg.

In der medicinischen und pharmaceutischen Fachpresse trifft man immer häufiger und häufiger auf Klagen über eine steigende Ueberproduction von neuen Heilmitteln. In der Tat sind Arzt und Apotheker kaum mehr imstande, alle neu auftauchenden Präparate zu verfolgen, von denen freilich viele, allzu viele, sehr bald wieder einer wohlverdienten Vergessenheit anheimfallen, sei es wegen offenkundig irrationeller Zusammensetzung, unangenehmer oder schädlicher Nebenwirkungen oder weil die versprochenen therapeutischen Wirkungen ausbleiben (ganz zu geschweigen der traurigen Kategorie der „falsch declarierten Arzneimittel" wie Loretin, Pyrenol etc. etc.). Immerhin gelingt es einer gewissen wenn auch kleinen Zahl von neuen Präparaten, sich einen dauernden Platz unter den gebräuchlichen Präparaten zu erringen: die einen besitzen ganz neue wertvolle pharmakologische Eigenschaften, wie z. B. die Gruppe der Nebennierenpräparate, die anderen wieder gehören zu schon bekannten pharmakologischen Gruppen und treten als Varianten oder Combinationen schon vorher bekannter und gebräuchlicher Mittel auf. So werden z. B. die Antipyretica und Anästhetica mit jedem Jahr zahlreicher, was zwar das therapeutische Register compliciert, aber zugleich dem Arzt die Möglichkeit gewährt, in weitestem Mass zu individualisieren. Ebenso kommen immer neue und neue Mittel zur Localbehandlung erkrankter Schleimhäute auf, was insofern günstig ist, als der Arzt unter einer Anzahl pharmakologisch ähnlicher Mittel diejenigen heraussuchen kann, welche den oft unerklärlichen individuellen Besonderheiten der Patienten am besten gerecht werden. Ein und dasselbe Mittel wird vom Einen nicht vertragen und wirkt beim Andern Wunder. Speciell bei Behandlung der Schleimhäute der oberen Luftwege und der Ohren sehen wir beständig derartige persönliche Verschiedenheiten in der Wirkung unserer Mittel, und dabei ist die Auswahl an derartigen Mitteln noch verhältnismässig ziemlich gering, sodass man hoffen darf, durch systematische Prüfung neu hergestellter Präparate von rationeller Zusammensetzung noch manches Nützliche zu entdecken. In den in der Oto-Laryngo-Rhinologie täglich gebrauchten Präparaten gehören Menthol und Acidum boricum, ersteres als secretionsbeförderndes, desinficierendes und leicht anästhesierendes Mittel, letzteres als gänzlich ungiftiges und nicht reizendes Antisepticum. Die Firma Zimmer u. Co. in Frankfurt am Main hat den naheliegenden Gedanken realisiert, beide Stoffe zu vereinigen und bringt gegenwärtig das Product dieser chemischen Verbindung unter dem Namen „Estoral" in den Handel. Die Wirkung desselben habe ich an 23. Patienten mit Erkrankungen der oberen Luftwege ausführlicher studiert und möchte hier kurz über das practische Ergebnis dieser Versuche berichten.

Estoral, der Mentholester der Borsäure, $B(C_{10}H_{19}O)_3$ ist ein feines krystallinisches Pulver von weisser Farbe mit ziemlich starkem Mentholgeruch. Es ist fast geschmacklos und erzeugt auf der Zunge ein leises Brennen, das dann allmählich durch ein Kältegefühl abgelöst wird. Es ist löslich in Aether, Benzin und Chloroform, auch in heissem Mandel-, Oliven- und Vaselinöl (freilich scheidet sich beim Erkalten ein grosser Teil wieder in Krystallen aus). Zur Herstellung von Salben empfehlen sich als Constituentia hauptsächlich Vaselin, Ungt. paraffini und Ungt. cereum, wobei es nötig ist, das Mittel in der Salbe durch Erwärmen zu lösen und während des Erkaltens mit derselben zu verreiben. Ausser dem reinen Estoral wird noch ein „Estoral-Schnupfenpulver" (Estoral + Sachar. lact. $\overline{aa}$) in den Handel gebracht. Vermittelst eines jeder Schachtel beigefügten recht practischen gläsernen „Schnupfröhrchens" wird dasselbe vom Patienten in kleinen Portionen in die Nase eingezogen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schon theoretisch ist zu erwarten, dass ein Menthol-Borsäureester bei seiner therapeutischen Verwendung die pharmakologischen Wirkungen beider Componenten entfalten wird, vorausgesetzt natürlich, dass die physikalischen und chemischen Agentien des menschlichen Organismus imstande sind, seine Spaltung herbeizuführen. Weiter lässt sich erwarten, dass ihre Wirkung im Moment der Spaltung — in statu nascendi — besonders ausgiebig sein wird, entsprechend einem alten chemischen und pharmakologischen Princip. (Es dürfte genügen, hier an die Wirkung des vom Wasserstoffsuperoxyd sich abspaltenden Sauerstoffmolecüls auf organische Stoffe und Bacterien zu erinnern oder an die kräftige therapeutische Wirkung des Jodeisens in statu nascendi bei gleichzeitigem Gebrauch von KJ und Tinct. ferri acetici aether.). Besonders wertvoll ist es, wenn derartige chemische Processe, Spaltungen oder Synthesen langsam verlaufen, da anderenfalls im Organismus unliebsame Reizerscheinungen infolge starker Anhäufung von Producten dieser Processe zu gewärtigen sind.

Unter den im Nachstehenden kurz geschilderten 23 Fällen von Affectionen der oberen Luftwege, in denen Estoral zur Verwendung kam, bilden die erste Gruppe acute und subacute Rhinitiden, teilweise mit Nebenhöhlen- und Tubenkatarrhen compliciert.

1. G. J., Zahnarzt, 32 J. a. Rhinitis acuta mit maximaler Schwellung der Schleimhaut, dumpfe Schmerzen in der Stirn, beständige Trockenheit im Halse (besonders nachts) infolge vollkommen aufgehobener Nasenatmung. Die rechte Nasenhälfte infolge Septumdeviation leicht verengt. Pinselungen mit Adrenalin-Novocaïn und Anwendung dieser Präparate in Salbenform brachten nur zeitweilig Erleichterung (höchstens ½ Stunde), sodass Pat. sich in seiner Berufsarbeit stark behindert sah. Eine Woche nach Beginn der Krankheit verordnete ich dem Pat. Estoral nach folgendem Schema: 3—4 mal täglich Application der Adrenalinsalbe, dann nach Herstellung der Nasenatmung — Schnupfen je einer Prise Estoral + Sachar. lact. āā mit jedem Nasenloch. Ausserdem insufflierte ich ihm jeden Tag eine ganz kleine Portion Estoral. pur. Eine deutliche Wirkung empfand Pat. schon nach den ersten Stunden, ganz verschwand der Schnupfen nach einer Woche (bemerkenswerte Abkürzung des schleimig-eitrigen und schleimigen Stadiums!) Subjectiv wurde leichtes Brennen angegeben, das aber leichter war als nach Forman und anderen Präparaten, danach ein angenehmes Gefühl der Frische in Nase und Hals im Lauf der nächsten 2—3 Stunden.

2. J. K., Schmiedegeselle, 40 J. a., leidet an einer subacuten Rhinitis mit Tubenkatarrh. Nasenhöhlen ohne grobe anatomische Veränderungen, Mucosa der Nase und des Nasenrachens rot und geschwollen, im Cavum viel Schleim. Gehör für Flüstersprache R = 0,8, L = 0,5. Beide Trommelfelle eingezogen. Nach Adrenalinbepinselung starke Contraction der Mucosa, sodass die Nasenhöhlen sehr weit erscheinen. Behandlung wie im vorhergehenden Fall. Vom 5. Tage plötzliche Besserung des Gehörs (beiderseits bis zu Fl. 3,0) nach einer Woche war es ganz normal, die Trommelfelle in normaler Lage. Bei der Estoralbehandlung nur ein angenehmes Kältegefühl in Nase und Hals.

3. N. P., Weissnäherin, 30 J. a. Acuter Schnupfen (5. Krankheitstag), heftige Kopfschmerzen, Schmerzpunct über der linken Augenbraue. (Stirnhöhlenkatarrh). Einmal täglich Insufflation von Estoral. pur. nach Adrenalinpinselung. Nach 1½ Tagen trat reichlicher schleimig-eitriger Ausfluss ein, zugleich damit — grosse Erleichterung. Nach 8 Tagen Nasenschleimhaut und Secretion normal.

4. M. L., Buchbindergeselle, 28 J. a. Acuter Schnupfen (d. 4. Tag), Nase meist durchgängig (weite Nasenhöhlen, verhältnismässig kleine untere Muscheln), spärliches serös-schleimige Secretion. Pat. klagt hauptsächlich über unerträgliches Jucken und Brennen in der Nase, besonders bei Einwirkung kalter Luft. Nach einmaliger Insufflation von Estoral trat eine entscheidende Wendung zum Besseren ein, — reichliche schleimig-eitrige Ausscheidung unter Verschwinden der quälenden subjectiven Beschwerden. Pat. schnupfte dann noch einige Tage lang das Estoral-Schnupfpulver, am 8. Tage war der Zustand der Nase normal geworden.

5. J. P., Schreiber, 30 J. a., leidet seit 6 Tagen an Schnupfen mit vollständigem Nasenverschluss, starker Schwerhörigkeit (Fl. beiderseits ca. 0,5 M.). Estoral wurde hier in folgender Weise verwendet: Adrenalinpinselung der unteren Muscheln, danach — Estoral 1,0 + Dermatol 3,0, da reines Estoral wiederholtes heftiges Niesen mit nachfolgender Gehörverschlechterung hervorrief. Nach 6-tägiger Behandlung hörte die Secretion vollständig auf, nach einmaligem Politzern wurde das Gehör andauernd normal.

6. A. S., Schwester vom Roten Kreuz. 25 J. a. Protrahierter Schnupfen mit Folliculitis vibrissarum. Vorderende der linken mittleren Muschel kugelförmig geschwellt, zieht sich nach Adrenalin-Cocaïnpinselung gut zusammen. Ziemlich starke zeitweilig exacerbierende Schmerzen im Nasenrücken und über der linken Braue, dumpfe Kopfschmerzen. Tägliche Insufflationen von Estoral und Dermatol im oben angeführten Mengenverhältnis. Deutliche Besserung vom 3. Tage der Behandlung an. Genesung am 7. Tage, Aufhören des Schmerzes und der Secretion.

7. N. A. Studentin, 20 J. a. Acute Rhinitis mit completem Nasenverschluss und geringer schleimiger Secretion. Adenoïde Wucherungen von mittlerer Grösse (operative Entfernung derselben früher von Pat. abgelehnt) und kugelige Verdickung der hinteren Enden beider unteren Muscheln (verkleinern sich nach Adrenalin-Cocaïn). Nach einmaliger Insufflation von Estoral. pur. wurde die Nase gut durchgängig, danach insufflierte sich die Pat. noch selber 5 Tage lang Estoral mit Dermatol. Am 6. Tag erwies sich die Nase als gut durchgängig, die Mucosa von annähernd normaler Färbung, die Verdickung der hinteren Muschelenden so gut wie ganz verschwunden.

8. J. S., Gymnasiast, 15 J. a. Acuter Schnupfen mit sehr reichlichem schleimig-eitrigem Ausfluss. Schnupfte Estoral + Sach. lact. 5 Mal täglich. Nach 5 Tagen Nase normal. Bei der Estoralapplication leichtes Brennen am Naseneingang, welches leicht durch vorheriges Bestreichen mit Zinksalbe verhütet wurde.

9. O. S., Gymnasiast, 13 J. a., Verlauf des Schnupfens unter Estoralbehandlung wie im vorhergehenden Falle.

10. P. L., Kontorist, 21 J. a. Verlauf und Behandlung wie in den beiden vorhergehenden Fällen.

Zur 2. Gruppe unserer Fälle gehören diverse chronische atrophische Processe in Nase, Nasenrachen und Pharynx, in 2 Fällen mit secundärer Beteiligung des Larynx.

11. A. M., 11-jähriges Schulmädchen. Ozaena essentialis. Wird seit einigen Jahren erfolglos behandelt. Die proponierten Paraffininjectionen (nach Moure-Brindel) in die untere Muschel werden von der Mutter der kleinen Patientin abgelehnt. Nach Pinselung mit Europhenöl (Europhen. 0,5, Ol. olivar. 100,0) und Entfernung der Krusten wird täglich 14 Tage hindurch Estoral. pur. eingeblasen (in grösserer Dose als bei acuten Rhinitiden). Die Wirkung erwies sich als sehr günstig insofern, als die Krustenbildung bedeutend nachliess, das Secret flüssiger wurde und der Geruch soweit verschwand, dass er für die Umgebung nicht mehr wahrnehmbar war. Nach eingetretener Besserung wurde Pat. leider nicht mehr in die Ambulanz gebracht.

12. J. P., 13-jähriges Mädchen. Ozaena. Die Krusten füllen beide Nasenhöhlen aus und sitzen auch an der Rachenhinterwand sowie im Larynx. Therapie wie im vorhergehenden Fall, ausserdem Insufflationen von reinem Estoral in den Larynx. Das rhinoskopische Bild änderte sich im Ganzen nicht viel, jedoch verschwand der Geruch fast gänzlich und auch die Krusten im Rachen und Kehlkopf verschwanden, was immerhin auf eine deutliche Besserung des Krankheitsprocesses an ihrem Ursprungsort in der Nase schliessen lässt.

13. K. B., Bureaudiener, 40 J. a. Rhinopharyngitis chron. atrophica, verbunden mit starken subjectiven Geräuschen im r. Ohr bei normalem Gehör und Trommelfellbefund. Ist längere Zeit erfolglos mit Spülungen und Pinselungen behandelt worden. Pat. zieht mit Hilfe des Schnupfröhrchens 3—4 Mal täglich Estoral + Sachar. lact. in die Nase ein und constatiert bei seinem 2. Besuch am 10. Tage bedeutende subjective Erleichterung: das Ohrensausen hat nachgelassen bis zu zeitweiligem gänzlichem Verschwinden, auch über die Trockenheit im Halse wird nicht mehr geklagt. Objectiv lässt sich feststellen, dass das frühere zähklebrige, an der Schleimhaut antrocknende Secret des Nasenrachens durch durchsichtigen Schleim ersetzt wird und dass Cavum und pars oralis jetzt ein normales Aussehen haben.

14. A. Ch., Wäscherin, 56 J. a. Nasenseptum leicht nach links verbogen. In der rechten Nasenhälfte etwas grünlich-gelbes geruchloses Secret, das die Neigung zeigt, an Ort und Stelle in Krusten einzutrocknen. Derartige Krusten finden sich auch in der rechten Hälfte des Cavums und an der rechten Hälfte der Pharynxhinterwand. Lues und Eiterung irgend einer Nebenhöhle lassen sich durch wiederholte Untersuchung mit Sicherheit ausschliessen. Subjectiv: quälendes Gefühl von Trockenheit im Halse. Die Behandlung bestand in täglicher Reinigung der rechten Nasenhöhle mit Europhenöl und Insufflationen von Estoral. Nach einem Monat

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigte die Nasen- und Rachenschleimhaut normales Aussehen, das Secret glich gewöhnlichem Schleim.

15. A. T., Rechtsanwalt, 48 J. a. Grosser Defect im knorpligen und knöchernen Teil des Septums (Lues tertiaria, vor 2 Jahren sind einige Sequester entfernt worden). Leichte Atrophie der Schleimhaut in den Nasenhöhlen (besonders bemerkbar an den unteren Muscheln und im Nasenrachen. Quälendes Gefühl von Trockenheit im Halse, hin und wieder werden beim Schnäuzen auch Krusten herausbefördert. Pat. schnupfte Estoral mit kurzen Pausen einen Monat hindurch und wurde von seinen Beschwerden befreit. Das Aussehen der Schleimhaut hat sich namentlich an der Pharynxhinterwand sehr gebessert, wo sie früher stets wie lackiert erschien.

16. Typische Ozaena bei einem 10-jährigen Mädchen. Verlauf und Behandlung analog dem Fall Nr. 11. Die Reinigung der Nasenhöhlen und die Estoralinsufflationen wurden von der Mutter der kleinen Pat. besorgt. Nach $1^1/_2$-monatl. Behandlung war die Besserung soweit vorgeschritten, dass anstatt der täglichen Insufflationen solche nur 3 Mal wöchentlich vorgenommen wurden, was sich zur Behebung des Geruchs als ausreichend erwies.

17. Ozaena bei einem 12-jährigen Mädchen. Die Therapie und ihre Resultate waren dieselben wie im vorhergehenden Fall. Sehr günstige Wirkung auf die vorher sehr deprimierte Stimmung der Pat. welche sich früher wegen ihres Leidens von allen Kameradinnen gemieden sah.

18. A. D., Dienstmädchen, 26 J. a., leidet seit langem an Rhinopharyngit. sicca. In den letzten Monaten ausserdem fast vollkommene Aphonie und Husten. Durch letzteren werden mit Mühe Krusten und Klümpchen zähen Schleims herausbefördert, manchmal enthalten letztere Blutbeimengung. Die Untersuchung ergibt eine Schleimhautatrophie in Nase und Nasenrachen sowie auffällige Trockenheit der Pharynx- und Larynxhinterwand. In der regio interarytaenoidea und auf den Stimmbändern grünlich-graue Krusten, nach deren Entfernung punctförmige Blutungen auftreten. Angesichts vorhandener Symptome von Lues hereditaria (Hutchinsonsche Zähne u. s. w.) wurde eine specifische Behandlung (mit Hydrargyr. bijod. und Kal. jodat. in Lösung) eingeleitet, die jedoch keinerlei Resultat ergab, ebensowenig Pinselungen mit Jodglycerin etc. Pat. wurde dann 3 Mal wöchentlich mit Europhenöl (erst $^1/_2$ pCt. dann 1 pCt.) gepinselt und erhielt Estoralschnupfpulver zum häuslichen Gebrauch. Nach 2 Wochen kehrte die Stimme wieder und die subjectiven Beschwerden besserten sich sehr bedeutend. Da mein Estoralvorrat zeitweilig ausgegangen war, so wandte ich Pinselungen mit Mentholöl in verschiedenen Concentrationen an (zu 1 pCt., 3 pCt., 5 pCt. und 10 pCt.), deren Wirkung die Kranke aber wegen ihrer kurzen Dauer nicht befriedigten. Nach weiteren 3 Wochen erklärte Pat. sich von allen Beschwerden befreit, es verblieb nur eine leichte Heiserkeit infolge Vocalis parese.

19. K. P., Buchhalter, 35 J. a. Atrophischer Nasenrachenkatarrh, die objectiven Erscheinungen im Ganzen wenig ausgesprochen, während die subjectiven den ohnehin neurasthenischen Patienten sehr quälen und beunruhigen. (Gefühl eines «zwischen Nase und Rachen sitzenden» Fremdkörpers, dazwischen auch dumpfe Schmerzen im Hinterkopf. Pat. schnupfte zuerst das Estoralschnupfpulver, während er es jetzt vorzieht hin und wieder eine minimale Prise von Estoral. pur. subtiliss. pulv. zu nehmen. Gibt an danach ein andauerndes Gefühl von «Erfrischung» im Halse zu spüren, die Parästhesien sind verschwunden. Ein weiterer Vorteil des Estoralgebrauchs für den Pat. ist eine wesentliche Einschränkung des Cigarettenrauchens, zu dem er früher übermässig häufig seine Zuflucht nahm, um die lästigen Empfindungen im Halse loszuwerden (!).

20. M. W., Beamtenwittwe, 30 J. a. Anämie, Neurasthenie, Nasenrachenkatarrh mit leichter Schleimhautatrophie. In Anbetracht der grossen Empfindlichkeit der Kranken wurde Estoral mit einem stärkeren Milchzuckerzusatz verwendet (1 T. Estoral auf 2 T. Sach. lactic.) und beeinflusste in dieser Form sehr günstig die Trockenheit und die lästigen Parästhesien im Halse. Ausserdem entfaltete Estoral bei dieser Patientin 2 Mal eine ausgesprochene abortive Wirkung bei acutem Schnupfen, der mit spärlichem serösem Ausfluss und heftigem Brennen im Nasenrachen begann. Es wurde mit dem gebogenen Pulverbläser direct ins Cavum insuffliert, wonach Niesen und reichlicher schleimiger Ausfluss eintrat, der dann nach 2 Tagen vollkommen sistierte.

In eine dritte Gruppe vereinigt sollen hier noch einige Fälle von Tbc. und Lues laryngis besprochen werden, in denen Estoral als Palliativum gute Dienste erwies.

21. P. O., Lehrer, 28 J. a. Tubercul. laryngis, Infiltration des Kehldeckels, der Stimmbänder und beider Aryknorpel. Schwerer destructiver Lungenprocess, remittirendes Fieber, Nachtschweisse. Heiserkeit bis zur vollständigen Aphonie, ausserdem beständiges Gefühl von Trockenheit im Halse und im Nasenrachen, wogegen schon die verschiedensten Mittel vergeblich angewendet worden waren. Insufflationen von Estoral mit Sachar. lact. ins Cavum beseitigten dieses quälende Gefühl jedes Mal für mehrere Stunden.

20. J. S., Kellner, 35 J. a. Tertiäre Lues, Ulcus am linken Taschenband, pigmentierte Narben an beiden Schienbeinen. Specifische Allgemeinbehandlung, ausserdem Insufflationen von Estoral + Jodol āā. In diesem Fall gab das Estoral an schmerzstillender Wirkung dem vorher verwendeten Anästhesin nichts nach, ausserdem befreite es den Kranken von Trockenheit und Kratzen im Halse.

23. A. L., Schuster, 43 J. a. Tertiäre Lues, grosse Perforation des harten Gaumens, Ulcus am linken Taschenband. Specifische Behandlung, ausserdem Einblasungen von Estoral + Jodol. Der Effect — Beeinflussung der subjectiven Beschwerden war auch in diesem Fall sehr zufriedenstellend. Das Ulcus gelangte in 8 Wochen zur Ausheilung.

Ausser den hier beschriebenen 23 Fällen habe ich das Estoral noch ca. bei der doppelten Anzahl von Kranken verwendet, doch war bei den letzteren die Beobachtungszeit eine viel zu kurze, um die betreffenden Fälle als Material zu verwerten. Dies gilt namentlich von den zahlreichen Besuchern der Hospitalambulanz, die der ärmsten Bevölkerungsschicht angehören und nicht über die nötige Zeit verfügen, um sich wegen verhältnismässig „geringfügiger", die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich herabmindernder Leiden andauernd behandeln zu lassen und sich gern damit begnügen, dass man sie von den ärgsten Beschwerden befreit.

Als practisches Resultat meiner sich über 2 Jahre erstreckenden Beobachtungen betrachte ich den Nachweis der von mir auf Grund theoretischer Voraussetzungen erwarteten Vorzüge des Präparates vor dem reinen Menthol, nämlich eine nachhaltigere Wirkung bei grösserer desinficierender Kraft und geringerer Irritation und glaube die Hoffnung aussprechen zu können, dass es in die Zahl der täglich gebrauchten Mittel aufgenommen werden wird. Endlich möchte ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass es berufen scheint, auch in anderen Gebieten der Medicin eine ausgiebige Verwendung zu finden, so bei nervösen und Verdauungsstörungen (Seekrankheit, Meteorismus etc.) und auf dermatologischem Gebiet (z. B. bei juckenden Dermatosen). Eine diesbezügliche Prüfung des Mittels von berufener Seite erscheint jedenfalls höchst wünschenswert.

Literatur.

1. Prof. O. Seifert (Heilmittelrevue, Jahrg. IV, Nr. 2).
2. Dr. N. Spezia (Gazetta Medica Lombarda 1907, Nr. 4).
3. Dr. Peters (Fortschritte der Medicin, 1908, Nr. 36).

Aus der Akademischen Chirurgischen Klinik der Militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg.
(Director: Prof. Dr. N. Welliaminoff.)

Neue Beleuchtungsart von Operationsräumen mit künstlichem Licht.

Von
Dr. W. Tomaschewski.
I. Assistent der Klinik und Privatdocent für Chirurgie.

Die Haupt-Anforderungen, die man an eine künstliche Beleuchtung stellt, welche ein zufriedenstellendes, gutes künstliches Licht in einem Operationsraum geben soll, sind folgende: 1) Es muss im Raum genügend hell sein, so dass man keine besonderen Reflectoren oder Handlampen braucht, deren Anbringung in technischer Hinsicht nicht immer bequem ist, deren Benutzung specielle Bedienung erfordert und deren Gegenwart nur die An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zahl nicht steriler Gegenstände in der Nähe des Operationsfeldes vermehrt. 2) Möglichst grosse Annäherung des Charakters des künstlichen Lichtes an das Tageslicht. 3) Eine gleichmässige Beleuchtung des gesamten Operationsraumes und nicht nur des Operationsfeldes allein. 4) Möglichste Vermeidung von Schatten, jedenfalls von tiefen. 5) Geräuschloses und ruhiges Brennen. 6) Auf die Luft und die Temperatur im Operationsraum darf die Beleuchtung keinen Einfluss ausüben, und schliesslich 7) Die Beleuchtungskörper müssen natürlich ebenso wie alle übrigen Gegenstände des Operationsraums den grundlegenden Anforderungen der chirurgischen Asepsis entsprechen.

Die bisher angewandten Beleuchtungsarten genügten bei Weitem nicht obengenannten Anforderungen und näherten sich oft nur mehr oder weniger einzelnen derselben. Daher halte ich es nicht für uninteressant die Art der künstlichen Beleuchtung, wie sie nach meinem Vorschlage und Projecte im neuen Operationsraum der chirurgischen Klinik von Prof. N. A. Welliaminoff eingerichtet ist, näher zu beschreiben, zumal sie, wie es scheint, die uns interessierende Frage in befriedigender Weise löst.

Der Operationssaal (Fläche 20 Quadrat-Faden bei 8 Arsch. Höhe) wird durch 5 elektrische Intensiv-Reinkohlenlampen mit Differenzialreguliermechanismus, System A. E. G. für Gleichstrom, beleuchtet. Jede Lampe brennt in Einzelschaltung bei 85 Volt Klemmenspannung und 110 Volt Leitungsspannung bei 10 Ampères Stromstärke. Wir haben Bogenlampen gewählt, da sie zu den besten Beleuchtungsquellen gehören, sowohl wegen ihrer Intensität, als auch dem Charakter ihres Lichts nach, das sich am meisten dem Tageslicht nähert. Die 5 Lampen sind so angeordnet, dass der ganze Raum überall vollständig gleichmässiges, zerstreutes Licht erhält und daher nur ganz schwache Schatten entstehen, welche auch die allerfeinste Arbeit nicht behindern. Von besonderer Wichtigkeit ist die Construction der Lampen mit zwei schräg nebeneinander herabhängenden Kohlen, zwischen deren unteren Spitzen sich ein horizontaler Lichtbogen bildet, der das ganze Licht in einem grossen Strahlenkegel nach unten wirft und keine Schatten von den Kohlen oder Kohlenhaltern aufweist. Die ausgezeichnete Construction, Regulierfähigkeit der Lampen und die Anwendung von Gleichstrom (was bei Operationsräumen unbedingt erforderlich ist) garantieren vollkommen geräuschloses und ruhiges Brennen, sowie normale Beleuchtung aller Gegenstände im Operationsraume.

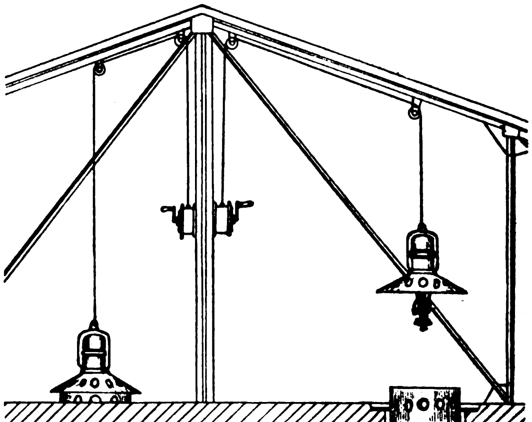
Die Erfüllung der letzten, anfangs von mir erwähnten, zwei Puncte ist folgendermassen geschehen: Alle Lampen sind ausserhalb des Operationsraumes über der Decke angebracht (s. Zeichnung), wobei das Licht durch flache Plafonds, die hermetisch in die Decke einmontiert sind, in den Raum hineinfällt und durch die matten Gläser der Plafonds zerstreut wird. Auf diese Weise brennen die Lampen ausserhalb des Operationsraumes, was absolut jedes Verderben der Luft durch den Lichtbogen ausschliesst. Die Lampen befinden sich im Dachbodenraum und sind auf Rollen centrisch über den einzelnen Plafonds aufgehängt. Mittelst Winden kann man die Lampen beliebig heben oder senken, wodurch man nach Wunsch und Bedürfnis die Helligkeit im Operationsraum variieren kann.

Damit bei zu tiefem Herablassen der Lampen nicht die Gläser der Plafonds durch die Kohlen durchgeschlagen werden können, ist an der Armatur der Lampen ein Ansatz angebracht, der sich bei der tiefsten zulässigen Stellung der Lampen auf den oberen Rand des Eisenringes setzt und damit die Dauerhaftigkeit der Einrichtung gewährleistet. Bei der tiefsten Stellung der Kohlen erwärmen sich die Plafonds kaum, und sobald man die Kohlen etwas hebt, fast garnicht *). Wenn wir noch berücksichtigen, dass sich der Lichtbogen fast 6 Meter über dem Fussboden des Operationsraumes befindet, so ist wohl kaum zu bestreiten, dass bei der angeführten Einrichtung diese Beleuchtung weder auf die Luft noch die Temperatur des Operationsraumes einen Einfluss ausüben kann. Die grösstmöglichste Asepsis der Beleuchtungskörper ist bei unserer Anordnung ebenfalls bequem und zweckentsprechend erreicht. Im Operationsraum haben wir nur 5 kleine, vollständig glatte Vorsprünge (Plafonds), die kaum die Gesamtconstruction der Decke beeinträchtigen und ebenso dem Reinigen und Abwaschen zugänglich sind, wie die übrige Decke selbst. Die Bedienung der Lampen, Reinigung derselben und der Innenseite der Plafondgläser, Einsetzen der Kohlen etc. geschieht durch den Monteur vom Dachboden aus, zu dem er vom Hof aus einen besonderen Zugang hat, was besonders practisch ist: Der Monteur hat jederzeit einen freien Zugang zu den Lampen und kommt während seiner Arbeit mit dem Operationsraum nicht in Berührung. Die äussere Einrichtung der beschriebenen Beleuchtungsart ist tadellos, das Licht aber erinnert vollkommen an Tageslicht, nur dass man die Intensität noch nach Wunsch variieren kann.

Wir haben elektrische Beleuchtung gewählt, da nur elektrische Energie zur Verfügung steht, doch brauche ich wohl kaum zu erwähnen, dass man bei obengenannter Anordnung auch jede andere Beleuchtungsart, sei es Gasglühlicht, Spiritus, Petroleum, mit demselben Erfolge bei geringem Kostenaufwand verwenden kann. Man muss nur über einen Raum über dem Operationsaal verfügen, wobei natürlich wenn dieser, wie bei uns, im obersten Stockwerk liegt, der Dachboden zu verwenden ist, sonst aber ein beliebiger Raum, der direct über dem Operationssaal liegt und selbstverständlich auch noch zu anderen Zwecken verwertet werden kann.

Diese Beleuchtungsart hat, obgleich sie erst kurze Zeit in Benutzung ist, so gute und zufriedenstellende Resultate ergeben, dass ich mir erlaube, die erwähnte künstliche Beleuchtungsart dem massgebenden Urteil der Chirurgen zu unterbreiten.

Die Installation ist durch die Petersburger Filiale der Allgemeinen Elektricitäts-Gesellschaft gemacht, und wir halten es für unsere Pflicht, der Gesellschaft für die tadellose technische Ausführung des ihr von uns überwiesenen Projectes zu danken.

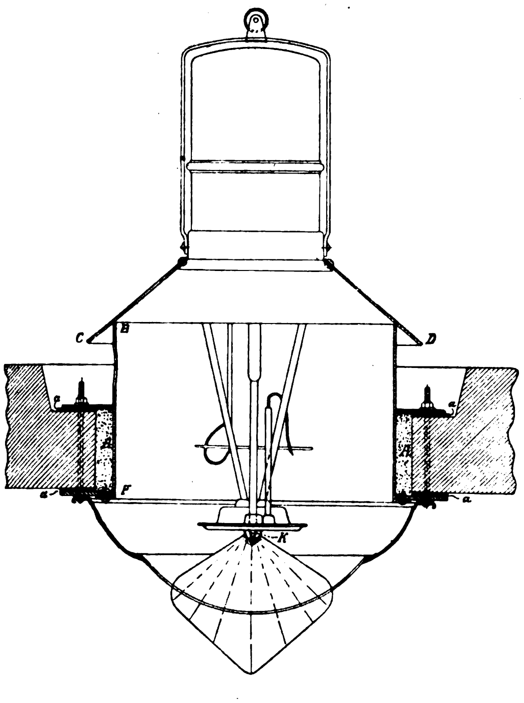


*) Wegen der grossen Intensität des Lichtes haben wir es für practisch befunden, die Lampen überhaupt nicht ganz tief herunterzulassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeich. I. Skizze der montierten Lampen im Dachbodenraum.

Zeich. II. Skizze der Bogenlampe und Befestigungsart der Plafonds in der Zimmerdecke: EF — Eisenring, an dem der Plafond luftdicht befestigt ist. CD —



Metallkuppel, die sich beim Senken der Lampe auf den Eisenring stützt und dadurch eine übermässige Senkung der Lampe verhindert. AA — Isolierungslage von Asbestpulver zur Verhütung von Erwärmung der Zimmerdecke. aa — Asbestlage zwischen der Armatur der Lampe und der Zimmerdecke. K — Kohlen und zwischen ihnen der horizontale Voltsche Lichtbogen. Im unteren Teil der Zeichnung — Lichtkegel.

Referate.

Carl Hess. Messende Untersuchungen über die Gelbfärbung der menschlichen Linse und über ihren Einfluss auf das Sehen. Arch. f. Augenheilkunde. LXIII Band. 2. Heft. 1909.

Hess geht von der Ueberlegung aus, dass dem dunkel adaptierten Auge blaue Strahlen von genügend geringer Lichtstärke farblos grau erscheinen und zwar um so heller grau, je weniger von den blauen Strahlen in der Linse zurückgehalten werden und umgekehrt. Zu seinen Versuchen benutzte nun Hess einen geschwärzten Kasten mit einem rechteckigen Ausschnitt, der zur Hälfte mit einem blauen, zur anderen Hälfte mit einem rötlich gelben Glase überdeckt war. Durch diese Gläser muss der zu Untersuchende auf 2 mattweisse unter rechtem Winkel in verticaler Kante aneinander stossende Flächen sehen, die mit verschieblichen 5-kerzigen Lampen getrennt beleuchtet werden können. Die Lichtquelle für die Blaufläche wird nun bei der Untersuchung solange verschoben, bis beide Flächen gleich hell erscheinen. Für sein Auge fand Hess den Abstand der Blau-Lichtquelle im Mittel zu 39 cm., für das linsenlose Auge eines vom Star befreiten Malers zu 45 cm. «Dieser Wert entspricht also der Lichtstärke, die der Blaufläche zur Herstellung der Helligkeitsgleichung gegeben werden muss, wenn gar keine Strahlen durch die Linse absorbiert werden». Diese Lichtstärke setzt Hess = 1, und bezieht auf sie die an andern, linsenhaltigen Augen gewonnenen Werte. Beobachtungen an 20 Augen verschiedener Lebensalter ergaben neben einer grossen individuellen Verschiedenheit immerhin eine deutliche Zunahme der Gelbfärbung der Linse mit dem Alter. Zur Bestimmung der specifischen Absorption aus dem Auge entfernter Linsen sowie zur directen Wahrnehmung der Linsenfärbung im lebenden Auge gibt Hess ebenfalls neue Methoden an. Er fasst sie allesamt unter der Bezeichnung «Xanthometrie der Linse» zusammen und weist zum Schluss auf ihre Bedeutung für einige theoretische Fragen hin. So wurde in den neueren zusammenfassenden Darstellungen der Farbenlehre vom Standpuncte der Dreifasertheorie das Vorkommen der Linsenfärbung und die Möglichkeit eines Einflusses solcher auf das Sehen nicht berücksichtigt.

Ferner seien diese Untersuchungen dazu geeignet zu beweisen, dass gewisse Eigentümlichkeiten der Farbengebung bei alternden Malern aus der zunehmenden Gelbfärbung der Linse zu erklären seien.

Wie alle Arbeiten von Carl Hess zeichnet sich auch die vorliegende durch Gedankenreichtum und Eigenart aus. Das Referat konnte nur auf das Allerwichtigste hinweisen.

Ischreyt.

L. Brauer. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungencollapstherapie. Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. XII. Heft I.

In dieser ausführlichen Arbeit, die im einzelnen zu referieren unmöglich ist, legt Brauer seine Erfahrungen mit der extrapleuralen Thoracoplastik an der Hand von eingehenden Krankengeschichten dar und bespricht epikritisch die Folgen und den Erfolg der Operation. — Die extrapleurale Thoracoplastik (nach Schede) hat den Zweck die kranke Lunge ruhig zu stellen und collabieren zu lassen; sie ist ein dem künstlichen Pneumothorax analoges Verfahren, das da in Betracht kommt, wo der Pleuraspalt durch adhäsive Pleuritis verödet und die Anlegung eines Pneumothorax unmöglich ist. Die 9 mit Collapstherapie behandelten Fälle, deren Krankengeschichten unter Beigabe von stereoskopischen Photographien und Röntgenogrammen ausführlichst mitgeteilt sind, sind alles fortgeschrittene und progrediente Tuberculosen, bei denen jegliche Therapie fruchtlos geblieben und die Operation das Ultim. refug. war. Die ausgedehnte Plastik (Resection der 2.—10. Rippe) ist von Friedrich (im Archiv für klin. Chirurgie Bd. 87, S. 615 ist darüber berichtet) bei 7 Kranken ausgeführt worden: 3 erlagen der Operation, 1 konnte von Brauer nicht genauer berücksichtigt werden und 3 trugen eine wesentliche Besserung davon. Die Besserung documentierte sich in Schwinden der Temperatur, Abnahme der Sputummenge, Gewichtszunahme, Herabgehen der Pulsfrequenz auf die Norm, bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens und Zunahme der Leistungsfähigkeit. Die lästigen Folgen des grossen Eingriffs werden von den Kranken gern ertragen. Bei stärkerer Inspiration wandert das Mediastinum auf die gesunde Seite, die weiche Thoraxpartie wird eingezogen, bei der Exspiration bläht sie sich auf. Durch einen zweckmässigen Verband wird die Brusthälfte gestützt und die Weichheit der Seite wird nicht so störend empfunden, wie zu erwarten.

Nach Brauers Ausführungen werden die allgemeinen Circulationsverhältnisse und die Tätigkeit des Herzens durch die Operation kaum wesentlich geändert; dagegen tritt, hauptsächlich in der ersten Zeit nach der Operation, bei forcierten Atembewegungen die Gefahr einer Sputumaspiration in die gesunde Lunge ein. Die Todesfälle nach der Operation sind durch primäre Ateminsufficienz zu erklären; je unruhiger und schnappender die Atmung, um so mehr leidet der respiratorische Gaswechsel und es tritt eine Art circulus vitiosus ein. Um die Gefahren zu vermindern ist jeder circuläre Verband falsch (Schulter und Hüfte der gesunden Seite müssen die Stützpuncte sein). Sauerstoffatmung unter Ueberdruck von 3—5 mm. Hg ist schon während oder jedenfalls gleich nach der Operation anzuwenden und Sedativa sind ebenso wichtig wie Herztonica.

Bei der bisher geübten Operationsmethode besteht der Mangel, dass die obersten Lungenpartien nicht völlig collabieren. Diesem abzuhelfen denkt Br. an eine partielle oder totale Resection auch der ersten Rippe und der Clavicula, wie sie bei der Schedeschen Empyemoperation auch bereits gemacht worden. Ferner schlägt er vor, das Rippenperiost zu erhalten um so wieder eine Verknöcherung der eingesunkenen Thoraxwand zu erhalten und das Flattern der Brustwand zu vermeiden. Noch besser könnte eine Modification der Küster-Estlanderschen Thoracoplastik sein: man könnte die verkürzten Rippen an verschiedenen Stellen einkerben, durchbiegen und den ganzen Brustwandlappen nach der Mittellinie verlagern (künstl. Retrécissement des Thorax).

Zum Schluss spricht Br. die Zuversicht aus, dass es durch eine richtige Ausbildung der Operationsmethode gelingen

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wird völligen Lungencollaps zu erreichen ohne die Kranken so zu gefährden wie jetzt und ohne die lästigen Nebenwirkungen.

Haller.

O. Ziegler. Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert der Conjunctivalreaction. Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XII. Heft I.

Eine Statistik über 600 Fälle der Heilstätte Heidehaus (Hannover). 194 Kranke des I. und II. Stadiums reagierten conjunctival negativ; dabei war entweder der klinische Befund bei ihnen unzweideutig oder sie reagierten auf subcutane Injection positiv, hatten also active Tuberculose. Das III. Stadium reagierte in 80 pCt. positiv, in 20 pCt. negativ, wobei auch die positiv reagierenden eine durchweg schlechte Prognose boten, zum Teil moribund waren. Er kommt zum Schluss, dass die Conjunctivalreaction sowohl für die Diagnose wie Prognose unbrauchbar ist und hält sie für einen Rückschritt und eine Gefahr für die ganze Tuberculosebekämpfung.

Haller.

R. Polland: Syphilisbehandlung mit Mergal. (Oesterreich. Aerzte-Ztg. 1909. Nr. 2).

P. hat 27 Syphilitische mit Mergal behandelt und dabei recht befriedigende Resultate erzielt. In 5 Fällen handelte es sich um frische Syphilis (Sclerosen und erste Exantheme). Nach Einnahme von 80—100 Mergalcapseln (3—4—6 Capseln täglich) schwanden in der Regel alle Erscheinungen, doch wurde die Behandlung in diesen Fällen gewöhnlich bis 150 Capseln fortgesetzt. Die Mehrzahl der behandelten Fälle betraf Patienten im Secundärstadium. Hier genügten gewöhnlich 100 Capseln Mergal, um alle Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen, und nur in einem Fall von Acne luetica blieb die Behandlung erfolglos, weshalb die weitere Cur mit Injectionen fortgesetzt wurde. In einigen Fällen wurde leichte Stomatitis, in einem Falle eine 3 Tage andauernde Diarrhöe beobachtet. Auch in je einem Falle von gummöser und hereditärer Lues blieb der Erfolg einer Behandlung mit Mergal nicht aus.

P. hält das Mergal im Allgemeinen für ein ebenso zuverlässiges Antiluetium, wie das Ungt. cinereum. (Bei einer Tagesdosis von 5 Capseln entsprechen nach P. 150 Capseln etwa 30 Einreibungen à 3,0 grauer Salbe). Das Mittel übertreffe aber «alle bisher gebrauchten internen Hg-Präparate bedeutend an Sicherheit und Promptheit der Wirkung». Verf. ist der Ansicht, dass das Mergal überall dort zu empfehlen sei, wo von einer Inunctionscur aus irgendwelchen Gründen Abstand genommen werden muss.

W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Ludwig Jehle, Assistent an der K. K. Univ. Kinderklinik in Wien. Die lordotische Albuminurie (Orthostatische Albuminurie). Ihr Wesen und ihre Therapie. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1909.

Verfasser führt durch eine grosse Reihe sorgfältiger Versuche (einige Hundert) den Nachweis, dass das pathogenetische Moment der bisher sogenannten orthostatischen Albuminurie eine organische oder durch verschiedene Körperstellungen und Lagen verursachte Lordose sei. Er will deshalb diese Krankheitsform die lordotische Albuminurie nennen, weil dadurch gleichzeitig die Pathogenese der Krankheit in die Benennung derselben eingeschlossen würde. Durch eine reiche Fülle einschlägiger Beobachtungen hervorragender Autoren, wie Senator, Heubner, Keller, Kannegiesser, v. Noorden, Reyher, Stejskal, Martius, Teissier, Langskin, Leube, Posner, Pavy und anderer — von welchen viele den Resultaten der Jehleschen Versuche zustimmen, einige derselben auch mehr oder weniger widersprechen, klärt Verfasser die Sachlage eingehend auf. Er berücksichtigt den Harnbefund ebenso sorgfältig, wie etwa vorhandene Nephritis in ihren verschiedenen Stadien, respective vorliegende physiologische Albuminurie und stützt seine Schlussfolgerungen durch statistische Angaben, höchst anschauliche Photographieen und graphische Darstellung von Lordosen auf einer Tafel. In einer Reihe von 85 Fällen, in welchen Jehle es unternahm durch gewisse Körperstellungen Lordose und in ihrer Folge Albuminurie zu provocieren, erlangte er 50 Mal positive und 35 Mal negative Resultate, wobei Form und Grösse der Lordose in ursächlichem Zusammenhang mit der Albuminurie standen. Auf negative Resultate hatten Form und Beschaffenheit der Lendenwirbelsäule bedeutenden Einfluss.

Alle Experimente Jehles gaben also, kurz gefasst, folgende Resultate. Ruft man eine mechanische Stauung in den Nieren hervor, so tritt prompt Albuminurie ein, verhindert man hingegen die Stauung, so fehlt die Eiweissausscheidung ebenso regelmässig.

Die Diagnose bietet kaum irgendwelche Schwierigkeiten. Zwar sind die klinischen Symptome meist wenig charakteristisch, doch um so charakteristischer ist dafür der Harnbefund, welcher leicht jederzeit eine sichere Diagnose gestattet.

Die Prognose der lordotischen Albuminurie ist im allgemeinen günstig, da die Mehrzahl der Erkrankungen in der Wachstumsperiode auftritt. Diese Fälle sollen meist in 2—2½ Jahren heilen, doch wurden auch solche von 5-jähriger Dauer beobachtet (Neukirch), Heubner und Posner aber sahen Fälle von über 20-jähriger Dauer.

Die Therapie wird meist gleichzeitig eine allgemeine und eine locale sein müssen. Anämie und schlechter Kräftezustand muss mit den üblichen Mitteln bekämpft, die locale Behandlung aber gegen die Lordose gerichtet werden.

Köcher.

Фонъ Хёнъ (von Hoen), маіоръ австрійскаго генеральнаго штаба, преподаватель въ подготовительной военно-медицинской школѣ. Оперативная и тактическая санитарная служба въ составѣ корпуса, со сборникомъ задачъ, 3 картами и 6 приложеніями. Переводъ съ нѣмецкаго Ю. Лазаревича.

Dieses Buch erläutert die operative Tätigkeit und die Taktik des Sanitätsdienstes eines Armeecorps im Felde, welche die Leiter der sanitären Action unserer Zeit mindestens theoretisch gut kennen müssen, wenn sie den Feldsanitätsdienst des Corps in Gefechten, Schlachten und nach denselben zweckentsprechend dirigieren sollen. Zu diesem Zweck erörtert Verfasser die Umstände, welche für das Verhalten des Corpsarztes bestimmend sind, und gibt in Anlehnung an die in der österreichischen Armee bestehenden Verordnungen die nötigen Directive für die Tätigkeit des Corpsarztes mit Begründung der einzelnen Dispositionen sowie der sanitären Gesamtaction durch die jeweilige militärische Sachlage. Es sind da viele Umstände und Dinge, die erwogen werden müssen, wie: Abschätzung der militärischen Situation, die Bedingungen für die Evacuation der Verwundeten, Sammelstellen für dieselben, ihre Unterbringung, Eröffnung und Schliessung der Verbandplätze, Vorarbeiten für geplante Schlachten und Gefechte, taktische Massnahmen bezüglich der vorhandenen Sanitätsformationen und des Sanitätspersonals, die Tätigkeit des Corpsarztes und der Divisionsärzte vor, während und nach der Schlacht, die Tätigkeit der Divisionslazarette, der Entwurf der sanitären Disposition für Schlachten und Gefechte, die ärztliche Tätigkeit in den einzelnen Truppenteilen — und anderes mehr.

Danach folgen Aufgaben für supponierte Einzelfälle, sowohl für eine Division, wie für ein ganzes Corps, denen eingehende Lösungen angefügt sind, und diese werden durch 3 schöne Karten mit 6 Situationsplänen der Truppen vervollständigt.

Das Buch stellt eine recht brauchbare Vervollständigung der Literatur des Militärsanitätswesens dar, die in den letzten Decennien durch zahlreiche Arbeiten vieler Generalstabsoffiziere und leistungsfähiger Militärärzte ungemein angewachsen ist. Die Uebersetzung vorliegender Arbeit aus dem Deutschen ins Russische geht von unserer Haupt-Militär-Medicinalverwaltung aus und muss als ein Verdienst derselben bewertet werden, weil dadurch die Bekanntschaft unserer Militärärzte mit fremdländischen Sanitätsorganisationen gefördert werden soll. Solange indess die schwebende Sanitätsreform bei uns nicht beendet und durchgeführt wird und eine zeitgemässe Sanitätsordnung nicht fest normiert wird, bis dahin können auch die besten Bücher unseren Militärärzten nur sehr geringen Nutzen bringen, weil die bestehenden Verordnungen unserer unbrauchbaren Organisation vom Jahre 1869 den Aerzten die Möglichkeit nehmen, selbst die zweckmässigsten Massnahmen practisch anzuwenden. Für die Ausübung des Sanitätsdienstes im Felde im Sinne von v. Hoens, wäre zudem auch die zweckmässige Vorbildung der Militärärzte für ihr Specialfach erforderlich, die uns bisher noch fehlt.

Köcher.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Protocollauszug der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 16. Februar 1909.

(Fortsetzung).

I. P. 6. Greiffenhagen demonstriert ein exstirpiertes Stückchen der Arteria poplitea und gibt dazu folgende Krankengeschichte: ein 26-jähr. Mann erhielt auf dem Lande einen Messerstich in die Kniekehle: es folgte eine starke Blutung; der herbeigerufene Coll. tamponierte die Wunde und schickte den Pat. dem Vortragenden zu. Bei der Untersuchung fühlte man die Aa. tibiales ant. u. post. deutlich pulsieren, die Kniekehle war angeschwollen und hier hörte man ein deutliches systol. Blasen (das Wahlsche Geräusch). 48 Stunden nach der Verwundung wurde er operiert: die poplitea erwies sich in ihrem äusseren (lateralen) Teil zu $^1/_3$ der Circumferenz durchtrennt. Die Arterienwunde wurde mit 6 Nähten geschlossen u. auch die Scheide vernäht. Tamponade. Nach Entfernung des Esmarchschen Schlauchs pulsierte die Stelle gut und die ersten 4 Tage ging alles gut bei Steigerung der Temperatur bis auf 38,2. Aber am 4. Tage nachm. trat, ohne dass eine Bewegung gemacht worden wäre, eine profuse Blutung auf: es erwies sich, dass es aus einem Stichkanal blutete, die übrigen Nahtstellen hielten gut. Es wurde die Resection des demonstrierten Stücks, an dem jetzt leider die Nahtstiche nicht mehr gut zu sehen sind, gemacht. Der weitere Verlauf war prima intentio bis auf die anfangs-tamponierte Stelle, die etwas eiterte. Beim Aufstehen erwies sich der Peroneus gelähmt: doch glaubt Gr., dass es sich nur um eine Drucklähmung handeln wird, hervorgerufen durch den bei der Operation nötigen starken Hakenzug.

Während die Venennaht schon länger bekannt und häufiger gemacht worden, sind erst 12 Fälle von gelungener Arteriennaht veröffentlicht; die Naht der Arteria poplitea ist am häufigsten gemacht und gibt eine ganz gute Prognose. Auch hier wäre sie gut ausgekommen, wenn die Wunde nicht gleich anfangs tamponiert worden wäre. Es trat dadurch leichte Eiterung ein, die eine Nahtstelle wurde imbibiert und hielt nun nicht mehr.

Discussion.

Wistinghausen hat Gefässverletzungen überhaupt selten gesehen. Dieser Fall beweist aber wieder, wie Recht Zoege hat, vor der Tamponade zu warnen: frische Wunden sollen nicht tamponiert werden; das kann nur schaden und ohne Tamponade heilen sie stets besser.

Kusick fragt, ob Gr. den Blutstrom nach der Naht langsam einschleichen liess und die Nahtstelle comprimierte, wie es Jassinowski in seiner Arbeit verlangt.

Greiffenhagen: für den Landarzt liegt es sehr nahe, um die Blutung zum stehen zu bringen, nach Bergmanns Rat zu Tamponieren. Schliesslich ist das auch noch besser, als wenn, wie Gr. es einmal erlebt hat, ein Esmarchscher Schlauch angelegt wird und der arme Pat. so nach stundenlangem transport in die Klinik gebracht wird. In diesem Fall hat Gr. nach der Operation den Schlauch langsam, aber nicht viel anders als sonst entfernt. Die Nähte hielten auch ohne Compression der Stelle.

P. 8. Greiffenhagen: Demonstration einer Blutcyste der Niere nebst zugehöriger Krankengeschichte.

Der 50-jähr. Pat. hatte seit 2 Jahren an rechtsseitigen Nierenkoliken gelitten mit Steinabgang. Vor 10 Jahren rechtsseitige Pyelitis. Wegen eines Herzleidens begab er sich im Sommer nach Nauheim. Leichte Nierenblutungen hatte er schon früher gehabt; dort aber trat eine profuse Blutung auf, derentwegen er Prof. Israel in Berlin consultierte. Nach nur flüchtiger Untersuchung sagte Israel ihm, seine l. Niere sei krank und müsse entfernt werden. Er kehrte in die Heimat zurück und da sein subjectives Befinden ganz gut war, keine Cachexie auftrat, auch keine Blutung mehr, so wurde aus äusseren Gründen erst im November zur Operation geschritten. Vorherige Cystoskopie scheiterte daran, dass die Blase nicht genügend gefüllt werden konnte. In der Lumbalgegend fand sich ein leicht palpabler Tumor, der fraglos der l. Niere angehörte, und unter der Annahme einer Neubildung wurde der Lumbalschnitt gemacht. Der Tumor erwies sich als deutlich fluctuierend und sehr gross; seine Vorwälzung gelang ohne Punction nach Resection der 12. Rippe. Es handelt sich hier um eine solitäre Blutcyste, die in frischem Zustande mit der Niere zusammen $8^1/_2$ russ. Pfund wog. Die Cyste ist vom oberen Pol der Niere ausgegangen und communiciert durch eine feine Oeffnung mit Ventilverschluss mit dem Nierenbecken; in diesem steckte in der Ureterengegend ein kirschkerngrosser Stein. Die profuse Blutung im Sommer war durch Entleerung des in der Cyste angesammelten Bluts in das Nierenbecken verursacht, die später nicht mehr eintrat und dadurch ein langsames, ständiges Wachsen des Tumors bedingte. Eine Resection der Cyste wäre hier nicht möglich gewesen; bei pararenalen Cysten ist der Versuch wohl mehrmals gemacht worden; meist aber trat Infection ein und später musste doch die Nierenexstirpation folgen.

Der weitere Verlauf war leider nicht glatt: es traten Temperatursteigerungen auf, und am 8. XII. musste ein Bauchdeckenabscess geöffnet werden. Beim Verbandwechsel am 31. XII. klärte sich die Ursache der Complication auf: es wurde aus der Wunde eine Compresse extrahiert, die bei der Operation dringeblieben sein musste und in der Gegend zwischen Colon und unteren Wundwinkel der breiten Bauchmuskeln extraperitoneal gelegen hatte. Seitdem ist die Reconvalescenz ohne Wundstörung vor sich gegangen. Das Zurücklassen von Tupfern ist erfahrungsgemäss bei Nephrectomie ein besonders häufiges Vorkommnis; das lässt sich verstehen durch die Umlagerung des Patienten: bei der Operation sucht man durch Hochlagerung der Wirbelsäule die Wundränder recht zum Klaffen zu bringen, während man später zur Naht sie einander zu nähern sucht durch Rücklagerung des Pat.: hierbei kann nun leicht das unliebsame Vorkommnis geschehen.

Discussion:

Meder fragt, warum zur Vermeidung solcher Vorkommnisse das gewissenhafte Zählen der Tupfer verlassen worden, früher als man noch mit Wundschwämmen arbeitete, war eine Person nur mit ihrer Ueberwachung betraut, und es gelang so leicht, sich vor dem «Vergessen» zu schützen.

Greiffenhagen: Mit den Schwämmen war es ein ander Ding: ihrer waren verhältnismässig wenig; aber bis zu 100 Tupfer und mehr so zu übersehen ist höchst schwierig und auch dabei leicht ein Irrtum möglich.

Wistinghausen: Das Zählen der Tupfer hat auch seine Schattenseiten, während des Schliessens der Wunde wird übergezählt; ein Tupfer fehlt; nun werden die Nähte geöffnet, es wird revidiert und während dessen kommt eine Schwester mit dem fehlenden und gefundenen. Hier in diesem Falle glaubt W., der an der Operation teil nahm, dass die Grösse der Wunde das Versehen verursachte.

P. 9. Greiffenhagen demonstriert ein Präparat von Invagination des Dünndarms und abermaliger Invagination dieses Stücks ins Coecum.

Secretär: Haller.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die Studenten der beiden letzten Curse der Militärmedicinischen Akademie in St. Petersburg, die ein Stipendium geniessen, sollen in diesem Jahre während der Sommerferien auf 2 Monate den Militärhospitälern und Lazaretten zucommandiert werden, zwecks practischer Beschäftigung unter Anleitung der Hospitalärzte. Hierbei sollen sie ein Gehalt von 25 Rbl. monatlich und Fahrgelder 2. Classe erhalten.

— Zum Professor der klinischen Chirurgie an der Universität zu Tomsk ist der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. R. Wenglowskij ernannt.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 25. Juni	des 26. Juni	107	53	43	721
» 26. »	» 27. »	124	42	40	758
» 27. »	» 28. »	111	36	36	797
» 28. »	» 29. »	101	47	38	813
» 29. »	» 30. »	77	38	60	792
» 30. »	» 1. Juli	102	43	40	811
» 1. Juli	» 2. »	120	43	48	843

Seit dem Beginn der Epidemie sind 12835 Personen erkrankt, 4909 gestorben und 6778 genesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 20. bis zum 27. Juni.		
St. Petersburg mit den Vorstädten	643 (271)	1944 (675)*)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	141 (60)	321 (116)	27. »
» Archangelsk . .	62 (23)	71 (28)	16. Juni
» Wologda . . .	9 (2)	—	—
» Nowgorod . .	10 (4)	—	—
» Pskow	1	—	—
» Jaroslaw . . .	3 (1)	—	—
» Rjasan . . .	3 (3)	—	—
Stadt Riga	4 (1)	—	—
Gouv. Olonez	1	—	—
Finnland	3	—	—

Wenn auch die «Antipestcommission» den 16. Mai d. J. als den Anfang der Choleraepidemie in St. Petersburg angibt, so muss doch darauf hingewiesen werden, dass eigentlich die Epidemie seit dem Sommer vorigen Jahres gar nicht aufgehört hat und in diesem Jahr weiterherrscht. Die wenigen Tage im Mai dieses Jahres, wo keine Erkrankungen an Cholera registriert wurden, wollen nichts sagen. Der Infectionsstoff war doch in gewissen Herden in der Stadt vorhanden, und sobald die äusseren Bedingungen zur Entwickelung der Keime günstig waren, brach auch die Epidemie von neuem los. Ueber den antisanitären Zustand St. Petersburgs lohnt es nicht ein Wort zu verlieren, er ist Allen hinreichend bekannt. Aber eine Schmach für die Stadtverwaltung (die sogen. gewählte!) ist es und bleibt es, dass die Residenz einen Seuchenherd bildet, aus dem die Infection über das Reich verbreitet wird. So ist in diesem Jahre die Cholera aus Petersburg nach Riga und Finnland und die oben angeführten Gouvernements verschleppt worden.

— Am 27. Juni wurde in Moskau der erste Cholerafall constatiert und zwar handelte es sich um einen Arbeiter, der aus St. Petersburg eingetroffen war. Tage darauf erkrankte auch sein Kamerad unter choleraverdächtigen Symptomen. Ferner sind Choleraerkrankungen constatiert worden in Ssaratow, Dwinsk und im Kreise Bjeshezk (Gouv. Twer).

— Anlässlich der Darwinfeier sind u. a. die Professoren Dr. Schwalbe, Director des anatomischen Instituts in Strassburg und Dr. Verworn, Director des Physiologischen Instituts in Göttingen, zu Ehrendoctoren der Universität zu Cambridge ernannt worden.

— Geheimrat Prof. Dr. W. Ebstein feiert am 11. Juli sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— XVI. Internationaler Medicinischer Congress. Das General-Secretariat des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses wird anfangs Juli den bereits angemeldeten Mitgliedern jene Legitimationen zugehen lassen, deren sie bedürfen, um die von mehreren Eisenbahn- und Schifffahrts-Gesellschaften gewährten Fahrpreis-Ermässigungen in Anspruch nehmen zu können.

Ferner wird ehestens mit der Versendung des ersten Heftes der Sammlung der Referate begonnen, um es den Mitgliedern zu ermöglichen, sich mit Musse für die Discussionen vorzubereiten. Selbstredend erhält jedes Mitglied nur die Referate jener Section, der es angehört.

Bei dieser Gelegenheit empfehlen wir den Congress-Mitgliedern, mit der Vorsorge für ihre Unterkunft während des Congresses in Hotels oder Privatwohnung nicht zu zögern und sich zu diesem Behuf an das Central-Fahrkartenbureau der königl. ungar. Staatsbahnen (Budapest, IV Vigadó-tér 1) zu wenden. Je eher dies geschieht, je leichter und vorteilhafter wird das Fahrkartenbureau allen Anforderungen und Wünschen Rechnung tragen können. Es sei hervorgehoben, dass der Tarif für Hotelzimmer behördlich festgestellt wurde und die im Zweiten Circular angeführten Preissätze für die ganze Woche und nicht für einen Tag gelten. (Man verlange vom Fahrkartenbureau dessen Special-Circular, welches alle Details enthält). Das Executiv-Comité des Congresses widmet der Wohnungsfrage ganz besondere Sorgfalt, da es Gewicht darauf legt, dass die Congress-Mitglieder nach jeder Richtung hin und in vollem Masse befriedigt werden.

Ausser dem grossen Begrüssungsabend werden verschiedene andere Festlichkeiten und ungezwungene Zusammenkünfte zu Ehren der Congressteilnehmer vorbereitet werden. Auch das Damen-Comité hat Verfügungen getroffen, um den Aufenthalt der Frauen und Töchter der Congress-Mitglieder in der Haupt- und Residenzstadt Budapest so angenehm als möglich zu gestalten.

*) Vergl. damit die oben angeführten Zahlen 12000 (5000), die für die ganze Dauer der Epidemie seit dem vorigen Jahre berechnet sind.

— Die vom «Deutschen Centralkomitee für ärztliche Studienreisen» für dieses Jahr zu veranstaltende ärztliche Studienreise beginnt am 3. September in Budapest. Besucht werden: Pystian, Trencin, Siofok, Balaton-Fuered und der Plattensee, Abbazia, Venedig, Genua. Von Genua werden mit dem Doppelschrauben-Reichspostdampfer «Prinz Ludwig» des Norddeutschen Lloyd Algier, Gibraltar, Southampton, Antwerpen besucht. Die Reise endet am 20. September in Hamburg. Der Preis beträgt Mk. 450. Anfragen sind zu richten an das Deutsche Centralkomitee für ärztliche Studienreisen, Berlin N. W., Luisenplatz 2–4, Kaiserin Friedrich-Haus.

— Die Anstalt Dr. von Sohlerns für Magen-, Darm-, Stoffwechsel-, Herz- und Nervenkranke in Bad Kissingen kann in diesem Jahr auf eine 25-jährige Tätigkeit zurückblicken.

Die unter persönlicher Leitung ihres Gründers stehende Anstalt ist das erste auf wissenschaftlich-diätetischer Methode errichtete Institut dieser Art in Bad Kissingen. Dr. v. Sohlern führte 1884 in seinem Sanatorium zuerst eine rationelle, dem Einzelnen angepasste Diät ein, die erst nach vorgenommener innerer Magenuntersuchung verordnet wurde, und setzte dadurch an Stelle der schablonenhaften, sogenannten curgemässen Diät eine wissenschaftlich begründete diätetische Heilmethode.

Die Anstalt erfuhr 1889 eine bedeutende Vergrösserung und in den Jahren 1901 bis 1907 zeitgemässe Verbesserungen, wie Neuschaffung eines Conversationsraumes, Vestibulum, Speisesaales, einer Terrasse für im Freien Liegende etc.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 7. bis zum 13. Juni 1909 763 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 18, Typhus exanthem 4, Febris recurrens 15, Pocken 18, Windpocken 7, Masern 100, Scharlach 42, Diphtherie 51, Cholera 387, acut. Magen-Darmkatarrh 77, an anderen Infectionskrankheiten 44.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11389. Darunter Typhus abdominalis 332, Typhus exanth. 26, Febris recurrens 107, Scharlach 196, Masern 129, Diphtherie 174, Pocken 85, Windpocken 4, Milzbrand 0, Cholera 174, crupöse Pneumonie 141, Tuberculose 429, Influenza 149, Erysipel 110, Keuchhusten 5, Hautkrankheiten 49, Lepra 0, Syphilis 457, venerische Krankheiten 539, acute Erkrankungen 1896, chronische Krankheiten 1435, chirurgische Krankheiten 1337, Geisteskrankheiten 3199, gynäkologische Krankheiten 198, Krankheiten des Wochenbetts 61, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 27.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 902 + 44 Totgeborene + 54 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 2, Pocken 4, Masern 37, Scharlach 17, Diphtherie 15, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 34, katarrhalische Pneumonie 90, Erysipelas 4, Influenza 11, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 28, Dysenterie 2, Cholera 156, Magen-Darmkatarrh 48, andere Magen- und Darmerkrankungen 37, Alcoholismus 3, angeborene Schwäche 44, Marasmus senilis 22, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 249.

— Verbreitung der Cholera. Vom 15. bis zum 22. Mai starben in Calcutta an der Cholera 52 Kranke. In Singapore wurden vom 12. bis zum 19. Mai 8 Erkrankungen und 7 Todesfälle registriert.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien wurden vom 9. bis zum 15. Mai 5239 Erkrankungen und 4578 Todesfälle notiert. — In Aegypten wurden vom 12. bis zum 18. Juni 44 Erkrankungen und 11 Todesfälle registriert. — In Sydney wurden im Mai 2 Pestfälle, von denen einer tötlich verlief, und in Adelaide 1 Pestfall, ebenfalls mit letalem Verlauf, constatiert.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 13. Mai im Küstengebiet Dr. N. Wainbaum, geb. 1840, Arzt seit 1876; 2) in Warschau Dr. C. Wloczewski, geb. 1872, Arzt seit 1897; 3) am 15. Juni in Nowgorod Dr. J. Dobrow, geb. 1829, Arzt seit 1851; 4) in Simferopol der Medicinalinspector Dr. P. Aljantschikow; 5) in Kiel am 20. Juni (3. Juli) Dr. Pfannenstiel, Prof. der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Kiel, im Alter von 47 Jahren an einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 28 St. Petersburg, den 11. (24.) Juli 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber gynäkologische Koeliotomien.

Präsidialvortrag, im Verein St. Petersburger Aerzte am 13. Januar 1909 gehalten

von

Dr. med. A. von Schrenck.

Ordinator der gynäk. Abteilung des evangel. Hospitals in St. Petersburg.

M. H.! Das neue Jahr, in das wir soeben eingetreten sind, hat für die Koeliotomie eine besondere Bedeutung: Ein Jahrhundert ist verflossen seit der ersten, zum Zwecke der Entfernung einer Ovarialcyste, unternommenen Koeliotomie. Die neue Welt war es, die uns diese Operation schenkte, und Mac Dowell aus Virginien derjenige, der im Jahre 1809 zum ersten Male zielbewusst dieselben ausführte. Da ist es Pflicht des Gynäkologen der hochverdienten Jubilarin ein Wort der Huldigung auch im Kreise der weiteren Fachgenossen zu weihen, hat sie doch nach vielfachen Irrfahrten, Misserfolgen und Anfeindungen sich zu einer typischen Operation herausgebildet und damit das höchste Lob errungen, zugleich damit aber auch das Recht auf Interesse weiterer ärztlicher Kreise. War dies ein Grund für mich der ehrenvollen Aufforderung unseres Herrn Präses zum Vortrage an dieser Stelle Folge zu leisten, so geschah es um so lieber, als ich seit Uebernahme der gynäkolog. Abteilung des evangel. Hospitals, seit dem 1. Juli 1906, also seit $2^1/_2$ Jahren in der Lage bin durch grösseres eigenes Material meine Darstellung zu illustrieren und es ist mir dies eine willkommene Gelegenheit vor Ihrem Forum Rechenschaft über mein Tun abzulegen. Das evang. Hospital erfreut sich eines weit über die Grenzen unserer Stadt hinausreichenden wohlverdienten Rufes und da empfinde ich das eben Gesagte umsomehr als Pflicht, als ich nur dessen bewusst bin, dass mit dem Wechsel in der Leitung dieser Abteilung auch ein Wechsel der leitenden Anschauungen stattgefunden hat. Vertrat mein leider zu früh verstorbener Vorgänger, Dr. C. v. Rentelu, mit dem mich Bande der Freundschaft und langjähriger gemeinsamer Arbeit im Evangel. Hospital verbunden hatten, mehr das conservative Princip, so huldige ich einem mehr activen, operativ vorgehenden Principe. Oberster Grundsatz alles ärztlichen Handelns muss es ja sein, eine Heilung im wahren Sinne des Wortes, die restitutio in integrum anzustreben. Wann aber hier die Grenze erreicht ist und das Messer in Action zu treten hat, wird immer mehr oder minder dem subjectiven Ermessen des Einzelnen überlassen bleiben müssen. Gerade an der Hand der Koeliotomie, die durch ihre glänzenden Resultate der letzten Decennien ungeahnte Perspective eröffnete, werde ich imstande sein, Ihnen meinen Standpunct darzulegen, da gerade in diesem Teile der operativen Gynäkologie, dieser noch so jungen Wissenschaft, allgemein gültige, feststehende Principien vielfach noch vermisst werden, daher exspectativ-medicamentöse und activ-operative Behandlungsmethoden sich hier und da noch gegenüberstehn.

Die Koeliotomie, [1]) Die Eröffnung der Bauchhöhle, die κοιλία, zum Zwecke gyn. Operationen, kann durch die Bauchdecken, also auf abdominalem, oder durch Colpotomie, i. e. auf vaginalem Wege geschehen. Der Entwickelungsgang beider Operationsmethoden, der abdominalen und vaginalen, neben einander u. z. T. im Kampfe mit einander ist für den Fachmann von grösstem Interesse und wie wir bei den einzelnen Operationen sehen werden, ist die Wahl des einzuschlagenden Weges auch heute noch nicht allgemein gültig festgestellt.

Die 150 Koeliotomien, die mein Material bilden, sind 101 abdominale und 49 vaginale gewesen, 7 sind von

---

[1]) Anm. Die Bezeichnung Laparotomie ist widersinnig und am Besten ganz fallen zu lassen: λάπαρος heisst weich, τα λάπαρα die Weichen, also die Gegend zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm, die einzige Stelle, an der die Eröffnung der Bauchhöhle zu gynäkologischen Zwecken gerade niemals vorgenommen wird.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

meinem gegenwärtigen Assistenten Herrn Dr. Girgensohn, die übrigen von mir gemacht worden. Ausschliessen will ich aus diesem Material 8 abdominale Probekoeliotomien, die ja nur für den Operateuren von Interesse sind, und nur erwähnen, dass sie hinsichtlich Morbidität und Mortalität normal verliefen.

Ausschliessen will ich auch diejenigen 13 Koeliotomien, die zum Zwecke von Lageverbesserung des Uterus, spec. beim Prolapsus uteri gemacht wurden. Die Prolapsoperationen gehören mit zu den ältesten gynäkol. Operationen und reichen weit ins vorige Jahrhundert zurück. Sie beschränkten sich in den ersten 5 Decennien im Wesentlichen auf das Princip der Verengerung der Vagina und zwar ohne die Lageveränderung des Uterus zu berücksichtigen; dies war der Grund, dass trotz hoher Entwickelungsstufe der operativen Methoden die Dauerresultate unbefriedigende blieben. Erst durch die glänzenden Resultate der Koeliotomie lernten wir auch die Lageveränderung des Uterus auf operativem Wege angreifen und das führte zur Combination der scheidenverengernden Operationen mit den lageverbessernden per Koeliotomiam. So hat sich die Prolapsoperation zu einer Technik emporgearbeitet, wie sie sich kaum noch vollkommener denken lässt, und zu Dauerresultaten geführt, die sich schwerlich werden übertreffen lassen. Sie bietet sowohl in ihrer historischen Entwickelung, als auch in ihrem gegenwärtigen Stande des Interessanten so viel, dass ich mir vorbehalte, Ihnen ein anderes Mal hierüber im Zusammenhange mit meinen Erfahrungen auf dem Gebiete der Prolapsbehandlung Mitteilung zu machen.

Nach dem Gesagten verbleiben 128 Koeliotomien, durch die ich meine Mitteilungen illustrieren will.

Hatte die Koeliotomie schon in den 60-er Jahren des vorigen Jahrhunderts in den Händen einiger weniger Operateure namhafte Resultate aufzuweisen, so hat sie den gewaltigen Aufschwung, den sie in den letzten Decennien genommen und der sie zum Gemeingut Aller gemacht, erst den grossen Entdeckungen Listers, Kochs, Pasteurs in den 70-er Jahren zu verdanken. Lang und mühsam war der Weg, der unter Beteiligung der grössten Forscher in aller Herren Ländern zurückgelegt werden musste, bis die sichere Basis, auf der sie heute steht, gefunden wurde, und was im Jahre 1848 Semmelweis mit genialem Seherblick erkannte, die Asepsis als allendliches Ziel dieses Weges, ist erst ein halbes Jahrhundert später wenigstens im Sinne dieses allgemeingültigen Losungswortes erreicht worden. War nun durch die Lehren der Asepsis der Weg zum Uterus und den Adnexen per Koeliotomiam gebahnt, so taten patholog. Anatomie und Technik in rascher Entwickelung das Ihrige, die intraperitoneale operative Gynäkologie ihrer heutigen hohen Vollendung entgegenzuführen.

Wenn ich Ihnen also ein Bild von dem heutigen Stande der gynäkolog. Koeliotomien entwerfen soll, so werden vor allen Dingen diese eben genannten Momente Gegenstand unserer Betrachtung sein müssen, nämlich die Asepsis, die Technik und die pathologische Anatomie, die ihrerseits wiederum erst zur hochverfeinerten Diagnostik und damit zur richtigen Indicationsstellung für unser operatives Eingreifen führte.

Was nun die **Asepsis** anbetrifft, so ist unsere erste Aufgabe eine Contactinfection des Operationsfeldes zu verhüten. Von allen Dingen, die mit demselben in Berührung kommen, können wir eigentlich nur die Instrumente und das Material, das zu Tupfern, Compressen und zum Verbande benutzt wird, keimfrei machen. Die Instrumente werden in 1%-gen Sodalösung, die durch einströmenden Dampf rasch zum Kochen gebracht wird, 10 Min. lang gekocht; der dazu erforderliche Apparat befindet sich im Operationssaal und ermöglicht auch während der Operation, gelegentlich ein Instrument zu sterilisieren.

Das Material, das zu Tupfern, Compressen und zum Verbande dient, heutzutage wohl allgemein die Marly, wird in Sterilisatoren durch unter starkem Drucke strömenden Dampf von über 100° sterilisiert. Auch dieser Apparat befindet sich im Operationssaal, wie im Evangel. Hospital, oder, wie in manchen neuesten Kliniken, die ich in Deutschland sah, in einem Nebenraume, was manche Vorzüge hat, so namentlich, dass der Operationssaal frei von einströmenden Wasserdämpfen bleibt.

Schwieriger als die Verhütung der Infection durch Instrumente und Tupfer ist schon die Verhütung der Luftinfection. Hatten Lister und seine Zeit der Luftinfection eine zu grosse Bedeutung beigelegt, so wurde sie in der darauf folgenden Periode zu gering eingeschätzt und es ist ein Verdienst erst der neueren Zeit, dieselbe klargestellt zu haben. Flügge, Neisser, Friedrich haben nachgewiesen, dass die Luft in Operationsräumen pathogene Bacterien enthält, die aber in trockenem Zustande ihre Virulenz einbüssen. Während der Streptococcus durch Austrocknung bald ganz zugrunde zu gehen scheint, überdauert der Staphylococcus dieselbe zweifellos und gewinnt seine Virulenz auf feuchtem Nährboden wieder. Dies führte zur Forderung getrennter Operationsräume für reine und unreine Operationen, einer Forderung, der alle modernen Kliniken und Hospitäler nachkommen. Auch der chirurgische Neubau und eine für den Sommer in Aussicht genommene grosse Remonte wird den Operationssaal für septische Operationen in ein anderes Stockwerk verlegen. Das evang. Hosp. hat zwei getrennte Räume hierfür und sucht dieses Princip streng durchzuführen, Da man aber gelegentlich auch bei mutmasslich reinen Koeliotomien auf Eiterprocesse stösst, so ist eine Infection der Luft auch der bestangelegten und -gehaltenen Operationsräume von dieser Seite her immerhin nicht mit völliger Sicherheit auszuschliessen. Allein wir wissen, dass für die Wundinfection die Zahl der Keime von Bedeutung und in gut gehaltenen Räumen keine grosse ist; auch wissen wir durch die Untersuchungen Friedrichs, dass die Bacterien, in trockenem Zustande auf die Wunde gelangt, nicht sofort ihre Virulenz wiedergewinnen, sondern einer gewissen Zeit (etwa 6—8 Stunden) bedürfen, um sich dem neuen Nährboden anzupassen. Diese Dauer des Latenzstadiums genügt den dem tierischen Organismus innewohnenden Schutzvorrichtungen, die in mässiger Anzahl vorhandenen Keime zu vernichten, bevor sie ein Stadium der Proliferation erreicht haben. Hiermit stimmen die Ergebnisse der offenen Wundbehandlung überein. Auf eine wichtigere Form der Luftinfection hat Flügge aufmerksam gemacht, die sog. „Tröpfcheninfection", die, von der groben Verunreinigung durch Schweisstropfen des Operateurs und des Assistenten abgesehen, durch den feinen Sprühregen aus Mund und Nase der Beteiligten beim Sprechen, Niesen und Husten zustande kommt. Die Mund- und Nasenhöhle enthalten oft Staphylococcen und Streptococcen, besonders bei Katarrhen, daher die logische Forderung, Personen mit besagten Katarrhen vom Operationssaal auszuschliessen. Um die Tröpfcheninfection durch das Sprechen zu verhüten, hat Miculicz den Rat erteilt, den Kopf in eine Gazemaske, die nur die Augen freilässt, einzuhüllen, ein Rat, der von allen Gynäkologen mit kleinen Modificationen befolgt wird. Ich benutze, wie auch mein Assistent, die Krönigsche Maske, die Augen und Nase freilässt.

Der dritte Punct zur Verhütung der Contactinfection ist die Desinfection der Haut, sowohl im Bereiche des Operationsfeldes, als auch besonders der Hände des Operateurs und der Assistenz. Dieser Punct ist der bei weitem schwierigste und eine allgemeingültige

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

oder befriedigende Lösung hat er bisher noch nicht gefunden. Das geht aus den zahlreichen Arbeiten hervor — ich zähle allein in der deutschen Literatur für die letzten Jahre ca. 150 über Händedesinfection allein — und nur darin herscht völlige Uebereinstimmung, dass wir Keimfreiheit nicht im bacteriologischen, sondern nur im klinischen Sinne, d. h. möglichste Keimarmut der Haut und besonders der Hände erzielen können. Die Schwierigkeit liegt in der anatomischen Structur der Haut und ihren Wachstumsverhältnissen. Die natürlichen grossen Hautfalten, wie der Nagelfalz und der Unternagelraum, die zahlreichen Haarbälge und Schweissdrüsen bieten den Bacterien sichere Schlupfwinkel und die beständige Abschuppung der oberflächlichen Epidermisschicht, die durch das Wachstum der tiefer gelegenen bedingt wird, erzeugt ein Netzwerk feinster Risse und Capillarräume, aus denen Infectionskeime, im Hautfett eingebettet, mit absoluter Sicherheit nicht zu entfernen sind, weder durch mechanische, noch durch chemische Mittel. Am schlimmsten sind in dieser Beziehung anerkanntermassen kleine Hautabschürfungen und Riss- und Kratzwunden und als wahre Brutstätten pathogener Bacterien zu betrachten. Spielen hier individuelle Verschiedenheiten der Hand eine an sich schon grosse Rolle, indem eine solche mit glatter Haut leichter als eine faltenreiche zu desinficieren sein wird, so wird die Desinfection einer rauhen, gesprungenen, rissigen Hand vollends zur Unmöglichkeit. Hieraus ergibt sich die besonders von Hägler in ganzer Strenge aufgestellte Forderung einer rationellen Handpflege. Ihr genügen zunächst alle hierzu angegebenen Mittel der Kosmetik, wie Lanolinsalben, Honey Jelley u. A. Nach mehrjähriger Erfahrung an meiner schwer zu desinficierenden, weil zarten und leicht aufspringenden, Haut kann ich Ihnen ein Gemenge von Glycerin mit frischem Citronensaft im Verhältnis von ca. 1:8 empfehlen, mit dem die Hände jedesmal nach dem Waschen vor dem Trocknen leicht eingerieben werden. Ein Ueberschuss an Glycerin macht sich durch zurückbleibende Klebrigkeit der Hände unangenehm bemerkbar, daher nicht zu viel Glycerin. Die Wirkung des Citronensafts scheint mir darin zu bestehen, dass dadurch ein rascheres und vollständigeres Abtrocknen der Hände ermöglicht wird, was ich besonders nach Operationen und bei grossen, stundenlang dauerndem Ambulatorium angenehm empfinde. Die Herren Assistenten, die sich dieses Mittels bedienen, werden das Gesagte bestätigen.

Eine weitere Forderung der Handpflege und damit der Asepsis ist die der „Noninfection", d. h. die Forderung eine, wenigstens bewusste, Verunreinigung unserer Hände mit septischem Material zu verhüten. Sahen wir vorhin, dass schon die „Tageshand" sich nicht sicher keimfrei machen lässt, so wird dies vollends zur Unmöglichkeit nach Verunreinigung mit sept. Material. Das bisher als bestes angesehene Mittel zur Erfüllung dieser Forderung der Noninfection sind die von Zoege von Manteuffel i. J. 1895 empfohlenen und von Friedrich [1]) i. J. 1898 in verbesserter Form in die Chirurgie eingeführten Gummihandschuhe und es wird heutzutage wohl kaum ein Gynäkologe eitrige Processe ohne dieses Schutzmittel angreifen. Der Umstand aber, dass den Gummihandschuhen gewisse Nachteile, wie namentlich ihre leichte Zerreisslichkeit, anhaften, hat dazu geführt, nach Ersatzmitteln zu suchen. Das von Döderlein empfohlene Gaudanin, eine Guttaperchalösung, bewährte sich als solches nicht, so sehr es als Hautüberzug des Operationsfeldes namentlich bei abdominalen Koeliotomien zu schätzen ist. Ein besseres Ersatzmittel der Gummihandschuhe scheint in dem von Klapp, Meissner und neuerdings von Herff [1]) warm empfohlenen Krewelschen Chirosoter, einer Lösung verschiedener Wachsarten in Tetrachlorkohlenstoff, gefunden zu sein. Eigene Erfahrungen stehen mir nicht zu Gebote, doch scheint eine Nachprüfung wohl geboten.

[1]) Centralbl. f. Chir. 1898. p. 449.

Nicht immer aber gelingt es, der Forderung der Noninfection zu genügen, und eine unbeabsichtigte Verunreinigung unserer Hände mit septischem Material kann gelegentlich vorkommen. Für solche Fälle wurde die Forderung der Abstinenz von aseptischen Operationen für einen Zeitraum von 2—7 Tagen aufgestellt, indem man hierbei auf den Process der Selbstreinigung der Haut durch die beständige mechanische Oberflächenschuppung und auf den Umstand rechnete, dass die Bacterien „durch die ihnen auf der intacten Haut aufgezwungene saprophytische Lebensweise ihre Virulenz verlieren" (Krönig-Döderlein, p. 18). Abgesehen nun davon, dass für den practischen Arzt der consequenten Durchführung dieses Princips Schwierigkeiten, ja gelegentlich die völlige Unmöglichkeit, entgegenstehen, so sprechen auch gewichtige Tatsachen gegen die Notwendigkeit dieser Forderung. Schon im Jahre 1893 hatte Henke [2]) gefunden, dass eine frisch inficierte Hand leichter keimfrei zu machen ist, als die Tageshand, und es ist ein Verdienst Ahlfelds [3]), dieses auf dem Gebiete der Händedesinfection unermüdlichen Forschers, diese wichtige Tatsache abermals bewiesen und ihre für die Praxis grosse Bedeutung betont zu haben. Es folgt daraus die Forderung, in allen Fällen, wo wir mit septischen Stoffen in Berührung gekommen sind, sich nicht mit einer gewöhnlichen Waschung zu begnügen, sondern eine Desinfection der Hände folgen zu lassen, als ob wir uns vor einer Operation befänden. Eine derartig gehaltene Hand eines Operateurs hat sich nach Ahlfelds Untersuchungen sogar als keimärmer erwiesen als die Tageshand beispielsweise von Frauen, die nichts mit Kranken zu tun hatten. Dass Ahlfeld daher ein Gegner der Abstinenz, ist eine logische Folge und seine Worte, dass „die Anerkennung des Wertes der Abstinenz eine Discreditierung der Händedesinfection" involviert, sind beherzigenswert.

Die Schwierigkeit des Schutzes und das Bewusstsein der nicht absoluten Keimfreiheit unserer Hände führte zu mehr und mehr verstärktem Wundschutz und zu ausgedehnter Einführung der Gummihandschuhe auch für die aseptischen Operationen. Das Für und Wider sie ist allseitig beleuchtet worden, doch hat sich eine Einigung noch nicht erzielen lassen. Abgesehen von der Beeinträchtigung des Tastgefühls, die wohl kaum geleugnet werden kann, der Schlüpfrigkeit und anderer Nachteile der Gummihandschuhe, bedeuten sie bei nicht völlig einwandsfreier vorheriger Händedesinfection geradezu eine Gefahr durch ihre leichte Zerreisslichkeit und den unter ihnen sich allmählich ansammelnden sog. „Handschuhsaft". Letzteres wird auch von den Anhängern derselben zugegeben, und das alles ist für mich bestimmend gewesen, auf ihre Anwendung bei reinen Operationen zu verzichten.

Der schwierigste Punct in der Verhütung der Contactinfection liegt also in der Desinfection der Hände. Das geht auch schon daraus hervor, dass eine allgemein gültige Methode bis hierzu noch nicht gefunden ist. Allgemein anerkannt ist die Wichtigkeit der mechanischen Entfernung der oberflächlichen Epidermisschüppchen, aber schon über das Wie gehen die modernen Anschauungen sehr auseinander: Galt bisher als beste Methode hierzu das Waschen mit Seife und Bürste in möglichst heissem

[1]) Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 487. Juni 1908.
[2]) Ueber d. Desinfection inficierter Hände etc. Inaug. Diss. Tübingen 1893.
[3]) Volkm. Samml. kl. V. N. F. Nr. 492/3. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wasser in Zeit von 10—15 Min., so glauben neueste Untersuchungen und klinische Erfahrungen in der zu starken Aufweichung der tieferen Epidermisschichten einen Nachteil sehen zu müssen, da gerade durch Austrocknung der Haut das Auswandern der Keime aus den tieferen Schichten verhindert werden soll. Es stehen sich also hier zwei Principien diametral gegenüber, das Auswanderungsprincip, wenn ich so sagen darf, und das Einsperrungsprincip, ersteres besonders durch Ahlfeld und seine Anhänger, letzteres namentlich durch v. Herff vertreten. Die Tatsache, das mittelst mechanischer Behandlung die gewünschte Keimfreiheit der Hände nicht zu erzielen ist, führte dazu, Antiseptica in das Desinfectionsverfahren einzufügen, durch welche die aus ihren Schlupfwinkeln durch das Waschen hervorgelockten oder die ev. in ihnen verbliebenen Bacterien abgetötet werden sollten. Unter den zahllosen hierzu versuchten Mitteln hat sich der von Fürbringer empfohlene Alcohol die uneingeschränkteste Anerkennung in allen Parteilagern erworben, wenn auch die Ansichten über seine Wirkungsweise auseinandergehn. Es scheint, dass in dieser Beziehung der Concentrationsgrad das Entscheidende ist: Nach Ahlfeld, Hägler und auch den meisten neueren Autoren, ist absoluter bis 70%iger Alcohol auf trockene Bacterien wirkungslos, da er die Hülle derselben nicht durchdringt, wasserhaltiger dagegen wirkt durch Abgabe seines Wassergehalts an die Hüllen aufquellend und dann erst bactericid. Daraus folgt, dass eine Concentration von unter 70 bis 60 pCt. die geeignetste ist. Einem solchen Alcohol glaubt Ahlfeld aber auch eine erhebliche Tiefenwirkung zuschreiben zu können, sodass bei länger dauernden Operationen, für die die ursprüngliche Keimfreiheit proportional der Dauer verloren geht, wie es Döderlein u. A. nachwiesen, die aus der Tiefe hervorkommenden Bacterien abgetötet und unschädlich sind. Die Furcht, durch zu langes Waschen der Hände das Auswandern der Tiefenkeime zu sehr zu befördern, führte Mikulicz dazu, das Wasser ganz auszuschalten und sich auf die Reinigung mit Seifenspiritus zu beschränken. Das Verfahren hat gute, jedoch noch nicht einheitliche Resultate aufzuweisen. Einen Schritt weiter gehen Schumburg [1]) und v. Herff, indem sie auch die Seife noch ausschalten und eine Schnelldesinfection mit einem Alcoholgemenge empfehlen. Schumburg benutzt eine Mischung von 2 T. Alcohol auf 1 T. Aether mit Zusatz von 1/2 Cpt. Salpetersäure, v. Herff nimmt Azeton an Stelle des Aethers und reibt damit während 4—5 Min. die Hände mittelst Flanelllappen ab. Das Azeton ist nach Herff vermöge seiner fettlösenden Eigenschaft ein vorzüglicher Ersatz für die Seife und wirkt zugleich eintrocknend und härtend auf die Hand, somit die Wirkung des Alcohols wesentlich unterstützend. Dieser Desinfectionsmethode schreibt v. Herff auch eine ausserordentliche Dauerwirkung zu, die sich auf 1—2 Stunden erstreckt und durch Abwaschen der Hände nicht vermindert wird. In neuester Zeit ist von Grossich [2]) ebenfalls die Waschung mit Seife und Wasser ausgeschaltet und für die Desinfection der Haut des Operationsfeldes ausschliesslich das wiederholte Bestreichen mit Jodtinctur empfohlen worden. Letztere wird ja schon seit lange zu diesem Zwecke benutzt, doch legt Grossisch das Schwergewicht auf die Anwendung ohne vorherige Waschung mit Seife und Wasser in Uebereinstimmung mit dem vorhin Gesagten. Auf ähnlichem Principe beruht das von Wederhake [3]) für Hände und Operationsfeld empfohlene Verfahren: Abreiben mittels Tupfer oder Bürste in 1‰igem Tetrachlorkohlenstoff durch 3 Min. und sodann Einreiben einer Dermagummitlösung [1]), ev. mit nachfolg. Bepudern.

Einer Nachprüfung scheinen mir diese Verfahren wohl wert.

Zur Zeit besteht das von mir befolgte Desinfectionsverfahren noch in der auch anderorts üblichen Heisswasser-Seifenwaschung durch 5 Min., Nagelreinigung, abermals Waschen mit weicher Bürste 5 Min. lang und Abtrocknen mit sterilem Handtuch. Auf dieses Abreiben und Trocknen wird von Allen, die dieses Verfahren noch üben, grosses Gewicht gelegt. Dann folgt das Abbürsten in 70 pCt. Alcohol und zum Schluss Abspülen in 1‰ Sublimatlösung. Letztere Procedur erscheint überflüssig, wenn die Alcoholtheorie zu Recht besteht, doch wird sie vielfach noch angewandt, weil man auf die Eigenschaft der Quecksilbersalze, in der Hautoberfläche bactericide Eiweissverbindungen zu bilden, rechnet. Noch besser scheint das Sublamin zu sein, da es weniger reizt und man es in höheren Concentrationen, bis zu 1 pCt., anwenden kann. Diesen Quecksilbersalzen wird auch eine entwicklungshemmende Eigenschaft zugeschrieben, sodass Bacterien, die während der Operation mit Epidermisschüppchen in die Bauchhöhle gelangt sind, einer Proliferation nicht mehr fähig sein sollen.

Sie sehen, m. H., dass das Desinfectionsverfahren ein immer complicierteres geworden ist, bis es im sog. verstärkten Wundschutz, wie ich ihn eben schilderte, seine höchste Entwickelung gefunden hat. Angesichts dessen, dass wir trotzdem eine absolute Keimfreiheit der Wunden nicht erzielen, wäre ein vereinfachtes Verfahren, wie das von Schumburg oder von Herff empfohlene, wenn es die gleichen oder gar bessere Resultate verspricht, durchaus zu versuchen. Ein schwieriges Capitel ist auch die Desinfection der Vagina, die ich ebenfalls nach den eben erörterten Principien mit Seife, Wasser, Alcohol und Sublimat vornehme. Hier kommen uns aber die Schutzkräfte der Vaginalschleimhaut zu Hilfe, die in hohem Grade bei Gravidität, aber auch ausserhalb derselben der Schleimhaut innewohnen.

Haben wir bisher nur die Verhütung der Contactinfection betrachtet, so erübrigt noch eine Besprechung der von Kocher sog. „Implantationsinfection". Hatte die Erstere die Aufgabe, Bacterien von der Wunde fernzuhalten, so muss die Verhütung der Letzteren darin bestehen, den in die Wunde gelangten Keimen den Nährboden zu entziehen.

Aus den Lehren der Chirurgie wissen wir längst, dass ein sog. toter Raum zur Quelle des Misslingens einer Heilung per prim. intentionem wird. Die Erklärung brachte uns die Bacteriologie. Ebenso wie die Blutansammlung im toten Raum wirken Ligaturstümpfe (bes. von Massenligaturen) und imbibitionsfähige Fremdkörper, also vor allem unser Nahtmaterial.

Wir hatten vorhin gesehen, dass in einer frischen Wunde — und das Peritoneum ist als eine grosse Wunde zu betrachten — Schutzkräfte in Action treten und Bacterien, wenn sie in mässiger Menge hineingelangt sind, rasch vernichten. Diese Kräfte nicht zu stören, resp. einer Vermehrung der Bacterien in der Wunde vorzubeugen, muss Aufgabe der operativen Technik sein. Hier gilt es also die alten Lehren der Chirurgie durch möglichst schnelles Operieren, durch Sorge für glatte Schnittflächen, durch exacteste Blutstillung zu befolgen. Das Peritoneum nimmt in dieser Hinsicht noch eine besondere Stellung durch seine erstaunliche Resorptions- und bactericide Kraft ein, die es

[1]) Arch. f. kl. Chir. Bd. 79.1. — D. M. W. 1907 Nr. 41 und 1908 Nr. 8.

[2]) Centrbl. f. Chir. 1908 Nr. 44.

[3]) Med. Klinik 1908. p. 1302.

[1]) 4.0 Parakautschuk in 100 Tetrachlorkohlenstoff gelöst, dazu 0.4 Jod. pur. in 100 Tetrachlorkohlenstoff langsam zugesetzt.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

in höherem Grade als andere Gewebe besitzt. Das Peritoneum ist überall mit Endothel bekleidet, durch welches Flüssigkeiten und feinere Formelemente auf dem Wege der Diffusion und Filtration resorbiert werden. Unter dem Endothel befindet sich eine feine Membrana limitans, die nur im Bereiche des Zwerchfells Stomata aufweist, welche mit daruntergelegenen Lymphspalten communicieren und zur Resorption auch gröberer Formelemente bestimmt sind. Dass die Resorption letzterer nur am Diaphragma stattfindet und wie rasch sie vorsichgeht, ergeht aus dem Experiment, dass chinesische Tusche, in die Bauchhöhle eingeführt, zuerst und zwar nach 5—7 Min. schon in den retrosternalen Lymphdrüsen nachzuweisen ist. Aus dieser wichtigen Rolle, die das Endothel im Zusammenhange mit dem durch die Peristaltik bedingten, nach dem Diaphragma gerichteten Flüssigkeitsstrome führt, erklärt sich einerseits die grosse Toleranz des Peritoneums und die Art seiner Schutzvorrichtung, andererseits die eminente Gefahr, die durch eine rasche Masseneinwanderung von Bacterien und ihrer Toxine droht. Für die Praxis ergibt sich hieraus die Forderung einer grösstmöglichen Schonung des Endothels während der Operation und Vermeidung aller die Peristaltik der Därme beeinträchtigenden Momente. In Bezug auf die erstere Forderung ist zu bemerken, dass nach Walthard besonders Austrocknung das Endothel zu schädigen scheint, daher auch aus diesem Grunde rasches Operieren erwünscht ist. Um eine Austrocknung der Serosa zu verhüten, ist neuerdings eine Berieselung der Därme mit physiolog. Kochsalzlösung oder mit Tavelscher Soda-Kochsalz-Mischung empfohlen worden (Walthard, Sänger, Mikulicz, Fritsch), doch ist es erwiesen, dass diese Lösungen nicht lange steril bleiben, daher auch die Versuche anderer Operateure (Zweifel-Uhlmann) zu ungünstigen Resultaten führten. Ich bediene mich stets trockener Marlycompressen, mit denen ich die Därme gleich nach Eröffnung der Bauchhöhle möglichst sorgfältig bedecke, nach kurzer Zeit haben sie sich mit Serum, welches immer genügend vorhanden ist, reichlich imbibiert und gewähren den erwünschten Schutz.

Wir sahen oben, dass eine weitere Möglichkeit der Implantationsinfection durch das Nahtmaterial gegeben ist. Wenn wir auch Seide und Zwirn, sicher sterilisieren können, so bleibt dies doch immer ein unresorbierbares und imbibitionsfähiges Material, das bei versenkten Nähten zum Nährboden für Bacterien werden kann, sei es nun dass diese bei der Operation mit hineingelangt sind, sei es dass im Blutstrom kreisende Bacterien sich um Nähte od. Ligaturen ansiedeln (Schimmelbusch). Das Imprägnieren des Nahtmaterials mit Antisepticis schützt auf die Dauer nicht sicher davor, abgesehn davon, dass letztere einen nicht indifferenten Reiz für das umliegende Gewebe abgeben. Das Herauseitern von Seidenfäden nach Monaten oder gar Jahren ist ein so grosser Uebelstand, der gelegentlich auch schwerere Folgen, wie Hernienbildung etc. nach sich ziehen kann, dass die Einführung resobierbaren Nahtmaterials, des Catgut, in die gynäkol. Chirurgie als ein grosser Fortschritt bezeichnet werden muss. Das Catgut kann sicher sterilisiert werden entweder durch die von Krönig angegebene Cumolsterilisation im Lautenschlägerschen Apparat oder mittelst Jodlösung in dem Patentverfahren von Billmann. Dieses Cumolcatgut und das Jodcatgut sind die heutzutage am meisten angewandten Sorten. Das fertig sterilisierte Cumolcatgut der Firma Dronke in Köln ist schön, nur teuer und daher für unser Budget nicht geeignet, die Sterilisation selbst sehr mühsam, sodass ich das Jodcatgut vorgezogen und seit $1^1/_2$ Jahren in meiner Abteilung eingeführt habe. Die Sterilisation ist die denkbar einfachste: Das Rohcatgut wird für 4 Tage in die von Billmann aus Mannheim direct bezogene, vorschriftmässig verdünnte Jodlösung hineingelegt und wird in ihr gebrauchsfertig aufbewahrt. Ein verhängnisvolles Versehen, wie etwa bei der complicierten Cumolsterilisation, ist hierbei ausgeschlossen und bei der Operation übriggebliebene Fäden sind nicht unbrauchbar geworden, es ist dies daher auch ein billiges Nahtmaterial. Ein Vorteil vor dem Cumolcatgut ist der, dass es langsamer resorbiert wird und man daher dünnere Sorten verwenden kann. Ich habe mit diesem Jodcatgut nur gute Erfahrungen in jeder Hinsicht gemacht, Asepsis, Zugfestigkeit und Resorbierbarkeit lassen nichts zu wünschen übrig und das Jod wird von allen Geweben, also auch vom Peritoneum, gut vertragen. Zu Hautnähten eignet sich das Jodcatgut ebensowenig wie das Cumolcatgut, hier benutze ich den Aluminiumbronzedraht, dem als ebenfalls nicht imbibitionsfähiges Material das Silkwormgut gleichzusetzen wäre.

M. H.! Ich bin auf den ersten Punct, die Desinfection, näher eingegangen, weil mit ihr die Koeliotomie steht und fällt.

Wir haben jetzt der **Narcose** zu gedenken.

Hat der Gynäkologe dadurch einen grossen Vorteil, dass Frauen leichter zu narcotisieren sind als Männer, so wird dieser Vorteil bei Koeliotomien dadurch leider zum Teil aufgewogen, dass wir hier länger dauernde und besonders tiefe Narcosen nötig haben. Die reine Chloroformnarcose ist ihrer Gefährlichkeit wegen — 1 Todesfall auf 2800 Narcosen — wohl allgemein für die Koeliotomien aufgegeben. Auch ist der degenerative Einfluss des Chloroforms auf das Parenchym einiger Organe (Herz, Niere, Leber) ein grösserer, als bisher vermutet, wie Müller in seiner Narcologie u. A. nachgewiesen haben (s. Literatur daselbst). Ich habe daher dem Aether, für den nur 1 Todesfall auf 5—6000 Narcosen gerechnet wird, den Vorzug gegeben, doch ist die nachteilige Wirkung des Aethers auf die Respirationsorgane, besonders in höherer Concentration, wie sie zur Erreichung des Toleranzstadiums erforderlich ist, ein Uebelstand, dem man dadurch abzuhelfen versucht hat, dass man zur Herbeiführung des Toleranzstadiums ein anderes Narcoticum wählt, doch sind die vielen hierzu empfohlenen Mittel auch nicht ohne Gefahren und Nachteile; so hat z. B. Bromäthyl eine Mortalität von 1:5000, Chloräthyl allerdings nur 1:16000 aufzuweisen, am ungefährlichsten ist das Stickoxydul, das sich nam. in England und Amerika grosser Beliebtheit erfreut, und auch in Deutschland in Krönig einen warmen Fürsprecher gefunden hat. Nach einer Zusammenstellung Dumonts ergaben 200000 Lustgasnarcosen kein Mal ernstliche Störung. Die experimentell festgestellte Tatsache, dass Chloroform und Aether in gleichzeitiger Anwendung eine viel stärkere Wirkung unter Minderung der Nachteile jedes einzelnen entfalten, führte zu den bekannten Mischnarcosen, von denen als die vollkommenste die im Gemenge mit Sauerstoff im Draegerschen Apparate zu bezeichnen ist. Allein die Kostspieligkeit dieses Apparats sowohl, als auch namentlich die einer jeden Narcose steht der Anwendung dieser Methode in unserem Hospitale entgegen, da sie eine Mehrbelastung unseres Budgets um ca. 1000 Rbl. jährlich bedeuten würde. Der Verzicht auf diese Methode wird mir durch den Umstand erleichtert, dass auch sie das besonders für die Koeliotomierten so nachteilige Erbrechen nicht ausschliesst.

Die Nachteile der reinen Inhalationsnarcose veranlassten mich vor 2 Jahren versuchsweise eine der empfohlenen combinierten Narcosen einzuführen und zwar zuerst der Empfehlung Krawkows und Fedorows zu folgen und der Narcose die Verabreichung von Hedonal per os vorauszuschicken: Abends 1 Gr. und

Morgens 1 Stunde vor der Operation 3 Gr. Das Resultat nach 1½-jähriger Erfahrung war, dass für langdauernde Operationen eine Ersparnis am Narcoticum von 30%, sei es Chloroform, sei es Aether, sich ergab und dass auch das Erbrechen während und nach der Operation seltener wurde, jedoch nicht ganz ausblieb. Dieser Methode sind also zweifellos Vorzüge vor der reinen Inhalationsmethode zuzusprechen. Abgegangen bin ich von ihr seit dem letzten Sommer, wo ich an deutschen Kliniken die von Schneiderlin angegebene und besonders von Korff eingeführte subcutane Anwendung von Scopolamin und Morphium als Ganznarcose resp. Unterstützung der Inhalationsnarcose kennen lernte. Bei der Nachprüfung habe ich mich genau an die von Korff gegebenen Vorschriften gehalten und das von der Firma Riedel in Berlin verbesserte Präparat, das Scopomorphin-Riedel benutzt. Meine Resultate fordern zu weiteren Erfahrungen mit dieser Narcose auf. Für kleinere Operationen, wie Abrasio, für plastische, auch bei Vesico-vaginalfistel, genügte die Scopomorphin-Ganznarcose meist, bei Koeliotomien musste meist ein Inhalationsnarcoticum zu Hilfe genommen werden, doch genügten hier oft nur ganz kleine Quantitäten. Ich habe längerdauernde Koeliotomien nach Scopomorphin-Injection mit nachfolgendem Verbrauch von nur 8 Grm. Chloroform ausgeführt. Als vorläufiges Resultat möchte ich Folgendes bezeichnen: Wo Aethernarcose indiciert ist, combiniere ich sie mit Hedonal in obiger Weise, sonst gebe ich Scopomorphin und lasse, wo dies nicht genügt, Chloroform nachfolgen, falls letzteres nicht contraindiciert ist, resp. combiniert mit Aether. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass auch Krönig das Scopomorphin zur Unterstützung der Inhalationsnarcose mittels Drägerschen Apparates warm empfiehlt, jedoch gibt er nur 3 dmg. Scopolamin + 1 cg. Morphin in zweimaliger Dosis, während Korff 4 dmg. Scop. + 1 cg. Morphin in 3-maliger Gabe subcutan injiciert. Die Ganznarcose mittelst Scopomorphin in den von Korff angegebenen Dosen wird von Müller in seiner kürzlich erschienenen Narkologie principiell verworfen, da das Scopolamin als schweres und ungleich wirkendes Herzgift zu betrachten ist, dagegen in kleinen Gaben zur Combination mit der Aether-Chloroform-Sauerstoffnarcose warm empfohlen. Das Scopolamin hat eine stark austrocknende Wirkung auch in kleinen Dosen und paralysiert dadurch die so nachteilige secretionsanregende des Aethers. Neuerdings combiniert auch Krönig in dieser Weise. Endlich hat Letzterer den Scopomorphin-Dämmerschlaf mit der Lumbalanästhesie combiniert warm empfohlen, über welche letztere mir gar keine persönliche Erfahrung zu Gebote steht, vielleicht ist gerade dieses Verfahren die Narcose der Zukunft. Eine grosse Rolle wird aber immer bei jeder Inhalationsnarcose der Narcotiseur spielen. Wer mit Talent, d. h. mit Liebe und Interesse narcotisiert, wird mit relativ wenig Narcoticum die besten Narcosen erzielen.

Als Weg zu den intraperitonealen Teilen der weiblichen Genitalien galt fast durch das ganze vorige Jahrhundert hindurch der mediane Bauchschnitt. Als eine besonders fruchtbringende Errungenschaft in der Technik dieses abdominalen Verfahrens ist die Beckenhochlagerung zu bezeichnen, die wir Trendelenburg seit d. J. 1890 verdanken. Sie erst ermöglicht den vollen Ueberblick über alle Organe des kleinen Beckens und ein ungestörtes Arbeiten an ihnen, dabei gleichzeitig den Därmen die grösstmögliche Schonung gewährend, die noch durch Abdeckung gegen das Operationsfeld hin mittelst steriler Compressen vollends gewährleistet wird. Die Gefahren, welche die Beckenhochlagerung mit sich bringen kann und die durch Circulations- und Atmungsstörungen bedingt werden — es ist acute Dilatation des Herzens beobachtet worden — diese Gefahren wiegen die enormen Vorteile der Beckenhochlagerung nicht auf und es gibt keinen Gynäkologen, der nicht ausgedehnten Gebrauch von ihr macht. Grösser als 45° braucht der Neigungswinkel nicht zu sein und es ist die Dauer selbstredend nur auf das unbedingt notwendige Mass zu beschränken. — Eine weitere grosse Errungenschaft der Technik ist die Entdeckung des vaginalen Weges. Zwar hatten schon Gaillard, Thomas 1870, A. Martin zu Ende der 70er Jahre u. A. hin und wieder den Zugang zum Abdomen per vaginam versucht, doch erst i. J. 1894 hat Dührssen diesen Weg zur Methode erhoben und in die Gynäkologie eingeführt. Er durchschneidet das vordere Scheidengewölbe, schiebt die Blase stumpf nach oben ab und eröffnet dann die sich präsentierende Plica vesicouterina des Peritoneums. Der Zugang zu den Beckenorganen durch diese vordere Kolpokoeliotomie ist ein sehr bequemer und es kann nicht Wunder nehmen, dass diese Methode nicht nur bald Eingang, sondern auch bald eine zu weite Indicationsbreite fand. Technisch leichter und sicherer in Bezug auf etwaige Nebenverletzungen ist der Weg durch das hintere Scheidengewölbe, die Kolpotomia posterior, und für alle diejenigen Fälle indiciert, in denen es sich um Tumoren im Cavum Douglasi und um Eiterungsprocesse handelt, die fast immer durch die hintere Kolpotomie anzugreifen sind. Bei der vaginalen Koeliotomie werden die Beckenorgane sowohl für die tastende Hand, als auch für das Auge besonders unter Zuhilfenahme der Ottschen Beleuchtungsvorrichtungen, in weitgehendem Masse zugänglich und es ist a priori klar, dass eine subintestinale Bauchoperation mehr Garantie für einen glatten Wundverlauf bieten wird als eine abdominale, bei der wir compliciertere Wundverhältnisse schaffen, an den Därmen vorbei manipulieren müssen; dem kleineren Eingriff entspricht bei der vaginalen Operation auch die tatsächlich in jeder Beziehung leichtere und raschere Reconvalescenz. Es lag in diesen Vorzügen das Verführerische, die Indicationen für die Wahl dieses Weges möglichst zu erweitern, umsomehr als der bis dahin geübte mediane Bauchschnitt den grossen Nachteil der nicht seltenen Hernienbildung im Gefolge hat, jedoch darf nicht vergessen werden, dass wir heutzutage die Asepsis zweifelsohne besser beherrschen als zu Ende des vorigen Jahrhunderts, dass wir durch grosse Vervollkommnung der Technik die biologischen Kräfte unserer Kranken heute besser zu schonen wissen als vor 10 Jahren und dass wir im suprasymphysären Fascienquerschnitt Pfannenstiels ein sicheres Verfahren zur Vermeidung von Narbenbrüchen haben. Die Gefahren der abdominalen Koeliotomie sind also heute ungleich geringere, die zahlreichen Anhänger der vaginalen Operation wenden sich wieder mehr und mehr dem abdominalen Verfahren zu und die Indicationen für das eine und für das andere nehmen immer festere, allgemeingültige Grenzen an. Das eigentliche Gebiet für die vaginale Koeliotomie sind die lageverbessernden Operationen des mobilen Uterus, insbesondere die Prolapsoperationen, über die ich mir, wie eingangs erwähnt, einige Mitteilungen vorbehalte, ferner die kleineren uncomplicierten Operationen an den Adnexen, die kleineren Uterusmyome und gutartigen Ovarialcystome, wofern sie keine Verwachsungen in Folge chron. Entzündungsprocesse zeigen. Ist aber letzteres der Fall, so wird die Uebersichtlichkeit, die für uncomplicierte Fälle eine gute ist, eine völlig ungenügende und eine exacte Blutstillung kann zur Unmöglichkeit werden. Eine Vervollkommnung der vaginalen Koeliotomien wurde durch Schuhardt mit seinem paravaginalen Hilfschnitt gebracht: Zwar hatte schon Schröder die seitliche Scheidendammincision empfohlen, doch geht Schuhardt weiter, indem er die Vagina und die Weichteile des Beckenbodens auf der linken Seite den Anus umkreisend bis zum Kreuzbein hin spaltet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die oben bezeichneten complicierten Fälle tritt die abdominale Koeliotomie in ihr Recht, wie auch für alle malignen und die grossen gutartigen Tumoren des Uterus und der Ovarien, für die Tubengravidität und die Peritonitis chron. adhäsiva mit der Retroflexio uteri fixata, vollends endlich für die Fälle, in denen Verdacht auf einen Zusammenhang der Genitalerkrankung mit dem Appendix besteht, auf den wir in neuerer Zeit immer mehr aufmerksam werden.

Dies sind in grossen Umrissen diejenigen Anschauungen, die für mich bei der Wahl des abdominalen oder vaginalen Weges bestimmend gewesen sind. Wenn Operateure wie v. Ott, Strassmann, Abel, auch Schauta mit einer vaginalen Carcinomoperation, fast alles per vaginam angreifen, so stehen sie ganz vereinzelnt da und ich glaube mich mit dem Gesagten mit der Allgemeinheit der Gynäkologen in Uebereinstimmung zu wissen, wie mir das die neuesten Publicationen von Döderlein-Krönig (Lehrbuch II. Aufl. 1907) und Pfannenstiel (Juni 1908) bestätigen. Die von letzterem aufgestellte Abgrenzung der beiden Wege dürfte wohl den Anschauungen der Mehrheit der Gynäkologen kurz und klar Ausdruck geben.

Die für die abdominale Koeliotomie typische Schnittführung war durch das ganze vorige Jahrhundert die mediane in der Linea alba, bis Pfannenstiel im Jahre 1900 die quere Schnittführung durch Haut und Fascie empfahl, für die Eröffnung des Peritoneums blieb die mediane Richtung zwischen den Mm. rectis bestehen. Zwar hatte schon Küstner vor ihm die Haut in querer Richtung durchtrennt, doch liegt der Schwerpunct und der grosse Vorzug gerade in der queren Durchtrennung auch der Fascie, denn sie ist es, die der Entstehung der Narbenhernien den Riegel vorschiebt. Dieser sog. Pfannenstiel'sche suprasymphysäre Fascienquerschnitt ist eine so wesentliche Vervollkommnung der abdominalen Koeliotomie, dass er rasch Eingang fand und heute bei fast allen Gynäkologen sich weitgehender Beliebtheit erfreut. Allerdings stellt er durch die complicierteren Wundverhältnisse an die Asepsis des Operateurs erhöhte Anforderungen, denen eben genügt werden muss, für unreine Fälle eignet er sich daher nicht. Auch ich mache von diesem Schnitte ausgedehnten Gebrauch bei Uterusmyomen und Ovarialkystomen, die für die vaginale Koeliotomie zu gross sind, aber beim abdominalen Verfahren die durch den Fascienquerschnitt immerhin beschränkte Oeffnung, die wir nicht ad libitum erweitern können, noch unzerkleinert passieren; ferner bei allen Tubenschwangerschaften, den chron. Adnexerkrankungen nicht eitriger Natur und der Pelviperitonitis chron. adhäsiva. Auch die Gegend des Appendix wird dabei gut zugängig und ich habe wiederholt die Appendectomie der Operation an den rechten Adnexen angeschlossen ohne den Querschnitt erweitern zu müssen.

Gestatten Sie mir nun einen Blick auf die Haupttypen der gynäkol. Koeliotomien zu werfen.

Die älteste Repräsentantin ist die **Ovariotomie** und ich kann nicht umhin, Ihnen einige historische Daten zu geben. Wie Eingangs erwähnt ist der Vater der Ovariotomie Mc. Dowell in Kentucky im Jahre 1809, dem zwar alsbald einige seiner Landsleute folgten, jedoch war es erst i. J. 1844 W. Atlee, der viel und mit Glück ovariotomierte. In Europa wurde sie erst im Anfang der 40-er Jahre und zwar in England von Ch. Clay in grösserem Masse geübt, in Deutschland um dieselbe Zeit nur vereinzelnt, war doch selbst Dieffenbach ihr Gegner. Am spätesten kam sie nach Frankreich, wo sie erst i. J. 1862 in Koeberle in Strassburg ihren Meister und Förderer fand. In Russland hat sie ebenfalls 1862 durch Krassowsky Eingang gefunden. Den grössten Aufschwung aber nahm sie durch Spencer Wells in London, der von 1858—80 tausend Ovariotomien gemacht hat.—Hinsichtlich der Entwickelung der Technik ist zu bemerken, dass die Behandlung des Stieles die grössten und wichtigsten Umwandlungen erfuhr: Hatte man anfangs denselben meist ligiert und versenkt, so wurde eine wesentliche Verbesserung im Jahre 1841 von Stilling in Kassel empfohlen: Das Princip der extraperitonealen Stielbehandlung, die 1858 durch Hutchinson in der Klammerbehandlung zu allgemeiner Anerkennung gelangte und bis in die antiseptische Zeit hinein dominierte. Die Rückkehr zur intraperitonealen Stielbehandlung wurde dann bald durch die Lehren der Asepsis ermöglicht und damit die Ovariotomie zu der vollends typischen Operation erhoben, als welche sie heute betrachtet werden darf. Mit diesem raschen Aufschwunge der Technik hielt gleichen Schritt die Kenntnis der patholog. Anatomie, um die besonders Pfannenstiel sich ein grosses Verdienst erworben hat; ihr verdanken wir dann weiter die Indicationsstellung für unser klinisches Handeln, sodass dieses Capitel wohl das abgeklärteste und einheilichste der modernen Gynäkologie darstellt.

Die Neoplasmen der Ovarien, das Hauptcontingent der Ovariotomie, sind entweder epithelialer Natur—parenchymatogen, oder desmoider Natur—stromatogen. Die letzteren sind die bei weitem selteneren, die grosse Masse wird durch die verschiedenen, vom Epithel ausgehenden Kystome und die Carcinome repräsentiert. Eine dritte Gruppe bilden die ovulogenen Geschwülste, die Dermoidcysten und Teratome. Ihnen reihen sich die Parovarialcysten an.

Ein grosser Teil der Kystome ist in den ersten Stadien als gutartige Neubildung anzusehn, doch kann bei längerem Bestehen maligne Degeneration eintreten. Wir wissen heute, dass ein grosser Teil der Ovarialcarcinome aus anfangs gutartigen Ovarialcysten entsteht, was klinisch oft garnicht, sondern nur mikroskopisch nachweisbar ist. Es erklärt sich dadurch die grosse Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren, für die ein Procentsatz von 15—20% nachgewiesen worden ist, also jeder 5—6. Ovarialtumor ist malign! Mit der Erkenntnis dieser Tatsache hat sich dann auch unsere Stellung den Ovarialkystomen gegenüber wesentlich geändert: Glaubte man früher bei kleinen, beschwerdefreigetragenden Cysten abwarten zu dürfen, bis durch eintretende Beschwerden die Indication zur Operation gegeben ist, so sind heute alle Gynäkologen darin einig, dass ein jedes Ovarialkystom operiert werden muss und zwar so früh wie möglich, da wir nie wissen können, wann die maligne Degeneration eintritt. Die auch für Sie, m. H., practische Folge hieraus liegt auf der Hand.

Mein Material weist unter 43 Ovariotomien nur 3 Carcinome auf und, was charakteristisch ist, in allen 3 Fällen beiderseitig; die maligne Degeneration mag aber wohl häufiger gewesen sein, leider fehlen mikroskopische Untersuchungen einer jeden exstirpierten Cyste, da das evangel. Hosp. bisher einen ständigen Prosector nicht hatte und das Amt eines solchen erst von dem im Herbst dieses Jahres bevorstehenden 50-jährigen Jubiläum an creiert sein wird.

Auch in anderer Beziehung erweisen sich die gutartigen, und selbst kleinere Ovarialkystome als wenig harmlos durch andere Complicationen, ganz abgesehn von der sie charakterisierenden fast unbegrenzten Wachstumsmöglichkeit. Eine der häufigsten Complicationen ist die Stieltorsion: Entsprechend seinem Bau und seiner ursprünglichen Lage macht jeder Ovarialtumor bei zunehmender Grösse eine regelmässige Torsion von ca. 90°, wie dies von H. W. Freund nachgewiesen wurde (Freundsches Gesetz), und zwar fast immer in bestimmter, d. h. umgekehrter Richtung, wie Küstner

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nachwies im Sinne einer Supinationsbewegung (Küstnersches Gesetz). Ein linkseitiger Tumor dreht sich nach rechts, also nach Art einer Korkenzieherspirale, rechtseitiger nach links. Erreicht die Torsion durch irgendwelche vielleicht mechanische Ursachen einen höheren Grad, so treten die bekannten Stauungserscheinungen unter dem Bilde einer mehr oder minder heftigen Peritonitis ein, es bilden sich Verklebungen, resp. bei längerer Dauer Verwachsungen der Cyste mit allen Nachbarorganen und die Indication zur möglichst baldigen Operation ist gegeben. Die Häufigkeit dieser Complication wird von den verschiedenen Autoren auf 17—38% der Fälle angegeben, in meinem Materiale finde ich 10 Torsionen=23%. In der Häufigkeit dieser Complication allein liegt z. T. die Erklärung für die rel. Seltenheit der vag. Ovariotomie bei mir.

Ueberraschend ist mir in meinem Materiale die Häufigkeit der Dermoidcysten, nämlich 14 unter 43, also 32%, während sie anderwärts auf 7—11% angegeben wird; unter ihnen waren 2 Fälle doppelseitig.

Was die Operation selbst anbetrifft, so habe ich in 6 Fällen den vaginalen Weg und zwar 4 Mal per Kolpotomiam post. gewählt, der bei kleineren Tumoren, die noch direct dem hinteren Scheidengewölbe aufliegen, insofern der kürzere ist, als er einfachere Wundverhältnisse schafft, als der Weg durchs vordere Scheidengewölbe. Den letzteren wählte ich 2 Mal da, wo ich eine vordere Kolporrhaphie anschliessen wollte, hier ist der Weg durch Kolpotomia anterior der indicierte. Dies waren schon i. J. 1906 die mich leitenden Grundsätze und ich freue mich in der neuen Auflage der Operationslehre von Döderlein-Krönig v. J. 1907 folgenden Satz zu finden: „Wir sind überzeugt, dass namentlich der Weg durch das hintere Scheidengewölbe noch viel zu wenig berücksichtigt wird und dass er sich in Zukunft gewiss viel grösserer Beliebtheit und Anwendung erfreuen wird".

Für alle grösseren und die malignen Tumoren bleibt der abdominale Weg der gebotene, den ich 37 Mal einschlug. Als Schnittführung wähle ich jetzt bei kleineren Kystomen und uncomplicierten Verhältnissen die Pfannenstielsche suprasymphysäre, für grössere Kystome, bei denen man immer auf Verwachsungen gefasst sein muss, sowie namentlich bei Stieltorsionen und für maligne Tumoren eignet er sich nicht, hier muss der Längsschnitt zu Recht bestehn und zwar entweder als Medianschnitt oder in der von Lennander angegebenen Modification parallel dem lateralen Rande des M. rectus.

Was nun die Resultate anbetrifft, so habe ich für 43 Ovariotomien *) keinen Todesfall zu verzeichnen. Wenn ich berücksichtige, dass 23% durch Stieltorsion complicierte Operationen waren, 1 Mal in graviditate und 1 Mal mit Pyosalpinx als Nebenbefund bei abdominaler Koeliotomie, so ist das zwar befriedigend, aber noch nicht genügend; auch die Morbidität muss eine möglichst geringe sein: Stichcanaleiterungen kamen in 6 Fällen vor (14%), 1 Mal auch ein kleiner Bauchdeckenabscess; sie stammen alle aus der ersten Zeit, wo ich noch mit Seide nähte, sie sind ausgeblieben, seitdem ich für Ligaturen und versenkte Nähte ausschliesslich Jodcatgut und für die Haut Aluminiumbronzedraht benütze. Damit ist der Beweis erbracht, dass die von mir beobachtete Form der Desinfection unter Verzicht auf den sog. verstärkten Wundschutz auch den strengsten Anforderungen der Asepsis genügt).

Zwei postoperative Pneumonien, am 4. und 14. Tage, sind zu verzeichnen, die ebenfalls aus der ersten Zeit stammen; beide heilten vollkommen aus.

Sahen wir, dass die Ovariotomie in ihrer historischen Entwickelung erst durch die Einführung der Antisepsis den entscheidenden Schritt zu ihrer heutigen Vollendung tat, so lässt sich das von den **Myomoperationen**, denen wir uns nun zuwenden wollen, nicht sagen, hier hat erst die Ueberwindung einer Fülle von technischen Schwierigkeiten, allerdings auf der Basis unserer heutigen Asepsis, zum Siege geführt.

Der Engländer Kimball war der Erste, der i. J. 1853 die Myomoperation planmässig ausführte. Ihm folgte Köberle 1863, aber erst die günstigen Resultate, die Péan von 1873—79 erzielte, gaben den Anstoss zur allgemeinen Aufnahme dieser Operation. In Deutschland waren es Hegar, Martin, Olshausen, Schröder, Zweifel, die sich grosses Verdienst um die Entwickelung der Methoden, die noch z. T. heute massgebend sind, erwarben. Auch hier war es die Behandlung des Uterusstumpfes, wie bei der Ovariotomie die Stielbehandlung, welche als extra- oder intraperitoneale ein schwer zu lösendes Problem darstellte und es nimmt Wunder, dass der i. J. 1881 von Bardenheuer gemachte Vorschlag, das Streitobject in Gestalt des Uterusstumpfes ganz zu entfernen und die Totalexstirpation zu machen, so lange unbeachtet blieb. Erst 10 Jahre später, 1890, gelang es A. Martin, dieser Methode Anerkennung und Eingang in die Praxis zu verschaffen. Ein Concurrent erwuchs ihr alsbald in der vaginalen Uterusexstirpation, die Czerny schon 1878 wegen Uteruscarcinom eingeführt hatte, und die auch heute noch in der von ihm angegebenen Weise bei Hysteromyomectomien, auch von mir, gern geübt wird.

Hatten wir bei den Ovarialtumoren gesehen, dass die Indicationen zur Operation klare, fest umschriebene Formen angenommen haben, só lässt sich das von den in Rede stehenden Myomen des Uterus leider noch nicht sagen. Hier ist dem subjectiven Ermessen des Arztes noch ein weiter Spielraum gelassen und Heinricius hat Recht, wenn er sagt: „Wer viel palliativ behandelt, wird wenig myomotomieren", und vielleicht auch umgekehrt. Das Uterusmyom ist im Gegensatz zum proliferierenden Ovarialkystom eine gutartige Geschwulst; die Furcht vor maligner Degeneration, insbesondere der sarcomatösen (2—3%, bei mir nur 1 Mal), vor der Combination mit Collum- und Corpuscarcinom (1—2%), ist übertrieben worden und die absolute Indication zur Operation durch Necrose, myxomatöse (cystische) Degeneration, Thrombosen und Embolien, Stieltorsion subseröser Myome, ist auch nicht gerade häufig. Vielmehr sind es die Nah- und Fernwirkungen, die viel öfter unser operatives Eingreifen fordern, die Schmerzen, die Blasenbeschwerden und vor allem die Blutungen, gegen die unsere medicamentös-palliative Therapie sich so oft völlig machtlos erweist, die als Menorrhagien und Metrorrhagien zur äussersten Anämie und schliesslich doch zum ultimum refugium, der Operation führen. Unter den Fernwirkungen ist diejenige auf das Herz die ernsteste und häufigste. Wir nennen die Fettdegeneration des Myocards (nach Strassmann und Lehmann 34%), auch die braune Atrophie des Herzmuskels ist uns schon lange als „Myomherz" bekannt und die Herzdilatation ist bei vielen grösseren oder längere Zeit hindurch bestehenden Myomen nach-

*) Im Lehrbuch von Döderlein-Krönig findet sich folgende Mortalitäts-Statistik für die gesamte Ovariotomie: Döderlein 3.5 pCt., Olshausen, Fehling, Fritsch, Spencer Wells 4 pCt., Zweifel 5 pCt. u. s. w., nach Ausscheiden der malignen (18 pCt. Mortalität) haben Döderlein nur 1.3 pCt., Hofmeier 1.45 pCt. Segalowitz stellt aus der Literatur ca. 2000 Ovariotomien für die letzten 10—15 Jahre mit folg. Mortalität zusammen: Gesamt 7.6 pCt., benigne 5.3 pCt., maligne 18 pCt. Für die vaginale Ovariotomie finde ich in demselben Lehrbuch 400 Fälle mit 1 pCt. Mortalität.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weisbar. Nach Strassmanns und nam. Winters [1]) Untersuchungen kann die Anämie zur Dilatation der Herzhöhlen führen, schwere Anämie zur fettigen Degeneration des Herzmuskels, während die braune Atrophie durch starke Reduction des Gesamtorganismus bei grossen Tumoren sich entwickelt. So ernst diese Veränderungen des Herzens aufzufassen sind, so gut ist die Prognose bei rechtzeitiger Operation, ein Grund mehr, den richtigen Moment nicht zu verpassen. Nach den Untersuchungen Winters verschwinden nach der Operation nicht nur Dilatationen der Ventrikel, was ich auch in ein paar eclatanten Fällen gesehen habe, sondern auch „Fettdegeneration und braune Atrophie, welche im Verlauf der Myomkrankheiten auftreten, sind durch rechtzeitige Entfernung des Myoms günstig zu beeinflussen". Auch hierfür könnte ich Ihnen einen charakteristischen Fall aus meinem Materiale anführen. (Demonstration eines Riesentumors v. 10500 Grm. = 26 ℔ russ.). Ferner spielt das Alter der Kranken bei der Indicationsstellung eine sehr wichtige Rolle. Bemerkenswert ist die Tatsache, die sich auch an meinem Materiale bewahrheitet, dass die meisten Myomoperierten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre und 4 noch darüber stehen (bei mir 29 = 70%), d. h. das Myom verlegt den Eintritt der Menopause in eine höhere Altersstufe als normal. Es ist daher häufig falsch, seine Trägerin auf dieses in unbestimmte Ferne gerückte Ereignis zu vertrösten mit der vagen Hoffnung, dass dann auch das Myom allmählich atrophieren wird. Diese allerdings immer wieder zu beobachtende Tatsache gibt aber noch keine Garantie gegen postklimakterisch erneutes rasches Wachstum und postklimakt. Blutungen, beides gefürchtete Ereignisse, weil sie meist Zeichen maligner oder cystischer Degeneration sind. So sehen wir denn die anatomisch gutartigen Myome oft einen klinisch sehr bösen Charakter annehmen und damit ist auch die mehr und mehr operativ vorgehende Stellung der Neuzeit ihnen gegenüber begründet, umsomehr als die hohe Entwickelung der Technik zu guten Heilresultaten geführt hatte. Damit waren wir aber in ein anderes Stadium getreten, in die Kritik der Spätfolgen. Die Tatsache, dass nach Uterusexstirpation auch bei Belassung der Ovarien die unliebsamen Ausfallerscheinungen eintreten können, führte dazu, den für die submucösen Myome gültigen Konservatismus auch auf die interstitiellen auszudehnen. Er hat besonders in Martin, Zweifel und Olshausen gewichtige Fürsprecher gefunden, doh lehnt die Mehrzahl ihn mehr und mehr ab, weil zunächst die Primärresultate wesentlich schlechter sind (Winter) und ferner auch die Dauerresultate insofern ausbleiben, als ein Drittel der Enucleierten die Beschwerden nicht verliert. Endlich ist auch die Multiplicität nicht zu vergessen: Ein interstitielles Myom besteht selten allein und es ist nicht wunderbar, wenn Winter 6—8% Recidive angibt. Da ist es doch sehr misslich, wenn ein Operateur sich von seiner Myomotomierten den Vorwurf gefallen lassen muss, dass er durch falsche Wahl seiner Methode bei einer Operation, die sie notorisch auf immer von ihrem Leiden hätte befreien können, sie zu einer zweiten, nun wohl radicalen veranlasst hat. Eine gewisse Berechtigung hätte die Enucleation nur bei einer jüngeren Frau, die den dringenden Wunsch nach Erhaltung ihrer Fortpflanzungsfähigkeit hat und zwar trotz aller auch damit verknüpften Gefahren (Schwangerschaftsruptur!). Dies sind die Bedenken gewesen, die auch mich veranlasst haben, die Enucleation abzulehnen und nur die Totalexstirpation zu machen.

Wie bei der Ovariotomie haben wir auch hier die Wahl zwischen vaginaler und abdominaler Operation und was ich dort als massgebend für die Entscheidung angab, hat auch hier im Grossen und Ganzen Geltung: In erster Reihe entscheidet die Grösse, und der Rat Veits, die Eindrückbarkeit des Tumors ins kleine Becken zur Richtschnur zu nehmen, ist practisch und ich befolge ihn gern; Tumoren, die sich ins kleine Becken eindrücken lassen, operiere ich per vaginam, Tumoren, die sich nicht mehr eindrücken lassen, abdominal, sie passieren noch gut durch den suprasymphysären Fascienquerschnitt und nur für die ganz grossen, die sog. Riesentumoren ist ein mehr od. minder langer Medianschnitt erforderlich. Eine zweite Vorbedingung für die vaginale Operation ist die Beweglichkeit: Bei Tumoren, die durch eine intraligamentäre Entwickelung wenig beweglich sind, kann die Blutstillung und exacte Vernähung des Geschwulstbettes Schwierigkeiten machen, die nur bei voller Uebersichtlichkeit nach Bauchschnitt und in Beckenhochlagerung gewährleistet wird. Ebenso beeinträchtigen Verwachsungen die Beweglichkeit und contraindicieren die vaginale Methode: Selbst bei guter Beweglichkeit ist es mir beim vaginalen Verfahren passiert, durch chronische Adnexentzündungen mit ihren oft sehr complicierten topographischen Folgezuständen unangenehm überrascht worden zu sein, Complicationen, die bei abdominalem Verfahren hätten spielend überwunden werden können. Abgesehn von der längeren Operationsdauer liegt die Gefahr der Nebenverletzungen in diesen Fällen nahe und es ist, um solchen aus dem Wege zu gehn, gewiss richtig vom vaginalen auf den abdominalen Weg überzugehn. Ich habe dies bisher zwar nie nötig gehabt, doch hatte ich in ein paar Fällen von intraligamentärer resp. subperitonealer Myomentwickelung diesen Modus im vorhinein intendiert und es als sehr practisch empfunden, per vaginam begonnen zu haben und per abdomen zu beenden. Immerhin werden das seltene Fälle sein.

Nach diesen leitenden Gesichtspuncten habe ich 27 vaginale und 16 abdominale Hysteromyomectomien gemacht; das Verhältnis ist also gerade umgekehrt wie bei der Ovariotomie, d. h. die uncomplicierten für die vaginale Operation geeigneten Fälle sind bei den Uterusmyomen viel häufiger als bei den Ovarialkystomen anzutreffen.

Bei der vaginalen Panhysteromyomectomie halte ich mich gern an das noch von Czerny angegebene Verfahren: Die Portio vag. wird breit umschnitten, die Cervix vorn durch Hinaufschieben der Blase und hinten ausgelöst, das Peritoneum vorn und hinten eröffnet und die Parametrien nach Ligierung mittelst Jodcatgut mit der Scheere durchtrennt; lässt sich der Uterus jetzt umkippen, so werden die Ligamenta lata von oben her versorgt, verhindern grössere Tumoren das Umkippen nach vorn, so macht man nach dem Vorgange Doyens die Hemisectio uteri d. h. eine sagittale Spaltung der vorderen oder hinteren Cervixwand so hoch als nötig, um durch Enucleierung oder Morcellement der sich präsentierenden Myome eine Verkleinerung herbeizuführen, bis man den Uterus durch den Wundspalt hindurchziehen kann. Das Morcellement geschieht am besten mittelst Korkenzieher, den man in das Myom einbohrt, und Segondschem Messer. Die Ovarien bleiben, wenn sie gesund sind, zurück. Dann werden Peritoneal- und Vaginalwunde vernäht, wobei ich die Ligamentstümpfe in den seitlichen Wundwinkeln fixiere, dadurch bei weiter Vagina einem Descensus derselben vorbeugend. Auch ist es mir immer ein beruhigendes Gefühl, die Ligamentstümpfe extraperitoneal zu wissen; bei ev. Nachblutung, wie ich das 1 Mal erlebte, liegt der directe Nutzen auf der Hand. Auch Stumpfexsudate habe ich, wohl infolge dessen, nur selten gesehn. Ein anderes Verfahren zur vaginalen Totalexstirpation, das sich gegenwärtig grosser Beliebtheit er-

[1]) G. Winter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 55. 1905.

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

freut und auch von mir mehrfach ausgeübt wurde, ist 1901 von Döderlein angegeben worden. Es beruht auf dem Princip der Medianspaltung des Uterus unter Verzicht auf die präliminare Versorgung der Gefässe. Döderlein spaltet die hintere Cervixwand in sagittaler Richtung; durch Einsetzen von Hakenzangen, successives Medianspalten immer höher hinauf und kräftiges Anziehen wird der Uterus immer tiefer herabgeleitet, bei Durchschneidung der vorderen Cervixwand entweicht die Blase leicht nach oben und es liegen die beiden Uterushälften nun vor der Vulva; jetzt erst erfolgt die Versorgung und Durchtrennung der Ligamente. Nebenverletzungen der Blase und Ureteren sind bei diesem Verfahren noch leichter zu vermeiden, sind mir übrigens auch beim Czernyschen Verfahren nicht passiert. Etwa sich in den Weg stellende Myome können leicht enucleiert werden. Dieses Verfahren ist eine grosse Bereicherung unserer Technik und mir besonders willkommen bei Hysterectomie wegen Metritis.

Die Resultate der 27 vaginalen Panhysteromyomectomien sind zufriedenstellend: Die Morbidität ist eine geringe, es sind 1 Pneumonie am 4. Tage und 1 Venenthrombose des linken Beines am 16. Tage zu verzeichnen, 1 Periomphalitis purulenta ist uns unerklärt geblieben.

Ein Todesfall ist nicht vorgekommen.

Bei der abdominalen Myomoperation treten zwei Verfahren in Concurrenz: Die supravaginale Amputation und die Totalexstirpation. Beide werden in ihren ersten Acten in gleicher Weise ausgeführt: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird mittelst Myombohrer der Uterus herausgeholt, die Lig. lata werden möglichst nahe dem Uterus mit langen Federklemmen abgeklemmt und distal unterbunden und durchschnitten. Die tiefsten Puncte dieser Schnitte werden quer über den Uterus durch einen vorderen und hinteren Schnitt, die nur das Peritoneum durchtrennen, verbunden, zwei Peritoneallappen gebildet und vorn die Blase von der Cervix herabgeschoben. Nun werden auch die seitlichen Parametrien versorgt, die Aa. uterinae aufgesucht und unterbunden und bei der supravaginalen Amputation der Uterus in beliebiger Höhe der Cervix keilförmig abgeschnitten. Von fast allen Operateuren wird geraten, nur einen kleinen Cervixstumpf zurückzulassen, nur Zweifel empfahl denselben möglichst gross zu gestalten, und hat in Rücksicht auf die Spätfolgen ein eigenes Verfahren ausgebildet, um ein Stück Corpussubstanz mit functionsfähiger Schleimhaut zu erhalten; ein wesentlicher, principieller Unterschied liegt hierbei in der Erhaltung der Aa. uterinae und Zweifel hat glänzende Resultate damit erzielt. Unser kleiner Cervixstumpf wird sodann mit Knopfnähten vernäht und mit den vorgebildeten Peritoneallappen übernäht, also retroperitoneal behandelt. Endlich werden auch die Ligamentstümpfe durch fortlaufende Naht mit Peritoneum überdeckt, peritonisiert. Will man die Totalexstirpation machen, so wird nach Abschieben der Blase die Vagina durch einen kleinen Längsschnitt auf ihr hinteres Laquear eröffnet, ringsum von der Portio vag. abgeschnitten und vernäht. Die Operation dauert unter Umständen viel länger und namentlich kann das Auffinden der Vagina Schwierigkeiten machen; da hat mir Krönigs Rat gelegentlich gute Dienste geleistet, auf die hintere Uteruswand einen Medianschnitt bis auf das Cavum uteri zu machen und von hier aus mit der Schere hinunter bis zur Eröffnung der Vagina zu schneiden ganz nach Art der Döderleinschen Medianspaltung von der Vagina aus. — Nach einer mit zunehmender Erfahrung immer schonender und kürzer werdenden Toilette wird zum Schluss die Bauchwunde in 4 isolierten Etagen mittelst fortlaufender Nähte geschlossen, die versenkten mittelst Jodcatgut, die Haut mittelst Aluminiumbronzedraht.

Die beiden Radicaloperationen, supravag. Amputation und Totalexstirpation stehen einander gleichberechtigt gegenüber; im gegebenen Falle werden wohl hauptsächlich die anatomischen Verhältnisse den Ausschlag für die eine oder andere zu geben haben. Aus der Möglichkeit einer späteren Carcinomerkrankung des zurückbleibenden Cervixstumpfes die supravaginale Amputation abzulehnen, ist unberechtigt; abgesehen von der grossen Seltenheit dieser Fälle, ist für einige der beobachteten wahrscheinlich, dass es sich um Fortschreiten eines das Myom complicierenden Corpuscarcinoms handelte. Ich habe anfangs mehr die Totalexstirpation geübt, jetzt wird mir die supravaginale Amputation als verhältnismässig kleiner Eingriff immer sympathischer. Von 16 abdominalen Operationen entfallen 8 auf die Totalexstirpation, 8 auf die supravaginale Amputation. Unter ihnen ist ein Todesfall an Embolie der Pulmonalarterie zu beklagen bei einer Frau, die einige Zeit vorher einen leichten Typhus durchgemacht hatte, aber keine Veränderungen am Herzen aufwies. Sie war angereist und ihre sociale Stellung veranlasste mich, ihren Bitten nachzugeben und die Operation zu machen, obgleich ich sie lieber auf ein halbes Jahr hinausgeschoben hätte. — In Bezug auf Morbidität sind 2 postoperative Pneumonien (1 Pleurapneumonie am 9. resp. 15. Tage und 1 kleiner Lungeninfarct am 20. Tage, der nach 4 Tagen fieberfrei war), 1 Thrombose der linken Schenkelvene und 2 Mal Stichcanaleiterung vorgekommen. Diese Resultate sind also weniger günstig als beim vaginalen Verfahren, was in Anbetracht der viel schwierigeren Fälle nicht Wunder nehmen kann.

Auf 43 radicale Myomoperationen [1]) sind also zu verzeichnen: 1 Todesfall an Embolie der Pulmonalarterie, 3 Pneumonien und 2 Venenthrombosen.

Zur Verhütung von Embolien und Schenkelvenen-Thrombosen, die ja gerade die Myomotomierten bisweilen befallen, ist von Krönig das Frühaufstehn der Operierten, eingeführt worden. Ihm sind Küstner und A. gefolgt, auch ich lasse meine Koeliotomierten, wenn keine Contraindication vorliegt, am 2. Tage für kurze Zeit und jeden Tag etwas länger im Lehnstuhl sitzen und alsbald auch gehen. Nach Krönig ist „die Schenkelvenenthrombose in der Mehrzahl der Fälle durch rein mechanische Momente kurz unterhalb des Poupartschen Bandes bedingt". Hier beginnt sie in der Regel primär und ist nicht als aus den Genitalvenen fortgeleitete zu betrachten. Die Erfolge wird die Zukunft zeigen, Nachteil habe ich nie vom Frühaufstehn gesehn.

Wenn Sie vergleichsweise einen Blick auf meine Ovariotomie und radicalen Myomoperationen werfen, so muss Ihnen die relative Häufigkeit der Ersteren gegenüber den Letzteren auffallen, obgleich die Myome eine viel häufigere Erkrankung als die Ovarialtumoren sind. Es erklärt sich dies nach dem oben Gesagten dadurch, dass ich jeden Ovarialtumor operiere, symptomlos bestehende Myome aber nicht. Der Ovarialtumor muss operiert werden, weil er ein solcher ist, das Myom darf erst operiert werden, sobald es Beschwerden und Schädigung des Gesamtorganismus hervorruft.

Auch die Wahl des Verfahrens ist durch obige Zahlen charakterisiert: Für die Ovariotomie bevorzuge ich den abdominalen, für die radicale Myomoperation den vaginalen Weg.

---

[1]) Im Lehrbuch von Döderlein-Krönig findet sich folgende Mortalitäts-Statistik für die Radicaloperation aus grosser Reihe: vaginal 4 pCt., supravaginale Amputation 5 pCt., Panhysteromyomectomie abdom. 3,5—11 pCt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dies ist in kurzen Werten mein Glaubensbekenntnis in diesen Fragen.

Die vaginale **Hysterectomie** ist dann noch 9 Mal aus anderen Indicationen von mir ausgeführt worden und zwar waren es 1 Mal Metritis cron., 2 Mal Prolapsus uteri totalis und 2 Mal Carcinoma corporis uteri, alle mit gutem Primär- und Dauerresultat. — Hierzu kommen noch 4 Fälle von Portiocarcinom aus der ersten Zeit meiner Tätigkeit, den letzten operierte ich vor $1^1/_2$ Jahren; seitdem nun das erweiterte abdominale Verfahren nach Wertheim soviel bessere Dauerresultate gezeitigt hat, halte ich die vaginale Hysterectomie wegen Portio- und Cervixcarcinom nicht mehr für berechtigt und übe sie nicht mehr; was das von Schauta erweiterte Verfahren bei derselben bringen wird, bleibt abzuwarten. — M. H. Sie sind vor etwas mehr als Jahresfrist durch einen Vortrag des Herrn Collegen Th. Dobbert über den Stand der Frage des Uteruscarcinoms, dieses Schmerzenskindes der modernen operativen Gynäkologie, unterrichtet worden und die Ihnen vorgelegten Präparate werden unvergessen sein. Ich darf daher dieses ganze grosse Capitel aus meinem heutigen Thema ausschalten, umsomehr als die Operabilität unseres Hospitalmaterials in der letzten Zeit gleich Null gewesen ist.

Es folgt die **Graviditas tubaria** mit 14 abdominalen Koeliotomien, von denen 2 hat Herr Dr. Girgensohn gemacht.

M. H., es ist Ihnen öfters über dieses Thema vorgetragen worden und die älteren Herren Collegen haben die ganze moderne Entwickelung dieser Frage, wie sie vom Ende der 80er Jahre ausging, an diesen Vorträgen miterlebt. Ich darf mich daher kurz fassen. Wenn schon in einem relativ kleinen Materiale von 150 Koeliotomien beinahe $10^0/_0$ auf die ectopische Gravidität entfallen, so gibt Ihnen das ein Bild von der Häufigkeit dieses Vorkommens und dementsprechend ist das Krankheitsbild durch eine Reihe verdienstvoller Arbeiten von Kühne, Werth, Füth u. A. zu erwünschten Klarheit ausgestaltet worden. Durch genannte Autoren wissen wir, dass das befruchtete Ei in der Tube andere Entwickelungsbedingungen vorfindet, als im Uterus. In letzterem entwickelt sich alsbald nach der Befruchtung eine mächtige Activität in Gestalt von Zellwucherung — Decidualbildung — zur Aufnahme des Eies bestimmt, der Tube aber fehlt diese zielstrebige Activität, sie ist ein steriler Entwickelungsboden, der keine Decidua producíert und infolge dessen die Schicksale seiner Passivität durchzumachen hat: Die Schleimhaut der Tube überwuchert das Ei nicht, sondern letzteres wächst mit seinen Chorionzotten und deren Langhansschen Zellsäulen in die Tubenwandung hinein, sodass also das Ei nicht im Tubenlumen, sondern in die Muscularis der Tubenwand eingebettet liegt. Durch Wachstum des Eies, dem der Eileiter nicht folgen kann, werden mütterliche Gefässe arrodiert, es kommt zu Blutungen in das Ei und die Folge ist der Fruchttod und die Molenbildung. Dies ist der gewöhnliche Hergang, er macht es klar, warum die Tubengravidität im 2.—3. Monat ihr Ende erreicht und nur in verschwindend seltenen Fällen ausgetragen wird. Nach erfolgtem Fruchttode wächst das Ei in der Regel noch eine zeitlang weiter und durchwächst endlich die Tubenwand. Dies kann auf der Seite des Peritonealüberzuges der Tube, also nach aussen als äusserer Fruchtkapselaufbruch geschehen („Tubenruptur"), oder in das Tubenlumen hinein, also nach innen als innerer Fruchtkapselaufbruch („Tubenabort"). Dieses findet immer unter mehr oder minder heftiger Blutung in die freie Bauchhöhle hinein statt und damit ist in der Regel die Indication für unser operatives Eingreifen gekommen.

Die Diagnose dieses Ereignisses kann in den ersten Stunden schwer sein, das Bild kann einer beginnenden Perforationsperitonitis täuschend ähnlich sein. Unvermutlich einsetzende Schmerzen, Erbrechen, Meteorismus, zunehmender Collaps und immer bedrohlicher werdende Anämie müssen aber, gestützt auf die Anamnese, alsbald auf die richtige Fährte führen, und wenn sich dann auch nach Verlauf einiger Stunden die freie Blutung percutorisch als Flankendämpfung und per vaginam im Cavum Douglasi, oder Coagula als vermehrte Resistenz über dem Scheidengewölbe nachweisen lassen, so ist die Diagnose gesichert.

Für diese Fälle ist die Operation als einzig richtige Therapie allgemein anerkannt.

Nicht immer ist die Blutung gleich eine so bedrohliche; besonders in den Fällen von Tubenabort kann sich um das abdominale Tubenostium eine peritubare oder eine retrouterine Haematocele bilden, die aber auch noch durch erneute Blutungen wachsen resp. zu neuen lebensbedrohlichen Attacken führen kann, sodass auch nach Tagen oder Wochen noch operativ eingeschritten werden muss. Erneut sich die Blutung nicht, so entsteht die Haematocele, die nach den Regeln der Gynäkologie zu behandeln ist und uns hier nicht weiter interessiert.

Für die Operation gelten heute bei der Mehrzahl der Gynäkologen die abdominale Koeliotomie als das Legalverfahren, nur wenige, wie Dührssen, Strassmann, auch neuerdings z. T. Martin, reden der vaginalen das Wort. Wir haben in allen 14 Fällen, in denen es sich 5 Mal um Tubenruptur, 4 Mal um Tubenabort und 5 Mal um Molenbildung handelte, die abdominale Koeliotomie gemacht und zwar 10 Mal nach suprasymphysärem Fascienquerschnitt und nur 2 Mal mittelst Medianschnitt. Ich halte den Pfannenstielschen Schnitt auch für diese Operation für sehr geeignet. Eine Drainage, oder gar tamponierende Drainage habe ich nie nötig gehabt; überhaupt drainiere ich immer seltener die Vagina. — Die Morbidität, war eine geringe, indem nur 1 Mal Erkrankung an Pleuritis am 5. Tage eintrat. Ein Todesfall ist nicht vorgekommen.

Wir kommen zum letzten Capitel unseres Themas, den **Adnexoperationen**, deren ich 19 zu verzeichnen habe, 2 von ihnen sind von Herrn Dr. Girgensohn gemacht worden. Die Indicationen zu ihnen werden durch die hochgradigen Beschwerden und Menstruationsstörungen gegeben, die als Folgezustände von abgelaufenen acuten Infectionsprocessen meist durch Gonococcen, seltener durch septische und saprische Bacterien und durch Tuberkelbacillen, hervorgerufen, die Frauen arbeitsunfähig machen. Wir wissen heute, dass die Prognose der acuten gonorrhoischen Tubenentzündung nicht so verzweifelt ist, wie man früher annahm, es kann vielmehr völlige restitutio und Conceptionsfähigkeit eintreten. Das ist von weitgehender Bedeutung für die Therapie, die für die frischen Fälle wieder eine durchaus conservative und exspectativ-medicamentöse geworden ist.

Wir sehen, dass selbst grosse gonorrhoische Pyosalpingen sich doch noch resorbieren und die Patientinnen, wenn auch in Jahr und Tag, beschwerdefrei werden. Bei einer andern Gruppe von Kranken, besonders der arbeitenden Classe, bleiben die Beschwerden in gewisser Höhe bestehen oder kehren in erneuten Attacken wieder. Es haben sich die chronischen Folgezustände der acuten gonorrhoischen Tubeneiterung ausgebildet, die chron. Pelviperitonitis, die teils zu unmittelbaren Verwachsungen aller Beckenorgane untereinander und mit Darm und Netz, teils zur Bildung ausgedehnter peritonitischer Pseudomembranen führt, die wie ein dichtes Spinngewebe alle Beckenorgane überziehen, degenerierte Ovarien, Saktosalpingen und abgecapselte Ascitesräume

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwischen sich fassend, zwischen ihnen der Uterus oft in fixierter Retroflexio. Diese Fälle widerstreben, in ein gewisses Stadium eingetreten, jeder expectativ-medicamentösen Therapie und hier ist die Indication zur Operation gegeben, die in schweren Fällen und in vorgerückten Jahren in der Entfernung des Uterus mitsamt den Adnexen und zwar vom Abdomen aus zu bestehen haben wird. Bei jüngeren Frauen — und meist handelt es sich leider um solche — verfahre ich conservativ indem ich suche, den Uterus und wenigstens ein Stück eines Ovariums zu erhalten. Zum Schluss der Operation corrigiere ich dann noch die etwa vorhandene Retroflexio mittelst Ventrifixur nach Olshausen oder Menge. Mit den Dauerresultaten kann ich bei der Kürze der Zeit zufrieden sein, die primären Heilungsresultate sind gute. Einen Todesfall haben wir nicht zu verzeichnen. — An postoperativen Erkrankungen sind 1 Schenkelvenenthrombose und 1 Pelviperitonitis vorgekommen. Ich lege Ihnen die Temperaturcurven vor, damit sie sich von dem günstigen Morbiditätsverhältnisse überzeugen können. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass unter ihnen sich 3 Fälle von Tuberculose der Adnexe befinden.

M. H., die Adnexoperationen zähle ich zu den allerschwierigsten, die topographischen Verhältnisse sind meist so veränderte, dass es oft grosse Mühe kostet, sich zurecht zu finden. Es sind dadurch 2 Mal Nebenverletzungen passiert: 1 Mal wurde die Blase in ihrem peritonealen Teile, wo sie mit der vorderen Corpuswand verwachsen war, auf 1½ Ctm. eingeschnitten; die Verletzung wurde mit Lemfertnähten geschlossen und heilte unter Verweilkatheter ohne Zwischenfall. Das andere Mal wurde der rechte Ureter bei ganz atypischem Verlauf durchschnitten, er konnte, da die Verletzung zu weit von der Blase passiert war, um noch eine Implantation zu gestatten, nach d'Antona-Robson per invaginationem des centralen in das periphere Ende vernäht werden und heilte ebenfalls anstandslos.

M. H., fasse ich nun zum Schluss die Gesamtresultate in kurze Worte, so habe ich für 128 Koeliotomien zu verzeichnen:

1 Todesfall an Embolie der A. pulmonalis.
5 postoperative Pneumonien 5%.
1 Pleuritis 5%.
3 Schenkelvenenthrombosen (2,3%).
1 Pelveoperitonitis.

Postoperativer Ulcus ist kein Mal vorgekommen. Allen Patientinnen gebe ich an den zwei vorhergehenden Tagen Ricinusöl, in letzter Zeit nur 1 Mal zwei Tage vor der Operation. Im Hinblick auf ev. Collision mit dem Darme ist es doch sehr erwünscht, immer auf ein leeres Darmrohr rechnen zu können und bei Verabreichung des Laxans 2 Tage vor der Operation hat der Darm Zeit sich von der, der Laxanswirkung folgenden Parese zu erholen. Nach der Operation bin ich mit der Darreichung von Morphium äusserst sparsam, gebe lieber Codeïn subcutan, und lasse meine Kranken lieber einen Tag Schmerzen aushalten, als dass ich sie der Gefahr eines postop. paralytischen Ileus aussetze. Der septischen Form dieses paralytischen Ileus suche ich nach dem im I. Teile Gesagten durch Einhalten strengster Asepsis vorzubeugen. Die Peristaltik rege ich nach der Operation frühzeitig durch den ins Rectum eingelegten Gummischlauch und durch Einlauf an. Endlich legt jeder Gynäkologe grosses Gewicht auf möglichst vollkommenes Peritonisieren aller Ligaturstümpfe und eröffneten Bindegewebsräume, dadurch Verklebungen mit Darmschlingen (insbesondere der letzten Ileumschlinge) und der daraus erwachsenden Gefahr des mechanischen Ileus vorbeugend. Diesen Umständen haben wir es wohl zu verdanken, dass dieses gefürchtete Ereignis kein Mal vorgekommen ist.

Referat.

Dr. A. Theilhaber. Blutungen und Ausfluss aus dem Uterus. München 1909. Ernst Reinhardt. Preis 2 M. 50 Pf.

Uterusblutungen kommen nicht nur bei Erkrankungen der Gebärmutter, sondern auch bei Erkrankungen des Perimetriums, der Ovarien, Tuben, des Beckenzellgewebes und anderer ferner gelegenen Organe vor. Verf. ist daher in der Lage, seine Erfahrungen aus dem ganzen Gebiete der Gynäkologie dem Leser vorzulegen, aus denen wir das Wichtigste hervorheben wollen. Um die Beteiligung des Mesometriums bei der Entstehung von Uterusblutungen klarzustellen, studierte Verf. zunächst die physiologischen Variationen im Bau des normalen Uterus, wie sie durch Alter, Individualität und Benutzung der Organe bedingt werden. Im kindlichen Alter besteht kaum ein Drittel des Mesometriums aus Muskulatur. Der Uterusmuskel erreicht seine volle Entwickelung erst gegen das 20. Lebensjahr und bildet dann das ⅔ des Mesometriums. Nach jeder Geburt bleibt der Uterus etwas grösser als vorher, weil das in der Schwangerschaft neugebildete Bindegewebe sich nicht so vollständig zurückbildet, wie die neugebildete Muskulatur. Schon einige Jahre vor dem Klimacterium beginnt die Muskulatur zu atrophieren. Diese Atrophie nimmt allmählich zu, und in den sechziger Jahren ist die Muskulatur ebenso spärlich wie beim Kinde; umgekehrt ist das Bindegewebe ebenso reichlich und die Lumina der Gefässe ebenso weit wie beim Kinde, bei welchen die Gefässwandungen durch die Arteriitis obliterans hochgradig verdickt sind. In der Regel geht die Weite der Uterusgefässe parallel der Stärke der Muskulatur. Der normale Uterus befindet sich im Zustande einer mittleren Contraction. Er kann aber sowohl erschlaffen als sich fester contrahieren. Kurz vor und während der Menstruation ist er gross, schlaff und hyperämisch; er contrahiert sich aber von Zeit zu Zeit, was zur vollständigen Beseitigung der menstruellen Hyperämie und Blutung notwendig ist. Fehlen diese Contractionen, so kommt es zu einer chronischen Hyperämie des Organes mit oder ohne Oedem und zu lang dauernden Menorrhagien. Der Uterus contrahiert sich aber nicht nur während des Wochenbettes und der Menstruation, sondern auch während des ganzen Lebens, nur dann in schwächerem Masse, was für die normale Blutcirculation im Uterus nötig ist. Dauert bei ungenügenden Contractionen die venöse Stase im Uterus länger an, so ist Ueberernährung und Hyperplasie die Folge (gewöhnlich Metritis oder chronischer Uterusinfarct genannt). Die Stärke der Uteruscontractionen muss proportional sein der Weite der Blutgefässe. Ein schlecht entwickelter Muskel genügt seinen Aufgaben bei engen Gefässen; bei stark entwickelten Spermaticae und Uterinae und schwach entwickeltem Uterusmuskel entsteht das Krankheitsbild der Insufficientia uteri, das mit Blutungen einhergeht, wofür Verf. als Belege Krankengeschichten anführt. Excesse a venere, üppige Lebensweise rufen gleichfalls Hyperämien hervor, die bei schlecht entwickelter Muskulatur zu Oedem, überreichlicher Ernährung und zur Hyperplasie des Uterus führen. Die anatomische Untersuchung derartig hyperplastischer Uteri, welche wegen starker Blutungen exstirpiert waren, ergaben normale Schleimhaut, Hyperplasie des Mesometriums und Hyperämie des Uterus. Die Blutungen waren also die Folge der Muskelinsufficienz. Verf. schlägt für dieses Krankheitsbild, das seit Scanzoni als chron. Metritis bezeichnet wird, den Namen diffuse Uterushyperplasie vor. Weiter kommen Blutungen vor infolge von Insufficientia uteri postpuerperalis: ungenügende Contractionen der Uterusmuskulatur im Wochenbett, mangelhafte Rückbildung der Gefässe, Stase und consecutive Hyperplasie des Organs. Eine dritte Form von Uterusinsufficienz bezeichnet Verf. als «Adnexuterus»; sie wird bei schweren acuten und subacuten Erkrankungen der Tuben und des Beckenperitoneums beobachtet und kann nach Ablauf der primären Erkrankung am Uterus eine Restitutio ad integrum eintreten. Die Ursache des Adnexuterus ist eine collaterale Hyperämie mit nachfolgendem Oedem des Parenchyms. Aehnlich erklären sich die Blutungen bei Tubenmolen (Abortus tubarius). Eine vierte Form von Blutungen durch Uterusinsufficienz bezeichnet Verf. als Myofibrosis uteri, die kurz vor dem Klimacterium beobachtet werden, und wobei es sich um eine Abnahme der Muskulatur und Zunahme von Bindegewebe handelt. Die Folge davon sind

Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

venöse Stase und consecutive Menorrhagien; hierbei ist keine Volumenzunahme des Uterus (wie bei der diffusen Uterushyperplasie) vorhanden. Solche Uteri findet man in den 40-er Jahren, die rufen die sogen. «klimacterischen Blutungen» hervor. Das Cavum uteri ist weit und die Gebärmutter reagiert schlecht auf Reizungen; an den äusseren Genitalien und der Vagina findet man häufig gleichzeitig Anzeichen von regressiver Metamorphose. Einige Autoren glauben die Ursache dieser Blutungen in der Atheromatose der Gefässe zu sehen, Verf. glaubt aber, dass nur dann Menorrhagien auftreten, wenn die Insufficienz der Uterusmuskeln bereits vorhanden, die Gefässe aber noch nicht obliteriert sind. Eine 5. Form von Uterusinsufficienz bei kleinem Uterus findet sich bei jungen Mädchen und Frauen bei Chlorose. Bekanntlich ist in der Mehrzahl der Fälle die Menstruation bei Chlorose schwach, in der Minderzahl der Fälle erklären sich die Blutungen in folgender Weise: Infolge der Chlorose schlechte Entwickelung der Uterusmuskulatur; von der Pubertät an häufig sexuelle Reizungen, daher Hyperämie und Uterusinsufficienz. Die 6. Form der Uterusinsufficienz ist die Hypoplasia muscularis uteri (Métrite des vierges der Franzosen, in Deutschland «essentielle Blutungen» genannt). Anfangs ist der Uterus klein und unentwickelt, dauern aber die Blutungen viele Jahre, so ist der Uterus vergrössert und verdickt. Die Ursache der Blutungen ist darin zu suchen, dass die Entwickelung der Gefässe in rascherem Tempo erfolgt als die der Muskeln. Erstere findet statt infolge von Onanie; auch reichliche gewürzte Kost, üppige Lebensweise, reichlicher Fleischgenuss, Kaffee, Tee und Alcohol veranlassen die locale Hyperämie der Genitalien durch Steigerung des Blutdruckes. Hier helfen Alcoholabstinenz und vegetarische Diät.

Die Blutungen bei Uterusmyomen werden nach den Untersuchungen des Verf. nicht durch eine Hyperplasie der Schleimhaut hervorgerufen, wie viele Autoren annehmen. Die vorhandenen Schleimhautbefunde erklärt Verf. durch die physiologischen Variationen und das Alter der Pat. Das Endometrium der blutenden myomatösen Uteri unterscheidet sich nicht von dem der nicht blutenden. Die Zunahme des Volumens des Mesometriums musste bei nicht blutenden myomatösen Uteri auf das Muskelgewebe bezogen werden, während bei blutenden Myomen eine Myofibrosis uteri nachzuweisen war. In letzterem Falle muss es bei der gewöhnlich reichen Entwickelung von Gefässen im myomatösen Uterus zu Blutungen kommen.

Endometritis macht nach Th. keine Blutungen, wohl aber kommen solche bei Schleimhautpolypen, Carcinomen und Sarcomen der Schleimhaut vor.

Die Rolle der Uterusgefässe bei den Blutungen ist bereits erwähnt. Atheromatose derselben ruft keine Metrorrhagien hervor. Die so häufige Endarteriitis ist als functionelle Anpassung aufzufassen und als physiologisch anzusehen. Die sogenannte Apoplexia uteri entsteht als hämorrhagische Infarcierung und ist eine agonale resp. praagonale Erscheinung.

Die Blutungen bei Processen in Ovarien und den Tuben erklärt Verf. nicht als Folge von Reizen (Reflexen) von Seiten dieser Organe, sondern durch Hyperämie (cf. «Adnexuterus»). Ebenso rufen Beckenexsudate Blutungen durch venöse Stauung hervor. Blutungen durch Stauung entstehen noch bei Lebererkrankungen und uncompensierten Herzfehlern.

Psychische Erregungen rufen häufig Blutungen und Fluor hervor durch Vermittelung der Gefässnerven, deren Centrum im verlängerten Mark sich befindet und in Verbindung mit dem Grosshirn steht.

Blutungen bei Lageveränderungen erkennt Verf. nicht an, dagegen kommen solche infolge hochgradiger geschlechtlicher Erregung und bei Badecuren vor.

Bei der Entstehung des Ausflusses spielen Drüsenhyperplasien keine Rolle, letztere sind vielmehr als prämenstruelle physiologische Erscheinungen zu deuten. Diese glanduläre Form von Endometritis ist also fallen zu lassen. Auch die Gonorrhoe macht keine Drüsenhypertrophie. Bei der Entzündung der Uterusschleimhaut findet sich dagegen stets Eiter in der Uterushöhle (Rundzellen und Polynucleare). Die häufigste Ursache der chron. Endometritis ist die gonorrhoische Infection. Die normale Absonderung von Schleim wird durch jede Hyperämie der Genitalien vermehrt. Pathologischer Ausfluss findet sich nach einem Puerperium oder bei Gonorrhoe. Das Secret ist zunächst eitrig, wird danach schleimig-eitrig und zuletzt schleimig. Die Absonderung ist nicht allein cervicalen Ursprungs, meist ist auch das Corpus uteri inficiert. Schmerzen sind ein Zeichen des Uebergreifens der Gonorrhoe auf die Tuben und das Perimetrium.

Die Behandlung der Blutungen und des Ausflusses soll natürlich die Aetiologie berücksichtigen. Ausschabungen werden nur bei Adenomen oder Polypen der Corpusschleimhaut gemacht. Bei Blutungen infolge von venöser Hyperämie helfen dazwischen Scarificationen (alle 3—4 Tage 1—2 Esslöffel Blut). Ebenso wirksam sind kühle Sitzbäder (25° C. —10 Min). Die acute Gonorrhoe ist exspectativ zu behandeln: im chronischen Stadium sind Dilatationen und Spülungen anzuwenden.

W. Beckmann.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die achte Internationale Tuberculose-Conferenz wurde am 8. Juli n. St. in Stockholm im Gebäude des Reichstags eröffnet. Das Präsidium hatte M. Bourgeois-Paris inne. Die Prinzen Carl und Eugen und die Prinzessin Ingeborg waren zugegen. Alle Nationen hatten Delegierte geschickt. Das Thema der Beratungen der Conferenz bildeten Fragen betr. die Massregeln der Verhütung der Tuberculose, die Freiluftbehandlung und die Tuberculininjectionen. Die nächste Conferenz soll in Brüssel stattfinden.

— Die IV. Generalversammlung der Internationalen Vereinigung der medicinischen Presse findet am 27. und 28. August, kurz vor dem Zusammentritt des XVI. Internationalen medicinischen Congresses, in Buda-Pest unter dem Vorsitz von Prof. Posner-Berlin statt. Die Sitzungen werden in dem Gebäude der Akademie der Wissenschaften abgehalten werden. Anmeldungen sind zu richten an den Generalsecretär, Dr. Raoul Blondel, Paris, 103 Boulevard Haussmann.

— An der Universität Rostock sollen jetzt Frauen unter denselben Bedingungen wie Männer zur Immatriculation zugelassen werden, mit Ausnahme von verheirateten Frauen.

— Die dritte Norman Kerr-Vorlesung der Gesellschaft zum Studium der Trunksucht (Society for the Study of Inebriety) in London wird am 20. Juli von Dr. Laitinen, Professor der Hygiene und Director des Hygienischen Instituts in Helsingfors gehalten werden. Das Thema lautet: der Einfluss des Alcohols auf die Immunität.

— Aus Anlass des 300-jährigen Jubiläums der Universität Genf wurden zu Ehrendoctoren der medicinischen Facultät ernannt: Madame Curie-Paris, Lord Lister-London und Prof. Haukel-Jena.

— Für die im Anschluss an den internationalen medicinischen Congress in Budapest stattfindende ärztliche Studienreise nach Pystian, Trenczin, Siofok, Balaton-Fuered, Abbazia, Venedig, Genua, Algier, Gibraltar, Southampton, Antwerpen, Brüssel, Hamburg, sind so zahlreiche Anmeldungen eingetroffen, dass die Teilnehmerliste baldigst geschlossen werden wird. Anmeldungen für die noch verfügbaren Plätze sind umgehend an das Centralcomitee für ärztliche Studienreisen, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4, zu richten.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 14. bis zum 20. Juni 1909 927 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 23, Typhus exanthem. 3, Febris recurrens 10, Pocken 16, Windpocken 4, Masern 93, Scharlach 52, Diphtherie 58, Cholera 464, acut. Magen-Darmkatarrh 155, an anderen Infectionskrankheiten 49.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11401. Darunter Typhus abdominalis 319, Typhus exanth. 22, Febris recurrens 78, Scharlach 214, Masern 108, Diphtherie 183, Pocken 83, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 624, crupöse Pneumonie 124, Tuberculose 408, Influenza 158, Erysipel 115, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 47, Lepra 0, Syphilis 451, venerische Krankheiten 317, acute Erkrankungen 1906, chronische Krankheiten 1367, chirurgische Krankheiten 1345, Geisteskrankheiten 2200, gynäkologische Krankheiten 214, Krankheiten des Wochenbetts 71, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 39.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 963 + 48 Totgeborene + 44 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 4, Masern 40, Scharlach 12, Diphtherie 14, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 31, katarrhalische Pneumonie 83, Erysipelas 3. Influenza 5, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 4, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 211, Magen-Darmkatarrh 82, andere Magen- und Darmerkrankungen 38, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 25, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 220.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 2. Juli	des 3. Juli	102	34	45	857
» 3. »	» 4. »	101	31	51	876
» 4. »	» 5. »	81	40	49	868
» 5. »	» 6. »	68	36	48	852
» 6. »	» 7. »	84	36	55	845
» 7. »	» 8. »	69	34	40	841
» 8. »	» 9. »	52	31	62	799

Seit dem Beginn der Epidemie sind 13391 Personen erkrankt, 5152 gestorben und 7440 genesen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 28. Juni bis 4. Juli.		
St. Petersburg mit den Vorstädten	714 (272)	2658 (947)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	106 (44)	454 (170)	27. »
» Archangelsk . .	136 (71)	198 (94)	16. Juni
» Wologda . . .	90 (40)	99 (42)	23. »
Gouv. Olonez	5 (3)	—	—
» Nowgorod . .	23 (10)	34 (16)	9. »
» Pskow	8 (8)	—	—
Stadt Witebsk. . . .	2 (—)	—	—
Gouv. Wilna	1 (1)	—	—
» Kurland . . .	8 (2)	—	—
» Livland. . . .	7 (6)	—	—
Stadt Moskau	4 (—)	—	—
» Wjatka. . . .	1 (1)	—	—
Gouv. Rjasan	21 (8)	—	—
Stadt Ssimbirsk . . .	2 (—)	—	—
Finnland	2 (—)	—	—

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 23. bis zum 29. Mai 65 Personen an der Cholera. in Singapore vom 20. bis zum 23. Mai 2 Personen.

— Verbreitung der Pest.		Erkrankten.	Starben.
Britisch-Indien	16.—29. Mai	6920	5933
Honkong	9.—22. »	19	15
Aegypten	19.—25. Juni	48	6
Persien (Bahrein)	3.—10. »	2	2
Deutsch-Ostafrika (Muansa)	30. April —22. Mai		12

Zur Bekämpfung der Pest an letzterem Ort sind 6 Stationen errichtet und eine energische Vertilgung der Ratten ist in Angriff genommen. Unter den Einwohnern werden Rattenfallen verteilt und für die Einlieferung von Ratten sind Belohnungen ausgesetzt.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 14. Mai in Moskau Georgi Pribytkoff, geb. 1857. Arzt seit 1884. 2) Am 16. Juni in Spassk, im Gouvernement Rjasan, der Assistent der therapeutischen Klinik der Moskauer Universität Peter Alissow, geb. 1875, Arzt seit 1899. 3) In Rjashsk an Flecktyphus der Landarzt Wladimir Wssewolodow geb. 1871, Arzt seit 1899. 4) In Wlozlaw Meczieslaw Gruel geb. 1846, Arzt seit 1869. 5) Dr. Bondet, Prof. der Klinischen Medicin an der Universität zu Lyon und Mitglied der Akademie zu Paris. 6) Dr. George A. Maconachie, Docent für Tropenkrankheiten an der Universität zu Aberdeen. 7) Dr. Justin Steer, Prof. der Medicin an der Washington-Universität zu St. Louis.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Victor Ottmann. Der Amateurphotograph auf Reisen. Verlag von Emil Wünsche. Reick bei Dresden. 1909. Preis 1 M.

Wenzel und Paech. Photograph. Reisehandbuch. Verlag von Gustav Schmidt. Berlin. 1909.

Jankau. Taschenbuch für Ohren- Nasen- Rachen- Halsärzte. XI. Ausgabe. Verlag Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Jankau. Taschenbuch für Frauenärzte und Geburtshelfer. III. Ausg. Verlag Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Jankau. Taschenbuch für Augenärzte. IV. Ausg. Verlag Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Jankau. Taschenbuch für Chirurgen und Orthopäden. III. Ausg. Verlag Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. IV. B. I. H. Verlag Carl Marhold. Halle. 1909.

Lechner. Klinische Formen der Schlaflosigkeit. Verlag Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909. Preis 2 M. 50 Pf.

Eschweiler. Stauungshyperämie nach Bier in der Ohrenheilkunde. Verlag Vogel. Leipzig. 1909. Preis 3 M.

Orlowski. Die Schönheitspflege. Verlag Kabitsch. Würzburg. 1909. Preis 2 M. 50 Pf.

Hermann. Ein Beitrag zur Ernährungsfrage. Verlag Bruhns. Riga. 1909.

Schmidt. Diagnose und Therapie chronischer Diarrhöen. (Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, herausgeg. v. Prof. Dr. Albu—Berlin. II. B. H. 1.) Verlag Marhold—Halle. 1909. Pr. 1 M.

Widmark. Mitteilungen a. d. Augenklinik d. Carolina Medico-Chirurg. Instituts zu Stockholm. X. H. Verlag Fischer—Jena. 1909.

Gaupp. Ueber Rechtshändigkeit des Menschen. Verlag Fischer—Jena. 1909.

Harting. Optisches Hilfsbuch für Photographierende. Verlag Schmidt—Berlin. 1909.

Martin. Pflege u. Ernährung der jungen Mutter. (Fragen des Lebens 2.) Verlag für Volkshygiene u. Medicin. G. m. b. H. Berlin. 1909. Preis 30 Pf.

Meissner. Hygienische Grausamkeiten gegen Kinder. (Fragen des Lebens 3.) Verlag f. Volkshygiene u. Medicin. G. m. b. H. Berlin. 1909. Preis 50 Pf.

Engel. Grundzüge ärztl. Mitwirkung bei Ausführung der staatlichen Unfallversicherungsgesetze. (Abdruck aus d. klinisch. Jahrbuch XXI. B.) Verlag Fischer—Jena. 1909.

Baumstark. Einfluss der Mineralwässer auf Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. (Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Gebietes d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. I. B. H. 8.) Verlag Marhold—Halle. 1909. Preis M. 1, 40.

Penzoldt-Stintzing. Handbuch d. gesammten Therapie. IV. Aufl. II. Lief. Verlag Fischer—Jena. 1909.

Engel. Medicinische Diagnostik. Verlag Thieme—Leipzig. 1909.

Winkel. Allgemeine Gynäkologie. Verlag Bergmann—Wiesbaden. 1909.

Franz u. Veit. Practische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. I. Jahrg. I. Abteil. Verlag Bergmann—Wiesbaden. 1909.

Lewin. Die bösartigen Geschwülste. Verlag Bergmann—Wiesbaden.

Bandelier u. Roepke. Lehrbuch der specif. Diagnostik und Therapie der Tuberculose. III. Aufl. Verlag Klinkhardt. Leipzig 1909. Preis 6 M.

Ziehen. Erkennung des Schwachsinnes im Kindesalter. Verlag Karger. Berlin. 1909. Preis 60 Pf.

Elsner. Lehrbuch der Magenkrankheiten. Verlag Karger. Berlin. 1909. Preis 12 M.

Dittrich. Handb. d. ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. Lief. 28—30. Bd. VII. I. Lief. Vergiftungen Klin. Teil. I. Hälfte: Allgemeines. Anorganische Gifte von Franz Erben. Verlag Braumüller. Wien u. Leipzig. 1909,

Aschoff. Pathol, Anatomie. I. u. II. B. Verlag Fischer. Jena. 1909. Preis 22 M. broch.

Lejars. Dringliche Operationen. IV. Aufl. übersetzt von Dr. Strehl. Verlag Fischer. Jena. 1909. Preis M. 16,85.

Landois. Lehrbuch d. Physiologie des Menschen. XII. Aufl. bearbeitet von Rosemann. I. B. Verlag Urban und Schwarzenburg. Berlin und Wien. 1909. Preis 9 M.

Pollatschek u. Nador. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1908. Verlag Bergmann. Wiesbaden 1909.

Schwalbe. Jahrbuch d. practischen Medicin. Jahrgang 1909. Verlag Enke. Stuttgart. 1909. Preis M. 15,40.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 29 St. Petersburg, den 18. (31.) Juli 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Frühdiagnose der Lungentuberculose.

Kritisches Sammelreferat.

Von

A. Haller.

Nach einem Vortrage in der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

In der Entwicklung der Diagnostik der Lungentuberculose fallen uns 3 Perioden ins Auge: die älteste, wo wir aus Allgemeinerscheinungen mit Lungenveränderungen auf Schwindsucht schlossen; die zweite, wo zur exacten Diagnose der Bacillennachweis gehörte und die jüngste, wo die Fortschritte der Therapie die sogenannte Frühdiagnose fordern. Bis vor 25 Jahren war es neben einer gewissen Summe von Wissen die allgemein-ärztliche Erfahrung, die dem Diagnostiker zu Hilfe kam; da trat die mikroskopische Technik als erwünschter Bundesgenosse hinzu und seitdem sind eine grosse Anzahl Methoden gefunden, die uns immer sicherer und frühzeitiger zum Ziele der Frühdiagnose der Lungentuberculose führen sollen.

Der Bacillennachweis ist und bleibt die sicherste Stütze der klinischen Diagnose und wir sind ja oft erstaunt, wie reichlich wir die Stäbchen im Sputum eines Kranken finden, der klinisch nur ganz geringe und vielfach noch unklare Symptome darbietet. Aber leider fast noch häufiger finden wir das Gegenteil: im zweifellos oder höchst wahrscheinlich tuberculösen Sputum finden wir nicht ein einziges säurefestes Stäbchen. Sticker [1]) riet in solchen Fällen Jodkali zu geben und fand in dem dadurch vermehrten Auswurf Bacillen, C. Spengler [2]) verarbeitet den 24-stündigen Gesamtauswurf, Biedert empfiehlt das Sedimentierungsverfahren nach Aufkochen mit verdünnter Natronlauge, Sachs-Mücke ein Sedimentieren mit H_2O_2 und Hesse [3]) gibt ein Verfahren zur Anreicherung spärlicher Bacillen an. Aber auch diese Methoden sind nicht immer zufriedenstellend und bei einer ganzen Anzahl von Fällen gelingt der Bacillennachweis nicht. Sicherer ist die Anreicherung vereinzelter Bacillen im Tierexperiment: Levy und Bruns [4]) injicierten Meerschweinchen das mit physiologischer Kochsalzlösung gewaschene Sputum und erhielten nach 4—6 Wochen Impftuberculose. Schneller kommt man zu einem Resultat mit der Methode von Bloch [5]): nach subcutaner Injection des Sputums in die Leistenbeuge wird mit Daumen und Zeigefinger das Zellgewebe dieser Gegend kräftig gedrückt und in den so geschädigten Lymphdrüsen kann man nach 10—14 Tagen reichlich Tuberkelbacillen nachweisen.

Die Arbeiten von Hans Much [6]) sind geeignet, ganz neue Ausblicke für die Biologie und den klinischen Nachweis der Tuberkelbacillen zu eröffnen. Much geht davon aus, dass bei typischer Perlsucht, sowie im Eiter menschlicher kalter Abscesse oft keine säurefesten Stäbchen nachzuweisen sind, obwohl das Material im Tierversuch Impftuberculose gibt. Mittelst der Gramschen Färbung fand er in diesem Material Körnchen und eine Stäbchenform, die er beide für bisher unbekannte Formen des Tuberculosevirus erklärt. Die Stäbchen, teilweise auch granuliert, sind nicht virulent, und decken sich möglicherweise mit den schon früher von C. Spengler gefundenen Splittern. Die Körnchen nennt Much Granula und betont, dass sie virulent sind und in tuberculösen Organen als einzig färberisch darstellbare Manifestation des Tuberculosevirus vorkommen können. Wenn die kritische Nachprüfung diese Befunde bestätigt, was wohl zu erwarten ist bei einer Arbeit, die aus dem Behringschen Institut hervorgegangen ist, so zieht der klinische Nachweis des specifischen Virus als erster davon Vorteil und wir können vielleicht bald die oft erfahrene Tatsache erklären, warum im Sputum Schwindsüchtiger, das bisher Tuberkelbacillen in Massen enthielt, diese plötzlich nach Ziehl nicht mehr nachzuweisen sind. Wir färben dann nach Gram und finden die Muchschen Granula.

Im Augenblick sind wir aber noch nicht so weit und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

andererseits werden wir immer Kranke finden, die überhaupt nicht expectorieren und dennoch sehr suspect auf Tuberculose sind. Für solche Fälle hat Koch die probatorische Injection von Alttuberculin empfohlen; doch die therapeutischen Misserfolge, ja Schädigungen der ersten Tuberculinära wirkten auch auf die diagnostische Anwendung entmutigend; erst in den letzten Jahren ist sie wieder mehr in Benutzung und findet bereits in den neueren Lehrbüchern der klinischen Diagnostik Berücksichtigung. Wesentlich dazu beigetragen haben die Bemühungen von Bandelier und Röpke [7]), die die specifische Tuberculindiagnostik zum Gemeingut der practischen Aerzte propagandieren und auf folgendem Standpunct stehen: die subcutane Injection von Tuberculin sichert die Diagnose fast stets unfehlbar; die Anschauung von durch sie mobilgemachten Tuberkelbacillen ist ein törichtes Vorurteil und Indicationen, Contraindicationen, Dosierung und Reactionsart sind absolut sicher festgestellt. Die Anschauungen und die Methodik dieser Autoren sind in dieser Wochenschrift von A. Kramer-Dorpat [8]), der auf demselben Standpunct steht, ausführlich wiedergegeben und ich brauche hier darauf nicht einzugehen.

Wenn die subcutane Tuberculindiagnostik von vielen Seiten als unfehlbar und allgemein anerkannt propagiert wird, so wird dabei verschwiegen, dass A. Fränkel, Cornet, A. Schmidt ihr nur einen relativen Wert zusprechen, Meissen und Schröder sich recht skeptisch verhalten und Sahli ihr entschiedener Gegner ist. Sahli [9]) spricht den Injectionen die beweisende Kraft sowohl im positiven, wie im negativen Sinne ab und verurteilt sie, weil man bei der Tuberculindiagnostik ja gerade das, was wir als gefährlich erkannt haben, tut: man will den Körper mit Gift überlasten, damit er reagiert und wenn die Tuberculinüberlastung das erste Mal nicht gelingt, so verlangt der Tuberculindiagnostiker einen 2. und 3. Versuch mit mehrfach multiplicierter Dosis. Für die Tiermedicin aber nicht für die Menschenmedicin hält er dieses für zulässig.

Um die Tuberculindiagnostik kritisch zu bewerten, müssen wir feststellen, welchen Anforderungen sie entsprechen soll. Kas. Dluski [10]) hat folgende beachtenswerte Gesichtspuncte aufgestellt: die Tuberculindiagnostik soll specifisch und unschädlich, sie soll strict definiert und soll imstande sein, nur latent-active Herde in den Lungen aufzudecken, denn die Entdeckung von Drüsen- und Knochenherden führt zu irrtümlichen Schlüssen inbezug auf die Lungen.

Die Specificität der Reaction wird wohl kaum ernstlich in Frage gestellt, obwohl Goldschmidt [11]) bei 5 Leprafällen mit 1 mgr. Tuberculin allgemeine wie locale Reaction hervorrief, und obwohl Lues, Actinomycose, Chlorose [12]), Sarcom, Rheumatismus, Ischias [10]) und besonders Typhusreconvalescenz [13]) positive Resultate gaben.

Dass Tuberculinschäden möglich sind, beweist der Fall von Schüle [14]), wo nach der 2. Injection von $^1/_2$ mgr. — die erste 3 Tage vorher betrug $^1/_4$ mgr. — in 4 Wochen der Exitus erfolgte; die Section ergab Tuberculose der Bronchialdrüsen, tuberculöse Pneumonie der linken Lunge, Miliartuberculose der Lungen, Milz etc. Hält man sich streng an die von Bandelier und Röpke aufgestellten Regeln, so wird man derartige Schäden wohl sicher vermeiden, mit vorübergehenden mehr oder minder unangenehmen Zufällen, wie etwa im Fall von Köhler, wird man aber rechnen müssen. Nach der Probeinjection von $^1/_2$ mgr. erhielt Köhler [15]) eine starke Reaction mit hohem Fieber, beängstigenden Aufregungszuständen und völliger Trübung des Bewusstseins.

Was nun die Definition der Methode angeht, so sieht man aus der Zusammenstellung Dluskis (l. c. 10), dass die Dosierung keineswegs feststeht: die Anfangsdosen der verschiedenen Autoren schwanken zwischen $^1/_{10}$ und 1 mgr., die Gesamtdosis zwischen $^8/_{10}$ mgr. und 26 mgr. Mehrere Autoren wenden überhaupt keine Steigerung der Dosis an: Löwenstein [16]) injiciert $^2/_{10}$ mgr., Serbource-Paris [17]) nur $^1/_{10}$ mgr. bis zu 4 Mal hintereinander; sie haben dabei dieselben Resultate wie die anderen Autoren.

Auch die Höhe des als Reactionssymptoms zu deutenden Temperaturausschlags ist nicht allseitig geklärt; die meisten Autoren sehen 0,5—0,8° als positiven Ausschlag an, andere verlangen 1—1,5°.

Bedeutsamer als all dieses, ist aber das Factum, dass die subcutane Methode uns meist über Ort und Art des Processes im Dunkeln lässt: auch Röpke und Bandelier geben zu, dass die Localreaction, — hierin das einzig Entscheidende — in 10—35 pCt. der Fälle nachweisbar ist, A. Fränkel (12, l. c. pg. 842) fand sie in 10 pCt. Ferner wissen wir durch die Arbeiten Becks [18])*) und A. Fränkels, dass eine grosse Zahl von Patienten, die sich wegen eines Typhus, einer Gastritis, einer Geschlechtskrankheit etc. in Behandlung befanden, auf subcutane Injection positiv allgemein reagierten, aber keinerlei klinischen Verdachtsmomente von Tuberculose aufwiesen. All diese hatten doch wohl irgendwo im Körper einen tuberculösen Herd; aber wo er sass, das brachte die Reaction nicht heraus. Wir müssen daraus schliessen, dass das Tuberculinreagens so fein ist, dass es nicht nur latente active, sondern auch ganz inactive Herde aufdeckt und damit verliert es für die Klinik den Nimbus der Unfehlbarkeit. Es wäre aber zu weit gegangen, wollte man die subcutane diagnostische Anwendung des Tuberculins ganz verwerfen. Der negative Ausfall der Reaction ist von ausschlaggebender Bedeutung, der positive Ausfall mit deutlicher Localreaction ist es auch; wo letztere fehlt, bleiben wir aber im Ungewissen.

Die immerhin engen Grenzen, in denen die subcutane Methode anwendbar ist, und die Unbequemlichkeiten und eventuellen Gefahren, die sie mit sich bringt, haben zu drei neuen Methoden der Tuberculindiagnostik geführt: der Wolff-Eisner-Calmetteschen Ophthalmoreaction, der Pirquetschen Impfung, und der Moroschen Salbenreaction, denen sich endlich als vierte die Mantouxsche Intradermoreaction — eine Modification des Pirquetschen Verfahrens — anreiht. Die Spalten unserer medicinischen Zeitschriften wimmeln im letzten Jahre von Arbeiten über diese Methoden und es ist schwer, sich darin zurechtzufinden. Ein abschliessendes Urteil ist auch bisher noch nicht möglich, dass aber auch sie den Kliniker nicht voll befriedigen werden, lässt sich schon absehen.

Die Ophthalmoreaction soll nach Wolff-Eisner und Stadelmann [19]) nur latente active Herde aufdecken, ihr negativer Ausfall bei sicher Tuberculösen prognostische Bedeutung in dem Sinne haben, dass es sich um eine schnell verlaufende Phthise handelt.

Auf dem 20. livländischen Aerztetag veröffentlichte Krannhals seine Erfahrungen über die Ophthalmo-

*) Nach Beck wurden im Kochschen Institut für Infectionskrankheiten 2137 Pat. probatorisch gespritzt; es reagierten 54 pCt. positiv, doch nur 298 Pat. wiesen auf Phthise verdächtige Symptome auf, die übrigen waren klinisch völlig tuberculosefrei bis auf eine kleine Anzahl von Pleurit., Peritonit. etc., deren Krankheit durch die Injection als tuberculöse erwiesen wurde.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

reaction an 1000 Fällen. Auch sicher nicht Phthisische reagierten mit 14 % positiv; besonders oft bekam er positive Reactionen bei Diphtherie und Typhusreconvalescenten und Lungenabscessen. Die Resultate anderer Autoren sind ähnlich: Leon Petit [20]) fand unter 938 klinisch nicht Tuberculösen 18 % positiv reagierende, Verdes-Montenegro [21]) unter 60 Gesunden 22 positive, 38 negative Reactionen. Nach den Beobachtungen des letzteren Autors reagierten von klinisch Tuberculösen positiv 86 % des I. Stadiums, 68 % des II. Stadiums, nach Müller-München reagiert das III. Stadium fast ausnahmslos negativ, während Ziegler [22]) fürs III. Stadium 80 % positive und nur 20 % negative Reactionen gefunden. Ziegler betont dabei, dass 40 Kranke mit sehr schlechtem Allgemeinbefinden und 4 Moribunde auch positiv reagierten.

Auf dem Tuberculosecongress in Washington berichtete Calmette [23]) über 6303 Fälle von Ophthalmoreaction. Von den 2894 klinisch Tuberculösen reagierten 92,05 % positiv, 7,95 % negativ, von 1081 Suspecten 57 % positiv und 43 % negativ, von 2338 Gesunden — 16,8 % positiv. Diese positiv reagierenden Gesunden machen die Methode für den Practiker unsicher: das sind doch entschieden inactive Herde, und man kann sich der Furcht nicht erwehren, dass man in Analogie mit der Erfahrung Caspers [24]) eventuell einen Trugschluss zieht, wenn man bei positivem Ophthalmo und unklarem Lungenbefund eine Tuberculose feststellt. Bei einer auf Nierentuberculose suspecten Patientin war die Ophthalmoreaction positiv; Casper operierte sie mit der Diagnose Nierentuberculose und fand einen Nierenstein, aber nichts von Tuberculose.

Es ist wohl möglich, dass die prognostische Bedeutung der negativen Reaction sich noch Anerkennung verschafft; der diagnostische Wert der Reaction wird aber auch dadurch noch geschmälert, dass auch geübte Beobachter nicht immer entscheiden können, ob sie positiv ist oder nicht (cf. auch Siegfried Levy [25]). Endlich ist im Auge zu behalten, dass besonders die Ophthalmologen über langwierige Augenerkrankungen im Anschluss an die Reaction klagen.

Die cutane Impfung nach Pirquet mit reinem oder 25 % Tuberculin ist von ihrem Entdecker von vorn herein massvoller empfohlen worden. Das Auftreten einer Röte und leichten Infiltration der Haut (ähnlich wie bei der Pockenimpfung vor Ablauf des früheren Impfschutzes) findet sich nach Pirquet nur, wenn der Organismus tuberculös inficiert ist, zeigt aber sicher auch inactive Herde an. Da aber bei Kindern die Tuberculose selten inactiv ist, so ist sie hier von ausschlaggebender Bedeutung.

Entz [26]) hat dem gegenüber geltend gemacht, dass er sowohl bei Erwachsenen wie Kindern durch Impfung mit anderen Toxinen (Diphtherie, Typhus, Pyocyaneus, Cholera, Rauschbrand) annähernd in gleicher Zahl wie mit Tuberculin positive Reaction erhalten hat und fasst die Cutanreaction als rein localen Process in der Haut auf, der keinerlei Specifität besitzt. Die grosse Mehrzahl der Autoren berichtet aber Günstiges und sieht in der Methode bei Kindern eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel. Jedenfalls ist sie ganz ungefährlich.

Moros Salbenreaction scheint ebenso unschuldig wie die Pirquetsche Probe zu sein und eignet sich auch zur Anwendung bei Kindern. Eine 50 % Tuberculin-Lanolinsalbe wird auf der Haut des Epigastriums oder der Beugeseite des Unterarms verrieben und nach einigen bis 24 Stunden erscheinen bei positivem Ausfall zahlreiche kleine rote Knötchen, die nur bei starker Reaction von Juckreiz begleitet sind. In wenigen Tagen bis zu 2 Wochen sind die Entzündungserscheinungen geschwunden. Auch sie soll specifisch sein, zeigt aber auch nicht mit absoluter Gewissheit Tuberculose an. Wetzell [27]) der die Moroschen Angaben sehr objectiv an 221 Fällen geprüft hat, kommt zu folgendem Resultat:

1. Die Reaction ist bei Erwachsenen practisch noch nicht brauchbar, da sie auch latente inactive tuberculöse Herde anzeigt und bei klinisch auf Tuberculose unverdächtigen Personen in 70 % der Fälle positiv ausfällt.
2. Negativer Ausfall bei sicher Tuberculösen deutet auf eine ungünstige Prognose.
3. Bei Kindern unter 8—10 Jahren lässt positive Reaction mit grosser Wahrscheinlichkeit auf active Tbc. schliessen.
4. Die Stärke der Reaction gibt keine Aufschlüsse über die Schwere der Erkrankung.

Die Intradermoreaction erhält Mantoux [28]) durch intradermale Injection von 1 ebctm. einer Tuberculinlösung von 1:500 (0,2 mgr.). Bei positiver Reaction tritt nach einigen Stunden eine Infiltration auf, die nach etwa 24 Stunden einen roten Hof zeigt und wie eine Erythemquaddel aussieht. Allgemeinerscheinungen treten nicht auf. Hutinel bezeichnet sie als die sicherste und unschädlichste Tuberculinreaction, sie bedeutet aber nur, dass der Organismus irgendwo tuberculös inficiert ist. Die Reaction ist wohl identisch mit der von Escherich so genannten Stichreaction, die ebenso beschrieben wird und deren Hauptcharakteristicum nach Hamburger [29]) eine 5—6 Tage dauernde leichte Verdickung und braunrote Verfärbung der Hautstelle ist. Tritt nach 0,1 mgr. nach 24 Stunden keine Rötung und Infiltration auf, so ist die Reaction als negativ zu betrachten. Sie ist ein Analogon zu den bei therapeutischen Injectionen so oft auftretenden reactiven Infiltrationen der Stichstelle.

Bei viel Erfahrung an grossem Material können die percutane, cutane, conjunctivale und intracutane Proben — einzeln oder combiniert — bisweilen bei der Frühdiagnose von Nutzen sein; für den Practiker aber haben sie bisher nur Interesse aber geringen Wert.

Die subcutane Probe wird zwar von einigen als bequeme ambulante Methode gerühmt; zu raten ist ihre Anwendung aber nur in geschlossenen Anstalten. Hier wird sie in Deutschland vielfach mit Vorteil verwandt und Röpke [30]) berichtet aus der Heilstätte Melsungen, dass er dank dem negativen Ausfall der probatorischen Injection im Jahre 1906 von 643 Patienten 22 wegen inactiver Tuberculose und 48 wegen fehlender tuberculöser Erkrankung aus der Heilstättenbehandlung ausgeschieden hat. Die Erfolge der Therapie des Frühstadiums haben in Deutschland augenscheinlich eine Ueberproduction an Tuberculosediagnosen zu wege gebracht und der Uebereifer der Diagnosten und Therapeuten verdirbt manche Statistik. Sind doch nicht alle so ehrlich wie die Collegen in Melsungen und in Görbersdorf (Blümel [31]) wo auch von 1700 Kranken 85, d. h. 5 % als nichttuberculös aus dem Sanatorium entlassen wurden.

Die Bacteriologie hoffte auch durch eine andere Methode, die Serodiagnostik, die Handhabe zur specifischen Diagnose zu liefern, und Arloing und Courmont geben eine Methode an, mit der man die agglutinierende Kraft des Blutserums Tuberculöser an besonders präparierten Bacillenculturen feststellen kann. Die Nachprüfungen in Deutschland haben zur Verwerfung der Methode geführt und jedenfalls ist sie so mühsam und schwierig, dass sie für die Praxis nicht in Frage kommt. Letzteres kann man auch von der Bestimmung des opsonischen Index nach Wreight sagen, deren Wert für die Diagnose zudem noch sehr fraglich ist.

Digitized by Google | Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die zytologische Untersuchung des Sputums soll nach Wolff-Eisner [32]) die Frühdiagnose der Lungentuberculose fördern. Er gibt an, dass im Sputum des Frühstadiums sich hauptsächlich Lymphocyten (in 50—80 pCt.) finden. Diese Beschaffenheit des Sputums finde sich bei anderen Lungenaffectionen nicht so ausgesprochen und gehe der Ausscheidung von Bacillen voraus. Die Untersuchungen von Eisen und Hatzfeld [33]) haben das aber nicht bestätigt: polymorphkernige neutrophile Leukocyten waren in allen Stadien der Tuberculose in überwiegender Anzahl im Sputum vorhanden. Auch die klinische Beobachtung hat sich bemüht, zur Diagnostik der Tuberculose Bausteine zusammenzutragen. So macht Francke darauf aufmerksam, dass über erkrankten Lungenspitzen sehr frühzeitig Gefässstreifchen in der Haut sichtbar sind und hat neuerdings die Algeoskopie [34]) die Beachtung krankhaften Druckschmerzes empfohlen. Die Feststellung des Druckschmerzes geschieht am besten mit der Beere des Zeigefingers; man beginnt mit ganz schwachem Druck und steigert ihn allmählich. Dabei hat man den Kranken zu beobachten, ob er Schmerzen äussert. Er hat in $^4/_5$ der Fälle von beginnender Schwindsucht den krankhaften Druckschmerz gefunden, hinten oben häufiger als vorn oben. Gröber hat die Aufmerksamkeit auf gewisse Pupillenphänomene gelenkt: er beobachtete Erweiterung der Pupille auf der erkrankten Seite und auch de la Camp hat die Bedeutung der Pupillendifferenz für Erkennung von Schrumpfungsprocessen an den Lungenspitzen hervorgehoben.

Von ganz geringem differential-diagnostischem Wert sind die Beobachtungen über allgemeine Frühzeichen; so findet Eckstein [35]) als äussere Kennzeichen der Tuberculose düstern Glanz der Augen, eine sehr zarte feine Behaarung der Stirn und des Rückens und ein eigentümlich schmutzig-weisses Secret am inneren Augenwinkel; so sind Woskresenski [36]) auch ganz gesunde Leute, die beim Sprechen und Lachen Speichel aussprühen, auf Tbc. verdächtig und junge, oft deutlich anämische Menschen, die es immer heiss haben, hält er für Schwindsuchtscandidaten.

Dagegen haben die Bemühungen der Röntgenologen manchen Erfolg errungen und die Röntgenphotographie ist entschieden eine wertvolle Bereicherung unseres diagnostischen Tbc.-erkennens. Albers-Schönberg [37]), wohl der erfahrenste deutsche Röntgenolog spricht sich folgendermassen aus: „für den Anfangskatarrh ist die Auscultation zweifellos der Röntgenographie überlegen, kleinste Infiltrationsherde dagegen kann die Röntgenographie schon zu einer Zeit aufdecken, wo sie der Percussion absolut, der Auscultation recht häufig entgehen. Die Schwierigkeit der Technik, wie des Lesens und Deutens der Platte bedingen Fehler, die den Wert der Methode zu einer bedingten machen. Niemals darf eine klinisch gut fundierte Diagnose durch ein negatives Röntgenbild umgestossen werden, und umgekehrt dürfen Trübungen der Platte bei negativem klinischem Ergebnis niemals ohne weiteres eine positive Diagnose veranlassen". Die Röntgenstrahlen geben eben nur Dichtigkeitsdifferenzen wieder, das Specifische des Processes und der Unterschied zwischen alten und frischen (activen und inactiven) Herden bleibt ihnen verschlossen.

Die Röntgenoskopie hat die Aufmerksamkeit auf das sog. Williamssche Symptom gelenkt, den inspiratorischen Zwerchfellhochstand und das Zurückbleiben der normalen Atemexcursionen auf der erkrankten Seite. Zabel [38]) hat die Bewegungen des Zwerchfells zum Gegenstand einer Monographie gemacht und zeigt, dass sie bei guter Beleuchtung auch ohne Röntgenstrahlen als Schattenspiel gesehen werden können, am besten zwischen Mamillar und Axillarlinie

Die Erfolge der Röntgentechnik sind nicht ohne Einfluss auf die alten physikalischen Untersuchungsmethoden geblieben und speciell die Percussion ist zu subtileren Resultaten angespornt worden. Die percutorische Abgrenzung von Lungenspitzen an Hals und Nacken nach oben ist ja schon von Weil gelehrt, Krönig [41]) aber lehrte sie auch seitlich nach aussen begrenzen und diese bandartige Lungenspitzenprojection ist für einseitige Schrumpfungs- und Infiltrationsvorgänge von demonstrativer Deutlichkeit. Sie bietet den Vorteil, dass man die Percussionsergebnisse zahlenmässig ausdrücken kann, wenn man nämlich die Breite der Bänder an der schmalsten Stelle ausmisst. Gesunde Spitzen geben nach meinen Messungen meist eine Breite von 5—6 ctm. Es ist dabei aber nicht nur auf Einengung der Lungenfelder zu achten, auch ihre unscharfe Begrenzung ist nach Krönig schon von Bedeutung. Selbstverständlich muss leise percutiert werden; dieses Postulat ist auch ert in letzter Zeit durch Krönig, Goldscheider u. a. zu allgemeiner Anerkennung gekommen. Goldscheider [40]) bemüht sich im Gegensatz zu Krönig, die anatomischen Grenzen der Lungenspitzen zu bestimmen und bedient sich dazu der Griffelpercussion. Die Goldscheidersche Schwellenwertpercussion hat in der Hand einiger Diagnosten vorzügliche Resultate gegeben: Kleine und tief gelegene Infiltrate sind durch sie aufgedeckt worden; in die allgemeine Praxis hat sie sich aber nicht einbürgern können, da sie dem subjectiven Ermessen einen zu weiten Spielraum gewährt und die Wahrnehmung der subtilen Schallunterschiede von allerlei Zufälligkeiten zu sehr abhängt.

Bei der Auscultation legt besonders Grancher [42]) und seine Schule, der sich die russischen Collegen angeschlossen, auf die Veränderung des Atemgeräusches hohen Wert. Die respiration rude et grave einer Lungenspitze ist danach das auscultatorisch sicherste Zeichen der Tuberculose im ersten Beginn (periode de germination). Dieses abnorm rauhe Inspirium, das bereits zu den unbestimmten Atemgeräuschen zugezählt wird, ist besonders oft unterhalb der linken Clavicula, ebenso auch HRu zu hören und muss vom verschärften Vesiculäratmen, dem häufigen Begleiter eines gewöhnlichen Katarrhs unterschieden werden (dieses ist meist laut, jenes oft leise).

Das rauhe Inspirium, ebenso wie das saccadierte Atmen und das ebenfalls recht häufig im Frühstadium vorkommende abgeschwächte Vesiculäratmen sind gewiss Symptome, die die specifische Erkrankung der Partie uns nahe legen, sollten aber nie allein für die Diagnose massgebend sein. Sie kommen auch aus anderen Ursachen vor und können vor allem der Ausdruck eines abgeheilten Processes sein.

Von gewichtiger pathognomonischer Bedeutung dagegen ist das dauernd auf eine Spitze beschränkte Rasseln; auch wenn es noch so spärlich ist oder zu Zeiten schwindet und wieder auftaucht, gestattet es uns mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose Tuberculose. Allerdings darf es nicht mit Muskelknarren oder jenem feinen, rasselähnlichen Geräusch verwechselt werden, das beim Einstreichen eines kräftigen Luftstroms in bisher wenig gelüftete Alveolen entsteht. Irrtümer lassen sich vermeiden, wenn man den Patienten während des Auscultierens mehrere Male husten und dann kräftig inspirieren lässt (Fränkel [12]). Wirkliches Rasseln wird dadurch deutlicher, während irreführende Geräusche schwinden.

E. Masing [43]) und Amreim [44]) endlich empfehlen die Auscultation der Flüsterstimme: die Bronchophonie ist nach ihnen ein verlässliches, oft allererstes Frühsymptom der Tuberculose und entsteht durch Verdichtung irgendwelcher Art um eine Caverne oder Bronchus. Der stete Zuwachs diagnostischer Methoden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darf uns die Tatsache nicht verdunkeln, dass keine einzige von ihnen dem Bacillennachweis gleichsteht, und dass, wo dieser fehlt oder nicht möglich ist, keine einzige für sich absolute Zuverlässigkeit beanspruchen kann. Das Schwergewicht zur Feststellung einer Lungentuberculose liegt da nach wie vor auf dem Ergebnis der physikalischen Lungenuntersuchung unter gleichzeitiger sorgfältiger Berücksichtigung der Allgemeinsymptome, die zu besprechen zu weit führen würde. Ihre Berücksichtigung ist um so wichtiger, als an den Lungenspitzen ja auch andere Erkrankungen vorkommen, deren Erscheinungen der Tuberculose überaus ähnlich sind. Ich erinnere nur an die Spitzenerkrankungen nach Influenza und an die Collapsindurationen, auf die Krönig aufmerksam gemacht. Krönig [45]) fand, dass bei von Jugend auf behinderter Nasenatmung häufig eine chronisch-entzündliche Induration, bes. der rechten Lungenspitze eintritt: Schallverkürzung, unbestimmtes Atmen, vereinzeltes Rasseln; da anamnestische Daten für Tuberculose vollkommen fehlten, da auch im übrigen keinerlei Allgemeinerscheinungen vorhanden und die untere Lungengrenze vollkommen verschieblich war, was bei tuberculösen Spitzenprocessen nicht der Fall zu sein pflegt, so sieht Krönig sie wohl mit Recht als nicht tuberculös an, ein Standpunct, den vor ihm schon Alb. Fränkel vertrat. Die Ursache dieser Symptome ist eine chronische fibröse Erkrankung der Lungenspitze durch Staubinhalation. Blümel [31]) hat die 85 aus Görbersdorf als nicht turberculös ausgeschiedenen Pat. daraufhin untersucht und hat bei $^1/_3$ von ihnen die Collapsinduration gefunden, deren nicht tuberculösen Ursprung er durch die subcutane Tuberculinprobe erwiesen.

Durch kritische Verwendung und richtige Combination der verschiedenen diagnostischen Methoden werden wir oft in den Stand gesetzt sein, sehr frühzeitig schon die Diagnose der Tuberculose zu stellen, stets aber sollten wir an den Ausspruch A. Fränkels denken:

„Die voreilige Diagnose des tuberculösen Lungenspitzenkatarrhs ist ein fast ebenso schwerer Missgriff wie die gänzliche Verkennung desselben".

Literatur.

1) Sticker, Zeitschrift für klin. Medicin 91, Nr. 3. 2) Spengler, Deutsche med. Wochenschrift 95, Nr. 15. 3) Hesse, Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten. Bd. XXX. pg. 502. 4) Levy u. Bruns, Dtsch. m. Wochenschrift 1900. Nr. 9. 5) Brugsch u. Schittenhelm, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, 1908. 6) Hans Much, Berl. kl. Woch. 1908, Beiträge zur Klinik der Tuberculose, Bd. VIII, Hft. 4, Bd. XI, Hft. 1. 7) Bandelier u. Röpke, Lehrbuch der specifischen Diagnostik u. Therapie der Tuberculose, Würzburg, 1908. 8) Kramer, St. Pet. med. Wochenschrift, 1908, 49. 9) Sahli, Ueber Tuberculinbehandlung, Basel, 1907. 10) Kas. Dluski, Die Tuberculinanwendung in der Lungentuberculose, Brauers Beiträge zur Klinik der Tubercul., Bd. X. H. 1. 11) Goldschmidt, Berlin, Kl. Woch. 91, Nr. 2. 12) Fränkel, Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie der Lungenkrankheiten, 1904. 13) Mazzotti, Centralblatt für in. Medicin, 1902, 13. 14) Schüle, Brauers Beiträge zur Klinik der Tbc. Bd. II., 1. 15) Köhler, Zur Tuberculinfrage, Zeitschrift für Tuberc. Bd. V, 3. 16) Löwenstein, Deutsche Aerztezeitung, 1908, 4. 17) Serbource, Diagnostic précoce de la tuberculose par les injections de tuberculin, Paris, 1908. 18) Beck, Deutsche med. Woch. 99, Nr. 9. 19) Wolff-Eisner u. Stadelmann, Verein für inner. Medicin in Berlin, Januarsitzung, 1908. 20) Leon Petit, Le Diagnostic de la Tuberculose par l'ophthalmoreaction, Paris, 1907. 21) Verdes, Montenegro, Sur l'ophthalmoreaction Revue Ibero-americana de Ciencias medic., 1908, Nr. 3. 22) Ziegler, Ueber die diagnostische u. prognostische Bedeutung der Conjunctivalreaction. Beitr. zur Klinik der Tuberc. Bd. XII, H. 1. 23) Calmette, Lille, Verhandlungen des internat. Tuberculosecongresses in Washington, 1908. 24) Casper, Verhandlungen des Vereins für innere Medicin in Berlin, Januarsitzung, 1908. 25) Siegfried Levy, ebenda. 26) Entz, Wiener klin. Woch., 1908, 12. 27) Wetzell, Beiträge zur percutanen Tuberculinreaction nach Moro. Beitr. zur Klin. der Tuberc., Bd. XI, H. 3. 28) Mantoux, Presse medicale, 1908, p. 534. 29) Hamburger, Wiener kl. Woch., 1908, 12. 30) Röpke, Beiträge zur Klin. der Tuberculose, Bd. XI, H. 3. 31) Blümel, Münchn. med. Woch., 1908, 30. 32) Wolff-Eisner, Verhandlungen des Vereins für inn. Medicin in Berlin, 1907, XI. 33) Eisen u. Hatzfeld, Brauers Beiträge zur Klin. der Tuberculose, Bd. XI, H. 3. 34) Francke, ibidem. Bd. X, H. 3. 35) Eckstein, Prager med. Woch., 1907, 28. 36) Woskresenski, Русскій врачъ, 08, 3. 37) Albers-Schönberg, Deutsche med. Wochenschr. 08, 20. 38) Zabel, Das Spiel des Zwerchfells, 1906. 39) Weil, Handbuch u. Atlas der topographischen Percussion, 1877. 40) Goldscheider, Berl. klin. Wochenschr. 1908. 41) Krönig, Berl. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 34 u. 1900, Nr. 20. 42) Graucher, Maladies de l'appareil respiratoire, Paris, 1890. 43) E. Masing, Beiträge zur Klin. der Tuberculose, Bd. VII, H. 4. 44) Amreim, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 10. 45) Krönig, Medicin. Klinik, 1907, Nr. 40, 41.

Referate.

Pürckhauer: Einwirkung der specifischen Therapie auf die Wassermannsche Reaction. München. med. Wochenschr. 1909. Nr. 14.

Aus den bisherigen serologischen Untersuchungen ergeben sich folgende therapeutische Schlussfolgerungen: Im Frühstadium gut behandelte Fälle weisen im Allgemeinen in den späteren Jahren negative Reaction auf, doch darf von einem unmittelbaren in jedem Falle zu erzielenden Einfluss durch die einzelne Cur nicht gesprochen werden. Die grosse Mehrzahl der im tertiären Stadium nachgewiesenen positiven Reaction, sowohl bei manifesten, wie bei latenten Fällen, bleibt oft trotz intensivster Cur positiv. Jedoch muss man auch in den Fällen, in denen eine positive Reaction nach einer Cur in eine negative umgeschlagen ist, daran denken, dass auch ohne jeden auffindbaren Grund solche Umschläge vor sich gehen können. Das practische Ergebnis des ganzen ist, dass möglichst energische Behandlung so zeitig wie möglich nach Feststellung der Diagnose eingeleitet werden soll und energische Curen in den ersten Jahren der Krankheit und zwar ohne Rücksicht darauf, ob Symptome auftreten oder nicht, durchgeführt werden sollten.

Lichtmann-Cöln.

Vörner: Verdeckte Syphilisstellen. München. med. Wochenschr. 1909. Nr. 14.

Verfasser machte die Beobachtung, dass sich in einer gonorrhoischen Erosion an der Portio einer latent syphilitischen Patientin Spirochaeten fanden, die eine Infection veranlassten. Auch bei einem latent syphilitischen Manne wurden im Secret einer gonorrhoischen Infiltration der Harnröhre Spirochaeten gefunden. Den Nebenkrankheiten der Syphilitiker muss infolgedessen die grösste Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Lichtmann-Cöln.

Waelsch: Ueber Syphilis d'emblée und die Berufssyphilis der Aerzte. München. med. Wochenschr. 1909. Nr. 17.

Auf Grund seiner Beobachtungen spricht sich Waelsch für die Möglichkeit einer Syphilis d'emblée (d. h. Allgemeinsyphilis, welche sich ohne vorausgegangenen Primäraffect entwickelt) aus, die von vielen bestritten wird. Es werden 4 Fälle mitgeteilt, welche alle Mediciner betreffen. 50 pCt. der extragenitalen Infection fielen auf bernfliche Syphilisinfection der Aerzte. Der Verlauf der Syphilis war ein ausgezeichneter. Die zuerst Beobachteten sind schon eine Anzahl Jahre ohne Erscheinungen, so dass W. sie mit gutem Gewissen als geheilt erklären kann.

Lichtmann—Cöln.

Scherber: Vaccinetherapie der Acne vulgaris und opsonischer Index. Wiener klin. Wochenschr. 1909. Nr. 13.

Scherber hält die Staphylococcen für die Hauptursache der Verbreitung des Comedo und der Bildung des entzündeten Acneknotens. Er hat dementsprechend mit Staphylococcen-Vaccine gearbeitet und an der Klinik Fingers eine Reihe therapeutischer Versuche angestellt. Mit der Vaccinetherapie der Acne sind entschieden Heilerfolge zu erzielen. Jedoch leidet die Behandlung bisher daran, dass man im opsonischen Index kein geeignetes und kein exactes Maass für die Dosierung besitzt und leicht dazu kommt, Ueberdosierungen anzunehmen. Auch scheint sich die Bildung der specifischen Sub-

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

stanzen nach Aussetzen der Therapie schnell zu erschöpfen, wodurch das Auftreten von Recidiven begünstigt und die endgültige Heilung in Frage gestellt wird. Immerhin ist die Wirksamkeit der Vaccine so eclatant, dass hieraus auf die specifische Bedeutung der Staphylococcen für die Bildung des entzündlichen Acneknotens geschlossen werden darf. Es ist nicht erforderlich, für jeden Fall einen eigenen Impfstoff herzustellen. Die Vaccine, die in einem Falle gut gewirkt hat, ist in allen wirksam. Der Therapie sind insofern gewisse Grenzen gesetzt, als es schwer ist die letzten Reste auf diesem Wege zu beseitigen.

Lichtmann—Cöln.

Protocollauszug der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 2. März 1909.

Anwesend 15 Mitglieder und 5 Gäste.

P. 3. Wistinghausen demonstriert ein 6-jähr. Mädchen, das vor 1½ Jahren wegen rechtsseitiger congenitaler Hüftgelenkluxation ihm zugeführt wurde. In 2 Sitzungen gelang es W., durch unblutige Reposition den Schenkelkopf in die richtige Lage zu bringen. Die folgende Gipsverbandbehandlung in üblicher Weise (allmählich abnehmende Abductionsstellung) dauerte 16 Monate. Seit Ende Januar ist die kleine ohne Gipsverband und bewegt sich ohne jegliche Gehstörung. Die Trochanteren sind beiderseits in gleicher Höhe und die Beine sind gleich lang.

P. 5. Hirsch hält seinen angekündigten Vortrag über: Kopfschmerz. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Discussion:

Meder fragt an, wie lange Hirsch bei Kopfschmerzen mit dem Elektrisieren fortfährt. Er selbst hat den Strom meist nur kurze Zeit angewandt und sich oft von seiner Nutzlosigkeit überzeugt. Hartnäckige Kopfschmerzen treten oft nach Apoplexien, auch nach ganz geringfügigen Insulten auf. Wie würde der Vortragende sie erklären?

Haller pflichtet der Auffassung des Vortragenden über den habituellen Kopfschmerz bei Kindern bei und hält es für Pflicht der Hausärzte, die Eltern vor grösserer Beachtung derartiger Klagen zu warnen. Als Kunstproduct des kindlichen Nachahmungstriebes und elterlicher Erziehungsfehler bleibt der Kopfschmerz leicht fürs ganze Leben haften. Ebenso wie Vortr. hat Haller bei Hysterischen den lehrbuchmässigen Clavuskopfschmerz nicht gesehen. Die Migräne beginnt bei vielen mit unangenehmen Sensationen, Spannungs- und Schmerzgefühl in der Nackenmuskulatur der betreffenden Seite. Hier sind wirklich oft endzündliche Processe (Verdickungen und Knoten nachzuweisen) und unbequeme Kopflage während der Nacht bilden weitere auslösende Momente. H. leidet selbst an häufiger Migräne, deren Beginn er meist schon am Morgen beim Erwachen an einer Art Steifigkeit der Nackenmusculatur merkt. Er gibt zu, dass betonte Unlustgefühle auch hier den vollen Ausbruch begünstigen und beschleunigen können. Wie andererseits angenehme Gemütseindrücke den Anfall unter Umständen coupieren. H. hat versucht den Anfall durch Autosuggestion zu unterdrücken, anfangs ist es ihm einige Male gelungen, später aber nicht mehr. Dagegen hat sich ihm an sich selbst und bei anderen das Brom bewährt: 1—1,5 gr. werden morg. und ab. in Baldrian- oder Orangenthee gegeben in Perioden von etwa 14 Tagen.

Weiss: Die Empfehlung der Bromsalze stammt von Charcot, speciell für die Migraine ophthalmique; bei ihr wirkt Brom auch entschieden gut. Von vielen Seiten wird ja auch betont, dass zwischen Migräne und Epilepsie gewisse Beziehungen bestehen. Die schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, unter dem manche Migränekranke leiden, lässt daran denken, dass es sich nicht nur um eine locale Affection handelt. — Dass bei habituellem Kopfschmerz Hysterie viel mitspielt, gibt er Vortr. im grossen zu; denn eine grosse Anzahl dieser Pat. ist hysterisch. Aber vielfach spielen auch vasomotorische Einflüsse hier eine Rolle; bei diesen Kranken lässt sich dann eine abnorme vasomotorische Labilität (Dermographie, Quaddelbildung) leicht nachweisen. Dadurch wird die ätiologische Anschauung des Vortragenden quantitativ eingeschränkt. Auch Weiss hat typischen Clavus-Kopfschmerz bei Hysterischen nicht beobachtet und ist auch der Ansicht, dass psychische Abhärtungen bei jeder Schmerzempfindung, bes. aber beim Kopfschmerz, eine grosse Rolle spielt. Der elektrische Strom als suggestives Mittel bei habituellem Kopfschmerz verdient voll die Empfehlung des Vortragenden.

Thomson: Beim Galvanisieren des Kopfes muss grosse Vorsicht angewandt werden; es ist ihm einmal vorgekommen, dass eine Pat. beim Einstellen des Stroms bewusstlos hinfiel und erst nach 3—4 Min. sich wieder erholte. Unsere Apparate sind in der Regel nicht so eingerichtet, dass man Stromschwankungen sicher vermeiden kann.

Kusick: Setzt man die Elektrode stabil in der Mitte der Stirn auf und lässt den Strom nicht diagonal und nicht labil wirken, so vermeidet man üble Zufälle.

Hirsch: Der Kopfschmerz nach Apoplexien ist wohl oft so aufzufassen, dass die psychische Alteration, eine fast regelmässige Folge des Insults, unangenehme Empfindungen schon als Schmerz erscheinen lässt. Sieht man, wie H., den elektrischen Strom als Suggestivmittel bei Kopfschmerzen an, so ergibt sich die zweckmässige Fortsetzung seiner Anwendung leicht: sieht man klar, dass der Pat. so nicht suggestibel, so gibt man es auf. Meist aber ist eine länger dauernde Behandlung nötig. Bei der Galvanisation des Kopfes ist Vorsicht gewiss nötig. H. ist es als Assistent ein mal passiert, dass ein Apoplectiker beim Elektrisieren in erneutem Insult hinstürzte, doch ohne dass man da die Anwendung des Stromes als bewegende Ursache hätte beschuldigen können. H. setzt die Elektroden auf und schaltet zunächst gar keinen Strom ein; auf Befragen empfindet der Kr. ihn dann schon bisweilen; keinenfalls gibt er mehr als 2—3 Mille-Ampère, die bisweilen schon Lichtempfindungen auslösen. Bei so geringer Stromstärke kann man die Elektrode ruhig labil führen, ohne durch üble Zufälle überrascht zu werden. — H. hat nicht gemeint, dass alle Kranken, die an Kopfschmerzen leiden, sich diese Schmerzen selbst suggerieren; so ist auch die Migräne, an der Haller leidet, gewiss keine Autosuggestion. Und wenn Weiss ihn so verstanden hat, dass er alle Pat. mit habit. Kopfschmerz für hysterisch hält, so ist das auch nicht richtig. Aber das Leiden ist etwas partiell, dem sehr ähnliches, was wir bei Hysterie in grösserem Masstabe finden.

Maydell: Eine Arbeit Westphalens in der Pet. Med. Woch. setzt die Migräne in Beziehung zu Störungen, die vom Magen ausgehen und W. berichtet über gute Erfolge mit HCl-Darreichung. M. hat daraufhin bei Migräne häufig HCl ordiniert, aber keine Wirkung gesehen.

Dehn hat bei epileptisch belasteten Familien gefunden, dass einige Glieder derselben an Epilepsie, andere an Migräne litten, und weist auf eine Arbeit von Dubois hin, die die Analogie von Epilepsie und Migräne betont.

Blacher fragt, wie H. sich eine Kopfschmerzensuggestion entstehen denkt: es sei doch nicht anzunehmen, dass sie ohne jegliche Ursache auftritt.

Hirsch: Die Suggestion entsteht aus dem Gefühl heraus: der Kranke erwacht etwa mit einem unbehaglichen Gefühl, concentriert darauf seine Aufmerksamkeit und steigert dadurch das unbehagliche Gefühl zu einem suggerierten Schmerz. Was den Zusammenhang von Migräne und Epilepsie anbetrifft, so können wir davon wohl so lange nicht ernstlich sprechen, wie wir nicht wissen, was denn Epilepsie eigentlich ist.

Harms: Von englischer Seite ist die Migräne auch als Stoffwechselstörung hingestellt worden. Haig bezieht sie auf Collämie, einen Ueberschuss von Harnsäure im Blut, und spricht von Harnsäurekopfschmerz.

Weiss: Manche Autoren schieben auch bei Epilepsie im Blut kreisenden Harnsäurederivaten die Schuld zu. Doch sind wir noch zu wenig darüber orientiert, was Epilepsie ist, um in diesen Dingen Klarheit erlangen zu können.

Erster Secretär: Haller.

Sitzung am 16. März 1909.

Anwesend 19 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 3. Wistinghausen demonstriert eine 32-jährige Patientin, die an der Recklinghausenschen Krankheit — dem Auftreten multipler Fibrome — leidet. Bis vor 1 Jahr ist sie ganz gesund gewesen, seitdem sind die kleinen Hautgeschwülste aufgetreten, die sich vermehren und deren grösste und älteste (unter der Mamma, im Gesicht, am Ohr und Oberschenkel) W. operativ entfernt hat. Sie gehören zur Gattung des Fibroma molle, sind weich und eindrückbar und im ersten Beginn stellen sie sich als ganz kleine Flecke dar, die einem beim Druck das Gefühl geben, als wenn die Mammilla eindrückte. Die bedeckende Haut zeigt keine Veränderung. Die exstirpierten Tumoren hat W. nach Wien an College J. Fick zur histologischen Bearbeitung geschickt und von ihm die Antwort erhalten, dass eine so

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

späte Entwicklung der R.schen Krankheit, wie hier, äussert selten ist und der bisherigen Annahme einer congenitalen Anlage widerspricht. Zugleich mit dem Auftreten der Tumoren ist bei der Frau eine weissliche Verfärbung der Haut in der Scheitelgegend aufgetreten. Diese Tumoren werden auch mit Veränderungen an den Nerven zusammengebracht; hier lässt sich an den Nerven garnichts nachweisen.

P. 4. Wistinghausen demonstriert einen besonders grossen Processus vermiformis, der mit Eiter prall gefüllt und dessen Entfernung längere Zeit dadurch verzögert wurde, dass gleich bei der 1. Attaque eine Perforation des periappendicitischen Abscesses in die Blase stattfand und bei Wiederholung der Attaquen stets wieder Eiter im Urin auftrat. Schliesslich blieb ein Anfall ohne Perforation in die Blase; bei der nun folgenden Operation fand sich der prall gefüllte Appendix hinter dem Uterus, mit der Blase garnicht adhärent. Die früheren Perforationsstellen liessen sich an der Blasenwand nicht nachweisen.

P. 6. Harms hält seinen angekündigten Vortrag über Casuistik der ectopischen Schwangerschaft.

Discussion:

Meder hat von den angeführten Fällen nicht den Eindruck, dass durch die Adrenalin- und Gelatineinjectionen das Leben gerettet wurde: der normale Verlauf dieser Erkrankungen ist auch so, dass die Blutung steht, die Druckspannung nimmt an der betreffenden Stelle allmählich zu und bringt die Blutung mechanisch zum Stillstand. Tritt die Blutung nicht allmählich, sondern plötzlich und profus ein, so sterben die Patientinnen: doch das ist das seltenere Vorkommnis. Ist eine extrauterine Gravidität zeitig festgestellt, so muss operativ vorgegangen werden; befindet sich die Kranke dauernd in einer Klinik, so kann man auch hier zuwarten und erst bei lebensbedrohenden Zuständen eingreifen, wenn die Literaturberichte auch behaupten, dass eine restitutio ad integrum ohne Operation nicht eintritt, so belehrt uns die Praxis darin eines besseren. Ist der tubare Abort bereits im Gange, so ist es oft schwierig, eine richtige Entscheidung zu treffen: der Transport der Kranken in eine Klinik ist oft unmöglich und ein exspectatives Verfahren wird uns meist aufgezwungen. Tritt dann später die Resorption ein, so kann der Process glatt ausheilen. Das ist aber nicht immer der Fall und dann muss später noch operiert werden.

Mühlen: Eine restitut. ad integrum ohne Operation ist gewiss möglich, nimmt aber stets längere Zeit in Anspruch, nicht jede Pat. kann so viel Zeit aufwenden und darum spielt die sociale Lage der Kranken bei der Entscheidung, ob abzuwarten oder zu operieren ist, eine wichtige Rolle. Die Operation ist aber stets die beste Gewähr für schnelle und gute Heilung. Mühlen hat in letzter Zeit häufig Tubaraborte zu behandeln gehabt. Als Beispiel diene folgender Fall: er wurde zu einer bereits stark ausgebluteten Frau gerufen; unter Eis, Opium und Ruhe wurde der Puls anfangs noch elender und war endlich nicht mehr zu fühlen; wider Erwarten trat Abends eine leichte Besserung ein, der Puls war wieder fühlbar und die Nacht schlief Pat. Am anderen Morgen relativ gutes Befinden bei 140 Pulsen; Ueberführung in die Klinik, Operation: die l. Tube war in der Mitte geborsten, Was die Blutung zum Stehen gebracht, blieb unerklärt. Jetzt ist Pat. gesund zu Hause.

Seegrön berichtet über 7 exspectativ behandelte Fälle: 6 davon sind ohne Operationen geheilt, eine Frau starb, wie er ins Zimmer trat. Bei 3 der Pat. war die Diagnose vor der Ruptur gestellt, sie verweigerten aber eine Operation.

Wistinghausen wendet sich gegen die Vorstellung, dass die Blutung durch den zunehmenden Druck in der Bauchhöhle zum stehen komme; ebenso wie man aus einem Mesenterialgefäss verbluten kann, kann man auch aus einer Tubenruptur verbluten und die Druckverhältnisse in der weiten Bauchhöhle spielen gar keine Rolle. Dagegen sinkt mit fortdauernder Blutung die Herzkraft immer mehr, die vis a tergo fehlt schliesslich ganz und die Blutung steht.

Meder: Die Parallele mit dem Mesenterialgefäss trifft nicht zu, denn beim tubaren Abort bluten sehr viel kleinere Lumina, es blutet sehr langsam, auch schon sehr viel früher, als wir gerufen werden, ja früher, als die Frau selbst es ahnt. Wir finden einen grossen Tumor, der langsam entstanden ist und dabei Gelegenheit zu Gerinnungsvorgängen gegeben hat. Die anatomischen Verhältnisse der Beckenorgane lassen sehr wohl die Annahme einer mechanischen Druckstillung der Blutung zu.

Greiffenhagen: Aus der Debatte geht hervor, dass in der so wichtigen Frage, ob operiert werden soll oder nicht, die in Kliniken arbeitenden Collegen für die Operation sind, die übrigen exspectativ verfahren und beide sich auf gute Resultate stützen. Bei den ohne Operation günstig verlaufenden Fällen liegt der Grund dafür darin, dass die Blutung sich nicht wiederholt; wenn wir im einzelnen Falle feststellen können, ob Nachschübe zu erwarten sind oder nicht, so ist die Operationsfrage gelöst. Gibt es nur sichere Anzeichen dafür? Es drängen sich aber noch andere Fragen auf: wie steht es mit der Bildung von Adhäsionen nach retro- und anteuterinen Hämatocelen? Sind sie durch Radicaloperation zu verhüten oder nicht? Gr. hat einmal für einen Gynäkologen einspringen müssen bei rupturierter Tubargravidität: er machte die Laparotomie, fand circa 1½ lt. Blut und eine blutende Rupturstelle und operierte radical. Die Bauchhöhle wurde sehr gründlich gesäubert, der weitere Verlauf war ungestört. 1½ Jahr später aber machten schwere Motilitätsstörungen des Darms die Laparotomie nötig: es fanden sich ausgedehnte Adhäsionen der Darmschlingen unter einander. Hier scheint also die Operation ungünstig gewirkt zu haben. Ferner: ist es nötig Gelatine oder Adrenalinlösungen zu injicieren? Der Chirurg braucht das Adrenalin als Stimulans: es erhöht den Tonus der Gefässe und hebt die Kraft des Herzens. Blutstillung kann man von seiner subcutanen Injection nicht erwarten. Endlich: wie ist nach exspectativem Verfahren die Prognose für spätere Schwangerschaften?

Mühlen: Zur Beantwortung der ersten Frage Gr—s müssen wir die Auseinanderhaltung von Tubenruptur und Tubenabort im Auge haben: bei Tubenruptur ist die Verblutungsgefahr stets gross und muss operiert werden; beim Tubenabort sowohl dem vollkommenen, wie dem unvollkommenen kann man eher damit rechnen, dass die Blutung steht. Doch in praxi ist diese specielle Diagnose überaus schwierig, unsicher, ja meist unmöglich. Einige Autoren geben als Massstab die Consistenz des Uterus an. Was die Adhäsionen angeht, so findet man sie nach exspectativem wie nach operativem Verfahren; ebenso oft aber fehlen sie auch bei beiden.

Greiffenhagen: In dem citierten Fall kann die Adhäsionsbildung dadurch eine Erklärung finden, dass 8 Tage lang nach der Operation Obstipation bestand, die den gewöhnlichen Mitteln nicht weichen wollte. Jetzt würde man Physostigmininjectionen anwenden, die sich bei Gr. sehr bewährt haben, und nur den Nachteil haben, dass sie arge Schmerzen machen.

Wistinghausen: Spätere Adhäsionen können durch eine Operation nicht sicher vermieden werden; deshalb zu operieren ist nicht indiciert. Das Adrenalin ist doch wohl nicht reines Herztonicum, dann hätte es ja die Blutung vermehren müssen; in den Harmsschen Fällen wäre aber die Gefahr vielleicht grösser gewesen, wenn kein Adrenalin injiciert wäre.

Greiffenhagen: Beim Adrenalin liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei der Kochsalzinfusion: man schwankt, ob man sie anwenden soll und was vorzuziehen ist: die bessere Durchblutung des Körpers und eine eventuelle dadurch hervorgerufene Localblutung oder der Stillstand der Blutung mit der darniederliegenden allgemeinen Circulation. Die Blutungsgefahr durch Herzstimulierung ist aber der Theorie entsprungen und wird zu sehr gefürchtet: in Wirklichkeit liegt bisher keine einzige beweisende Erfahrung dafür vor.

Weiss stellt fest, dass die Collegen alle der Ansicht sind, eine ectop. Schwangerschaft sei frühzeitig zu operieren, d. h. so lange sie noch keine Erscheinungen von innerer Blutung gemacht hat. Erst mit dem Moment der inneren Blutung weichen die Ansichten auseinander. Die Wirkung des Adrenalins ist eine doppelte: der Gesamtquerschnitt des Arteriensystems wird verkleinert, und der Herzmuskel stimuliert; dadurch steigt der Blutdruck. Die Beobachtungen bei Addisonscher Krankheit bestätigen diese blutdruckerhöhende Wirkung: wo der Reiz des Nebennierensecrets fehlt, sind constant abnorm niedrige Blutdruckwerte gefunden worden.

Haller hält die directe Reizwirkung des Adren. aufs Herz nicht für sicher; schon der bessere Gefässtonus könne aufs Herz günstig wirken und eine Stimulierung vortäuschen. Er fragt Harms, welches Gelatinepräparat er verwende und ob er nie Tetanuserkrankungen nach den Injectionen bekommen hat.

Harms: Die Frage Greiffenhagens, ob Recidive ectopischer Schwangerschaft nach exspectat. Verfahren zu erwarten sind, lässt sich nicht präcise mit ja oder nein beantworten: in manchen Fällen sind sie beobachtet worden, in anderen nicht. Das bekannteste Beispiel dafür ist wohl die 95-jährige Steinkindträgerin von Laincelle, die dieses hohe Alter erreicht und nach dem tubaren Abort noch 2 Mal normal niederkam, ohne dass das Lithopädion ihr Störungen verursacht hätte. Das Verbluten der ectopisch-Schwangeren im 1. Blutungsanfall kommt gewiss vor, häufiger aber ist das schubweise Nachbluten. Die Blutung kommt oft dauernd zum Stehen, aber wir haben keine Anzeichen, um beurteilen zu können, ob der grade vorliegende Fall ein solcher ist. Darum muss, wenn möglich, operiert werden. Manche Autoren schreiben vor, auch im Privathause die Operation vorzunehmen, doch wird dadurch die Prognose eher verschlechtert als ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bessert, wie die Resultate Krönleins zeigen. In den referierten Fällen kam es darauf an, Transport- und Operationsmöglichkeit zu schaffen, die Gelatine- und Adrenalininjectionen sind dazu wirksame Adjuvantia gewesen. Das angewandte Gelatinepräparat ist das 10% Gelat. sterilisat.—Merck in zugeschmolzenen Glastuten, von dem H. niemals ungünstige Wirkungen gesehen und das durchaus zuverlässig ist. Vom Adrenalin hat H. den Eindruck, dass es nur auf den Gefässtonus und erst rückwirkend aufs Herz wirkt. Kochsalzinfusionen werden in diesen Fällen dagegen als Kunstfehler angesehen.

P. 8. Greiffenhagen berichtet folgende Krankengeschichte.

Eine 26-jähr. Frau aus W. erschien bei ihm mit der Angabe, seit 10 Tagen an Schmerzen im Leibe und Uebelkeit zu leiden und einen Tumor im Leibe zu haben. Nach Lavements hätte sie reichliche Flatus aber keinen Stuhl gehabt. Die objective Untersuchung ergab einen Tumor über der Symphyse, das subj. Befinden war ganz gut, ein Lavement hatte geringen Erfolg. Die gynäkologische Untersuchung gab negativen Befund, cystoskopisch wurde ein Leerarbeiten des l. Ureter festgestellt. Die Annahme einer incarcerierten Wanderniere wurde aber in Frage gestellt durch den Bericht des mittlerweile eingetroffenen Collegen aus W: er hatte dort alle klassischen Symptome der Invagination beobachtet, ja sogar den Prolaps des Invaginatums in den Sphincter gefühlt. Inzwischen hatte sich das Befinden der P. etwas verschlimmert und es wurde unverzüglich zur Operation geschritten. Im Hinblick auf die Möglichkeit einer incarcerierten Wanderniere wurde der Schnitt über dem l. Poupartschen Bande geführt: es fand sich eine Invagination des Colon ins Colon. Nach mühsamer Desinvagination fand sich an der Kuppe des Intussusceptums eine gangränöse Schnürfurche; Darmresection; nach Abnahme der Klemmen trat an den Druckstellen wieder Perforation ein; Anlegung eines Anus präternaturalis. Die Pat. ging an septischer Peritonitis zu Grunde.

Dieser Fall zeigt, wie wenig man sich unter Umständen auf die Anamnese verlassen kann und wie wichtig andererseits die Anamnese für die richtige Diagnose ist. Das Leerarbeiten des l. Ureters war verursacht durch den Druck des invaginierten Darms. Dasselbe Symptom bot früher mal ein rechtsseitiger Ovarialtumor dar, der infolge dessen fälschlich für eine ectopische Niere gehalten wurde.

Discussion:

Meder fragt, ob es in solchen Fällen überhaupt geboten ist, die Desinvagination vorzunehmen?

Greiffenhagen: Die Prognose dieser Fälle ist abhängig von der Elasticität der Umschnürung; es ist wohl vielleicht richtiger, gleich eine Enteroanastomose zu machen, aber dann bleibt die Gefahr der Sepsis bestehen. Andererseits gelingt die Desinvagination häufig ganz leicht. Dann aber erscheint es sehr practisch, nachher eine Enteroanastomie zu machen zur Verhütung von Recidiven.

Wistinghausen hat 2 Fälle von Invagination bei Erwachsenen operiert: die Desinvagination gelang leicht und die Pat. genasen. Stuhlgang spricht nicht gegen Invagination, ja kleine, häufig sich wiederholende Stühle sind gerade typisch dafür. Ein voller Verschluss des Darmlumens kommt auch meist garnicht zustande.

Greiffenhagen: Hier bestand völliger Verschluss; der durch Lavement erzielte Stuhl bestand aus altem Inhalt unterhalb der Invagination. Kleine häufige Stühle sind ein Charakteristicum der Dünndarminvagination, beim Dickdarm sind sie selten. In diesem Fall fehlten aber auch ausserdem eigentlich alle klassischen Symptome der Invagination.

Haller: Ist die Diagnose der Invagination bei Erwachsenen schon schwierig, so ist sie bei kleinen Kindern oft unmöglich rechtzeitig zu stellen. Vor einigen Wochen wurde H. zu einem ½-jähr. Kinde gerufen, das am Morgen mit Erbrechen und Durchfall erkrankt war. Das Kind bot keine besonderen Symptome dar; der Leib war etwas aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Am Abend trat ein blutiger Stuhl auf und das Kind verfiel. Am Morgen des nächsten Tages starb es und nach epikritischer Betrachtung der Erscheinungen und des Verlaufs ist Invagination als Todesursache anzusehen.

Meder bemerkt dazu, dass Verwechslungen mit Dysenterie besonders leicht unterlaufen können. So in jenem Fall aus seiner Praxis, wo ein Knabe an Ruhr erkrankt war und bald darauf sein 15-jähr. Bruder an scheinbar denselben Symptomen erkrankte. Es war aber bei diesem eine Invagination.

Wistinghausen betont, dass bei Kindern der Tumor meist zu fühlen ist und dadurch die Diagnose geklärt und gesichert wird.

Greiffenhagen: Ein Tumor ist durchaus nicht immer zu fühlen: auch in dem am 16. II. referierten Fall war das Palpationsergebnis negativ.

Secretär: Haller.

Feuilleton.

Wiener Brief.

In der Gesellschaft der Aerzte sprach W. Latzko über den extraperitonealen Kaiserschnitt. L. stellte folgendes Schema auf:

	Wahrscheinlich inficiert.	Zweifelhaft.	Wahrscheinlich rein
Räumliches Missverhältnis 1 Grades. Pluripara.	a. Beckenspaltung.	b. Beckenspaltung.	c. Extraperitonealer Kaiserschnitt.
Räumliches Missverhältnis 1. Grades. Primipar.	d. Perforation.	e. Extraperitonealer Kaiserschnitt.	f. Extraperitonealer Kaiserschnitt
Räumliches Missverhältnis 2. Grades.	g. Perforation.	h. Extraperitonealer Kaiserschnitt.	i. Extraperitonealer, eventuell klassischer Kaiserschnitt.
Absolutes räumliches Missverhältnis.	k. Porooperation.	l. Extraperitonealer.	m. Extraperitonealer, eventuell klassischer Kaiserschnitt.

«Dem gegebenen Geburtsfall gegenüber kommen bei lebendem Kinde derzeit ausser dem extraperitonealen Kaiserschnitt in Betracht die Beckenspaltung, der klassische Kaiserschnitt, die Porooperation und die Perforation. Von der künstlichen Frühgeburt, deren Berechtigung ich vollständig anerkenne, sehe ich ab, weil nur von der Indicationsstellung während der Geburt die Rede ist. Die hohe Zange möchte ich nur als Ersatz für ungenügende Wehentätigkeit, keinesfalls als Mittel zur Ueberwindung eines räumlichen Missverhältnisses gelten lassen. Die prophylactische Wendung endlich darf heute als vollständig absolete Operation gelten. Von den in Betracht kommenden Operationen weist der extraperitoneale Kaiserschnitt eine Reihe von Vorzügen auf: 1) Er ist unabhängig vom Grade des räumlichen Missverhältnisses. Diesen Vorzug teilt er mit dem klassischen Kaiserschnitt, der aber nach der heute allgemein akceptierten Indicationsstellung nur auf verhältnismässig wenige aseptische Fälle beschränkt ist. 2) Er ist eine entbindende, nicht wie die Beckenspaltung eine vorbereitende Operation, gestattet daher die Ausführung in jedem Geburtsstadium bei eintretender Gefahr für Mutter oder Kind. 3) Er lässt den Naturkräften den weitesten Spielraum, ist also im besten Sinne eine conservative Operation. Unter 100 Fällen von klassischem Kaiserschnitt aus relativer Indication befindet sich noch immer eine Anzahl, in welchem die Geburt vielleicht doch noch bei längerem Zuwarten spontan erfolgt

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wäre. Beim extraperitonealen Kaiserschnitt können wir mit der Indication bis zum letzten Moment warten, so dass wir nie Gefahr laufen, ihn überflüssig auszuführen. 4) Er lässt eine vollständige Beherrschung seiner Technik in allen Konsequenzen zu, was von der Beckenspaltung nicht gesagt werden kann. 5) Er ist verbunden mit einer geringeren Gefahr von Nebenverletzungen als die Beckenspaltung. 6) Er ist als einfache Weichteilswunde wahrscheinlich ungefährlicher als die mit kommunicierenden Scheidenverletzungen complicierte Beckenspaltung, die nach Frank einem complicierten Knochenbruch gleich zu stellen ist. Auf Grund dieser Praemissen ist das obige Schema entstanden. Das Schema teilt die Fälle ein einerseits nach Wahrscheinlichkeit einer stattgehabten Infection, anderseits nach dem Grade des räumlichen Missverhältnisses. Von einer Einteilung nach Beckenform und Conjugata habe ich abgesehen. Das ist eben der ungeheure Vorteil des intraperitonealen Kaiserschnittes, dass er gestattet, die Naturkräfte bis aufs äusserste, bis zum Eintritt einer Indicatio vitalis für Mutter oder Kind auszunützen, daher an Stelle der unverlässlichen auf gegenseitiger Abschätzung von Becken- und Schädelmassen beruhenden Geburtsprognose die Geburtsbeobachtung zu setzen. Nicht das Centimetermass ist hier, — wenigstens soweit ein relatives Missverhältnis in Betracht kommt — für die Einteilung entscheidend, sondern ausschliesslich der Umstand, ob der Schädel bei intensiver Wehentätigkeit — bei deren Mangel er durch Zug oder Druck ersetzt werden muss — in toto oder wenigstens mit einem Segment in den Beckeneingang eintritt. Bei einem Becken mit einer Conjugata von 8 Cm., das einen kleinen Schädel passieren lässt, kann von einem räumlichen Missverhältnis keine Rede sein. Ein normales Becken kann hingegen bei unverhältnismässig grossem Kinde ganz gut den Kaiserschnitt indicieren. Tritt der Schädel mit einem Segment im Becken ein, so dass nur ein Geringes zur Ueberwindung des knöchernen Hindernisses fehlt, so spreche ich von einem Missverhältnis ersten Grades. Bleibt der Schädel trotz kräftiger Geburtsarbeit oberhalb des Beckeneinganges beweglich, so besteht — soweit nicht die voraussichtliche Unmöglichkeit der Entwickelung eines verkleinerten Kindes auf natürlichem Wege das räumliche Missverhältnis zu einem absoluten stempelt — ein solches zweiten Grades. Je nach der Wahrscheinlichkeit einer stattgehabten Infection hat sich die Einteilung der Kreissenden in wahrscheinlich inficierte, zweifelhafte und wahrscheinlich reine Fälle als zweckmässig erwiesen. Die specielle Modification des extraperitonealen Kaiserschnittes durch Latzko beruht auf der seitlichen Blasenablösung im Bereich des Cavum präperitoneale wodurch — ev. nach Unterbindung des Ligamentum vesicale laterale — ein genügend grosser extraperitonealer Cervixabschnitt freigelegt wird.

Ludwig Jehle sprach über die Serumtherapie der Genickstarre. Die Krankheit zeichnet sich durch ihr sprungweises Auftreten aus, es werden hauptsächlich Kinder von ihr befallen; Contactinfectionen in dem Sinne wie bei anderen Infectionskrankheiten werden bei ihr nie beobachtet. Für die Kohlengrubengebiete konnte J. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitsstätte der erwachsenen Familienangehörigen und der Erkrankung der Kinder nachweisen. Die Erwachsenen inficieren sich in ihrer Arbeitsstätte «unter Tag», sie tragen den Krankheitskeim in ihre Familie woselbst dann durch Schmierinfection die Ansteckung, insbesondere mit den Erwachsenen durch Küssen, Wartung, Pflege erfolgt. Vollständig dunkel ist die Ursache der oft explosionsartigen Häufung der Erkrankungen in grossen Städten, Zweifellos spielen hier die Coccenträger die grösste Rolle, deren Bekämpfung bei der Prophylaxe eine grosse Rolle spielt; insbesonders wäre die Nasenrachendesinfection in Betracht zu ziehen. J.'s Beobachtungen erstrecken sich auf 100 Kinder, vorwiegend in den ersten Lebensjahren. Betreffs der Therapie wurden von 96 klinisch und bacteriologisch sichergestellten Fällen 55 nicht mit Serum behandelt. Davon genasen vollständig 3 Fälle, (1 Kind blieb taub), es starben 39 Fälle, ungeheilt entlassen wurden in chronischem Stadium mit Hydrocephalus 13 Fälle. Wir haben demnach eine ganz enorm hohe Mortalität und einen ausserordentlich geringen Heilungsprocentsatz beobachtet. Mit Serum wurden 41 Fälle behandelt. In einzelnen Fällen wurde das Serum Merck, in den meisten Fällen aber das im Wiener serotherapeutischen Institut hergestellte Meningococcenserum verwendet. Bei der Beurteilung des Erfolges der Serumtherapie kommen folgende Gesichtspuncte in Betracht: 1) Die Dauer der Erkrankung; je frischer die Erkrankung, umso eher lässt sich ein Erfolg der Behandlung erwarten. 2) Das Alter des Patienten. 3) Die Schwere der Infection und eventuelle Complicationen. Unter den 41 injicierten Fällen genasen vollständig 19 Fälle, ungeheilt blieben 4 Fälle, gestorben sind 18 Fälle. Von den geheilten Fällen wurden alle, mit Ausnahme von 3 Fällen in den ersten 4 Tagen, die meisten in den ersten 3 Tagen injiciert. Was die trotz Serumbehandlung verstorbenen Fälle betrifft, so sehen wir, dass sämtliche Kinder des 1. Lebensjahres, und fast sämtliche der ersten zwei Lebensjahre starben. Die Injection wurde bei diesen Fällen erst zu einem sehr späten Termin verabreicht. Dieser Umstand erklärt sich leicht aus der Schwierigkeit der Diagnose bei ganz jugendlichen Individuen. Bei anderen frühzeitig injicierten und trotzdem verstorbenen Kindern dieses Lebensalters konnte Ghon bei der Obduction den Nachweis erbringen, dass es sich keineswegs um frische Erkrankungen, wie man aus der Anamnese schliessen durfte, sondern, dass es sich um rekrudescierende Erkrankungen handelte. In diesen Fällen ist das Versagen der Serumbehandlung wohl gleichfalls auf die mangelhafte, späte Diagnose zurückzuführen. Ein zweites auffallendes Moment ist das relativ häufige Vorkommen des tötlichen Ausganges bei ganz frischen Fällen, die am ersten Krankheitstage injiciert wurden, Bei diesen war schon das klinische Bild und der weitere Verlauf der Erkrankung nach der Injection ganz eigentümlich. Die Kinder kamen in der Regel comatös oder mit hochgradigen Jaktationen zur Aufnahme und zeigten gleichzeitig eine deutliche Cyanose ihrer Hautdecken. Der Zustand verschlimmerte sich nach der Injection ganz auffallend. Es trat Coma, Cyanose und Collaps ein. In allen diesen Fällen constatierte Ghon einen ausgesprochenen status thymico-lymphaticus mit Thymushyperplasie, Hyperplasie der Drüsen. Nach unseren Beobachtungen darf nun von der intralumbalen Injection, nicht von der subcutanen ein Erfolg erwartet werden. Da in der Regel 10—20 Cm.^{3} Serum injiciert werden, so wird man trachten, vorher eine entsprechende Menge von Cerebrospinalflüssigkeit zu entleeren. Doch ist dies nicht unbedingt notwendig.

Rudolf Kraus berichtet über den Stand der experimentellen Vorarbeiten in dieser Frage. Man kann Jochmann als den ersten bezeichnen, der sich mit der Herstellung eines Serums gegen cerebrospinale Meningitis beschäftigt hat. Jochmann hat versucht, eine experimentelle Basis zu finden, und das Serum im Tierversuche auszuwerten. Schon Jochmann glaubt auf Grund seiner Versuche an Meerschweinchen, dass dem Serum keine bactericide Eigenschaft zukomme. Die Versuche Jochmanns, in welchen das Serum an mit Meningococcen inficierten Meerschweinchen geprüft wurde, haben wohl gezeigt, dass dem Serum eine gewisse antiinficiöse Eigenschaft zukomme, eignen sich aber nicht, methodisch zur Wertbemessung herangezogen zu werden. Die Meningococcen sind in ihrer Virulenz so schwankend und die individuelle Resistenz der Meerschweinchen so gross, dass die methodische Auswertung eines Serums aus diesen Gründen unmöglich ist. Ruppel hat auf demselben Princip sein Serum geprüft; nur muss bemerkt werden, dass allgemein der hochvirulente Stamm Ruppels als Meningococc. intrac. angezweifelt wird. Wenn wir noch die Versuche Flexners berücksichtigen, in welchen es gelungen ist, die Wirksamkeit eines mit Meningococcus gewonnenen Serums an spinal inficierten Affen zu demonstrieren, so müssen wir sagen, dass durch diese Arbeiten die Wirksamkeit des Meningococcenserums gezeigt wurde, eine Wertbemessung haben sie uns gebracht. Kolle und Wassermann haben in Erkenntnis der Schwierigkeiten des Tierversuches eine Vitrobestimmung angegeben, Diese Autoren wollen mittelst der Complementablenkungsmethode nach Bordet-Gengon die complementbildenden Substanzen des Serums bestimmen und daraus den Wert des Serums ableiten. Gegen diese Auswertung habe ich (Kraus) am internationalen Congress in Berlin Bedenken geäussert. Es haben Moreschi, Haendel, Heine u. a. gezeigt, dass die complementbindende Fähigkeit mit den Ambozeptoren nichts zu tun haben müsse. Unabhängig von Kolle und Wassermann habe ich gemeinschaftlich mit Doerr diese Frage untersucht. Gewisse klinische und anatomische Befunde sprechen dafür, dass bei der Meningitis cerebrosp. eine Giftwirkung der Meningococcen nicht auszuschliessen sein dürfte. Es haben Flexner, v. Lingelsheim und wir solche Gifte gewinnen können. Mit diesen Giften, die für junge Meerschweinchen tötlich sind, haben wir Ziegen vorbehandelt, und konnten ein giftneutralisierendes Serum gewinnen. Auch in Pferden konnten wir nach Vorbehandlung solche Sera gewinnen. Jedenfalls haben die Versuche ergeben, dass im Meningococcenserum giftneutralisierende Substanzen sind. Neufeld hat zeigen können, dass dem Serum bacteriotrope Eigenschaften zukommen, und bestimmt den Gehalt der Bacteriolysine mittelst einer eigenen Methode.

In der «Gesellschaft für innere Medicin», die in ihrer letzten Sitzung v. Strümpell zum Präsidenten wählte, sprachen Hans Eppinger und Leo Hess zur Pathologie der Basedow'schen Erkrankung. Pharmakologische Untersuchungen haben zu dem Ergebnis geführt, dass gewisse Arzneisubstanzen eine elective Reizung des sympathischen oder des autonomen Nervensystems ausüben. Das erstere wird vom Adrenalin, das letztere von Pilocarpin (resp. Physostigmin) gereizt. Diese pharmacologischen Prüfungen liefern für das Studium der Nervenfunctionen zuverlässigere Resultate als die älteren Experimente, die in elektrischer Reizung der Nervenstämme bestanden, da ja die ana-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tomischen Nerveneinheiten keineswegs auch functionelle Einheiten darstellen. Beide Nervensysteme beteiligen sich an der Innervation sämtlicher innerer Organe, die sie im antagonistischen Sinne beeinflussen. So bewirkt Sympathicusreizung eine Erweiterung, autonome Reizung eine Verengerung der Pupille. Injiciert man Menschen subcutan 0·01. Pilocarpin, also ein sogenanntes «vagotropes» Mittel, so beobachtet man Salivation, Schweiss, Röte des Gesichtes, auch gesteigerte Darmperistaltik, Brechreiz. Dagegen hat 0·001 Adrenalin, subcutan gegeben, Tachycardie, Glykosurie und Polyurie zur Folge, Wirkungen, die wir als Sympathicusreizung auffassen. Beide Pharmaka müssten, gleichzeitig verabfolgt, ideal völlig wirkungslos bleiben. Bei manchen Menschen sind jedoch die erwähnten Pharmaka, in der üblichen Dosis gereicht, ohne jeden Effect, während bei anderen mächtige Wirkungen zur Beobachtung kommen: bei diesen letzteren sind daher allem Anscheine nach günstigere Angriffspuncte vorhanden. Von Interesse war nun die Beobachtung des Vortragenden, dass bei jenen Menschen, die gegen Pilocarpin refractär sind, eine starke Adrenalinwirkung sich erzielen lässt und dass umgekehrt eine starke Pilocarpinwirkung dort auftritt, wo Adrenalin versagt. Bei den ersteren ist aus diesem Verhalten ein erhöhter Tonus im sympathischen System zu postulieren («sympathicotonische» Menschen), während bei den letzteren der Tonus des autonomen Systems als erhöht anzunehmen ist («vagotonische» Menschen). Die grosse Fülle der sog. Nebenerscheinungen bei der Basedowschen Krankheit lässt sich von diesem Gesichtspuncte aus in solche gliedern, die auf einem erhöhten Reizzustande des autonomen Systems beruhen (Schweiss, Exophtalmus, Diarrhöen, ev. spastische Obstipation) und in solche, die sich auf einen erhöhten Sympathicus tonus—beziehen lassen (Protrosio bulbi, vielleicht Tachykardie spontane und alimentäre Glykosurie etc.). Zahlreiche Beobachtungen zeigen, dass tatsächlich die Fälle von M. Basedowii sich in 2 Gruppen gliedern lassen, in deren eines die Reizerscheinungen des sympathischen Systems, vorherrschen, während bei der anderen im Vordergrunde die Erscheinungen von erhöhtem Vagustonus stehen (sympathico- und vagotonischer Basedow). Endlich muss hervorgehoben werden, dass in einer nicht geringen Zahl von Basedow-Fällen ein Reizzustand beider Nervensysteme auf der Höhe der Erkrankung besteht. Wenn von mancher Seite die Ansicht geäussert wurde, dass der Basedowschen. Erkrankung ein Dysthyreoidismus zugrunde liege, so muss dem gegenüber hervorgehoben werden, dass auf Grund dieser Anschauungen auch die Annahme eines Hyperthyreoidismus genügt, um die pathologischen Phänomene zu erklären, wenn man ausserdem eine geänderte Reizbarkeit der beiden antagonistischen Nervensysteme zur Erklärung heranzieht.

Von Interesse, schon mit Rücksicht auf die Befunde Muchs (Hamburg-Eppendorf), ist der Vortrag Felix Bauer-Heine-Lehndorf über die Activierung der Kobragifthämolyse durch Patientensera: Calmette hatte diese Reaction als charakteristisch für die Frühstadien der Tuberculose angesprochen, solange nicht Fieber und Kachexie vorhanden sind. Die Untersuchung erstreckte sich auf 140 Sera von Gesunden und Kranken verschiedenster Art. Es ergab sich, dass eine Specificität dieser Reaction für Tuberculose vorhanden ist, sie fand sich in 47·8 pCt. und im Gegensatze zu den Angaben Calmettes viel häufiger und intensiver bei fiebernden und kachectischen Phthisen als bei Anfangsstadien der Tuberculose, bei Syphilis waren circa 50 pCt. positive Resultate. Bei Neugeborenen fehlt die Kobragift activierende Substanz fast constant im Serum, ist aber stets vorhanden im Serum aus dem Placentarblute der Mütter. In der Cerebrospinalflüssigkeit und in manchen Seris konnte ein der lösenden Substanz antagonistisch wirkender Körper nachgewiesen werden. Oskar Frankl bemerkt in der Discussion, dass die Tatsache, dass das mütterliche Serum ausnahmslos, das kindliche fast nie, als Activator wirkte, dadurch zu erklären ist, dass das Mutterserum reich an Lecithin ist, das der Neugeborenen arm. Aus dem mütterlichen Anteil der Placente gelangt in den foetalen kein Blut, Erich Stoerk ist in einer gemeinsamen Arbeit mit Eitner zu ähnlichen Resultaten wie die Vortragenden gekommen. Der Umstand, dass normale Sera das Kobragift nicht activieren, könnte der Reaction dennoch einen grossen practischen Wert verleihen, jedoch beeinträchtigt die Umständlichkeit der Versuchsanordnung ihre Verwendbarkeit in der Privatpraxis.

Fr. Hamburger spricht über die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter: Die Tuberculosehäufigkeit nimmt im Kindesalter von Jahr zu Jahr zu, und im Pubertätsalter sind schon ca. 95 pCt. aller Kinder von Wien nachweislich tuberculös (!) «Tuberculös beisst nicht tuberculosekrank, sondern tuberculoseinficiert. Es handelt sich dabei oft, wie man am Sectionstisch sehen kann, um so geringfügige Veränderungen in den Bronchialdrüsen, dass sie selbst vom pathologischen Anatomen oft und schwer und nach längerem Suchen gefunden werden können. Solche minimale Veränderungen sind selbstverständlich klinisch völlig undiagnosticierbar. Die Häufigkeit der Tuberculose unter den Kindern Wiens auf Grund der Sectionen bleibt weit hinter den an Lebenden gefundenen Zahlen zurück, wie sie von Hamburger und Monti aufgestellt wurden. Sie stellten ihre Untersuchungen mit Hilfe combinierter Anwendung von cutaner und subcutaner Tuberculinreaction an. Besonders letztere Reaction ist sehr empfindlich und fast nie entgeht ihr auch der kleinste tuberculöse Herd. Wenn die Sectionszahlen und die Lebendenzahlen nicht miteinander übereinstimmen, so ist dies damit zu erklären, dass früher bei den Sectionen relativ viele Fälle von inactiver Tuberculose übersehen wurden. Das ist dadurch zu beweisen, dass die Sectionszahlen des Jahres 1908, seit welcher Zeit jedes Kind im Leben einer Tuberculinreaction unterzogen wurde, sehr gut mit den Tuberculinzahlen übereinstimmen. Der Schluss, dass die Kinder Wiens im Pubertätsalter schon zu 95 pCt. tuberculös inficiert sind, ist nach den Untersuchungen von Ganghofner (Prag) und Harbitz (Christiania) auf alle grösseren Städte mit grösster Wahrscheinlichkeit zu übertragen. Die Zahlen von Ganghofner und Harbitz bleiben hinter den Wiener Zahlen noch zurück, weil Ganghofner nicht mit der subcutanen Application des Tuberculins gearbeitet hat, und Harbitz doch wahrscheinlich einen oder den anderen Fall bei den Sectionen übersehen hat, mit dieser Tatsache ist die Forderung Behrings, dass zur Entstehung der menschlichen Phthise eine Tuberculoseinfection im Kindesalter notwendig ist, erfüllt. Escherich bemerkt in der Discussion, dass die Uebertragung der experimental gefundenen Vorstellung auf die gesamte Wiener Bevölkerung auf ihn einen deprimierenden Eindruck mache, und auch mit seiner klinischen Erfahrung nicht übereinstimmt. Die relative Seltenheit der Tuberculose im Säuglingsalter, ihre grosse und rasch zunehmende Häufigkeit bis zum 6. Jahr deckt sich mit der Tatsache, dass wir in dieser Zeit eine so grosse Zahl von scrofulösen und tuberculösen Erkrankungen sehen und dass die Kinder in dieser Zeit durch den innigen Verkehr mit tuberculösen Erwachsenen durch die Schmierinfection etc. der Infection besonders ausgesetzt sind. Dagegen sind wir gewöhnt, jenseits dieser Altersgrenze in der zweiten Kindheit Erkrankungen und speciell solche tuberculösen Charakters sehr viel seltener zu sehen. Auch sind die Bedingungen für die Infection viel geringer. Es erscheint daher unverständlich, wieso es gerade in dieser Zeit zu der erschreckenden Steigerung auf die Zahl von 95 pCt. kommt. I. Robinsohn sagt, dass die Untersuchungen von Hamburger und Ghon auf die Röntgenologen erleuchtend gewirkt haben. Bisher stand der Kliniker den Befunden der Röntgenologen ebenso skeptisch gegenüber wie den biologischen und anatomischen. Die Röntgendurchleuchtung und namentlich die Röntgenplatte offenbart nämlich, dass man beim Erwachsenen so gut wie nie, beim älteren Kinde nur selten, eine Lunge findet, die vollkommen frei ist von denjenigen Schattenbildungen, die wir als für Tuberculose charakteristisch erkennen. Es sind dies drei Gruppen von morphologischen Differencierungen am Schattenbilde: 1. Streifenförmige Verdichtungen, die dem Verlaufe der Bronchialverzweigungen folgen (Peribronchitis, Induratio pulmonis interstilialis) 2. Inselförmige Verdichtungen, die nach Form, Lage und Grösse auf das Lymphdrüsensystem bezogen werden müssen, welcher die Trachea und der Bronchialbaum bis in die feinsten Verzweigungen begleitet, (Adenitis pulmonalis) oder unregelmässig gelegene und geformte wirkliche Infiltrationsherde (kleinere und grössere Conglomerattuberkel und andere Lungenverdichtungen) 3. Lufthaltige (parenchymfreie, resp. parenchymarme) Lungenherde, von denen in einzelnen Fällen röntgenologisch schwer festzustellen ist, ob sie einem Gewebszerfall (Kaverne) oder einer circumscripten Erweiterung der Luftwege (Bronchiectasie, interstitielles Emphysem) entsprechen. Es ereigneten sich nun bisher folgende Fälle: 1) die klinischen Erscheinungen stimmten mit dem Röntgenbefund überein, sehr selten, 2) die klinischen Befunde deckten sich nur teilweise mit den Röntgenbefunden, 3) einem auffallend positiven röntgenologischen Befundstand ein absolut negativer klinischer gegenüber und 4) umgekehrt. Die letzte Unvollkommenheit, die negativen Röntgenbilder bei positivem klinischen Befund, haben wir in den letzten Jahren fast vollständig getilgt. Während man früher bei der Röntgenuntersuchung der Lunge sich meistens auf die Durchleuchtung beschränkte, wissen wir jetzt, dass man mittels der Durchleuchtung die respiratorischen Bewegungsphänomene also functionelle Abweichungen von der Norm gut, die morphologischen Anomalien aber nur in groben Zügen feststellen kann. Zur Darstellung feiner und feinster anatomischer Veränderungen der Lunge ist das Röntgenographieren bei respiratorischem Stillstand, am besten die Momentaufnahme unerlässlich. Bei der regelmässigen Combination von Röntgenoskopie und Röntgenographie lässt sich die Zahl der Versager auf ein Minimum reducieren. Bleiben also noch die Fälle, in denen das Röntgenbild, scheinbar zu viel zeigt. Nach Hamburger-Ghon können wir dieses Zuviel als vollwertig annehmen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der «Dermatologischen Gesellschaft» stellte Königstein einen Pat. mit Fractura corporis penis sinistri vor. Pat. versuchte das maximal steife Glied nachrechts abzubiegen und stellte diesen Versuch erst ein, als er einen deutlichen Krach hörte. Bald nachher schwoll das Glied an. Als wir den Pat. 20 Stunden nach diesem Vorfalle untersuchten, war das Glied mächtig aufgetrieben infolge eines sehr ausgedehnten Haematom, das sich von der Haut des Penis auf die angrenzenden Partien des Mons Veneris erstreckte. Heute, ungefähr 6 Wochen nach dem Unfalle, sind noch eine schwarzbraune Pigmentation der Gliedhaut, sowie ein über haselnuss grosses Infiltrat als Residuen des Haematoms warnehmbar.

Nach der «Oesterreichischen Statistik» weist von den Jahren 1897 bis 1906, das Jahr 1906 ein ausserordentlich günstiges Ergebnis auf. Durchschnittlich entfallen für das Jahr 210.133 Trauungen, 953029 Lebendgeburten und 646989 Sterbefälle (bei einer Gesamtbevölkerung von circa 30 Millionen, ohne Ungarn). Im Jahre 1906 stieg die Zahl der Trauungen auf die bisher noch nicht erreichte Ziffer von 217317. Die Zahl der Lebendgeburten (961258) wird nur von den Jahren 1902 mit 984240, 1901 mit 961501 und 1904 mit 961430 übertroffen. Die Sterbeziffer für 1906 ist die bisher mindeste (619063), es ist deshalb auch der Bevölkerungszuwachs, der im Durchschnitt jährlich 306040 Personen beträgt, der grösste mit 342195 Personen. Bezüglich der Trauungen steht Galizien mit 61646 an der Spitze, es folgen Böhmen mit 52980, Niederösterreich mit 28161 (davon Wien allein mit 18838) und Mähren mit 19659. Die übrigen Länder bleiben unter 10000, Vorarlberg weist am wenigsten (758 Trauungen) auf. Die grösste Zahl der Eheschliessungen (114918) weisen die Männer über 24 bis 30 Jahre, und zwar mit Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren (45513 Trauungen), mit Frauen im Alter von 24 bis 30 Jahren (38207 Trauungen), und im Alter von 16 bis 20 Jahren (20109 Trauungen) auf; 419 Frauen im Alter unter 16 Jahren und mit 40 Jahren heirateten Männer bis 20 Jahre, und 582 Frauen im Alter von 16 Jahren bis 60 Jahren Männer über 70 Jahre. Ehen gleichen Bekenntnisses fanden 209140, beiderlei confessionslos 168, gemischter Religion 9000 statt. Es erhielten von den ledigen Frauen 178490 ledige Männer, 21847 Witwer und 125 getrennte Männer; von den Witwen 8922 Witwer, 7778 ledige Männer und 23 getrennte Männer; von den getrennten Frauen 84 ledige Männer, 34 Witwer und 14 getrennte Männer. 1906 wurden 987166 Kinder und zwar 507,024 Knaben und 480142 Mädchen geboren, von denen 12662 Knaben und 12056 Mädchen Mehrlingsgeburten waren. Todesfälle ereigneten sich insgesamt 619063 (314220 m., 304843 w.). Die natürlichen Todesursachen übersteigen alle anderen Todesarten mit 310905; es folgen die Tuberculose mit 86754 und Lungenentzündung mit 57361; durch Selbstmord endeten 4762 Personen, und durch Mord oder Todschlag 597, (426 m. 171 w.) Sehr gross ist die Kindersterblichkeit im ersten Jahre: sie beträgt 194220; sie nimmt schon im 2. Jahre sehr stark ab und sinkt bis zum 14. Jahre auf 1948. Nun steigert sich langsam die Sterblichkeit bis zum 23. Jahre wieder, und erhält sich dann im Allgemeinen gleichmässig bis zum 54. Lebensjahre. Die grösste Sterblichkeitsziffer weist später das 71. für beide Geschlechter gleichseitig 7873 auf; die Meistzahl der Frauen starb im 67. Lebensjahr. Nun mehr steigert sich mit bestimmter Regelmässigkeit die Sterbeziffer.

Ein hohes Alter erreichten mit

				Männlich.	Weiblich.
90	Jahren	845	Personen	390	455
91	»	759	»	317	442
92	»	383	»	159	224
93	»	336	»	129	207
94	»	228	»	112	116
95	»	200	»	71	129
96	»	157	»	57	100
97	»	83	»	33	50
98	»	51	»	8	46
99	u. darüber	158	»	63	95

Vorkehrungen zur Bekämpfung der Tuberculose wurden in Oesterreich erst in letzter Zeit practisch in Angriff genommen. Man glaubte früher dem Uebel nicht mit genügendem Erfolge beikommen zu können und beschränkte sich darauf, wohlhabende Leute in einen klimatischen Curort, Arme in ein Spital zu schicken, obschon Prof. v. Schrötter bereits im December 1883 die Errichtung eigener Anstalten angeregt hatte. Der Anfang wurde gleichfalls auf Betreiben Schrötters mit der Heilanstalt Alland bei Wien gemacht. Sie beherbergt gegenwärtig 256 Kranke und gibt jährlich 1000 Kranken Aufnahme. In Böhmen bildete sich 1899 ein Verein für Lungenkranke, der sich 1903 in eine deutsche und böhmische Abteilung umwandelte 1903 entstand in Wien der Verein «Viribus unitis» Hilfsverein für Lungenkranke der eine Zentralisierung dieser Actionen in ganz Oesterreich bezweckt. Dem Verbande gehören die zwei Vereine in Böhmen, dem ein gleichsinniger Verein in Mähren, in Oester. Schlesien, und der Zweigverein Krain angehören. Der böhmische Verein hat die Villa weilands Prof. Alberts in Senftenberg erworben und zu einem Sanatorium ausgestaltet. Der deutsche Verein errichtete eine Lungenheilstätte in Zwickau. Der steirische Verein erbaute eine Heilstätte in Hörgas. Ausserdem errichteten die Zweigvereine in mehreren grösseren Städten Hilfsstellen für Lungenkranke. Eine besondere Forderung der Actionen gegen die Tuberculose wurde mit dem Gesetze vom 28. December 1906 angebahnt, das die Regierung ermächtigt, aus den Gebührungsüberschuss 2 Millionen Kronen für die Tuberculosebekämpfung zu verwenden. Es wurde ein Curatorium eingesetzt, das die Verwendung der Fondserträgnisse beschliesst. Der Minister d. Innern, v. Haerdtl, gab jüngst im Budgetausschusse kund, dass eine Reorganisation der Zentrale des stadtlichen Sanitätswesens geboten ist. Ferner soll der Oberste Sanitätsrat durch die Bildung von Fachsectionen erweitert werden; desgleichen soll ein Epidemiegesetz geschaffen und energische Massregeln zur Bekämpfung der Malaria getroffen werden.

Sofer.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 9. Juli	des 10. Juli	71	25	48	797
» 10. »	» 11. »	68	26	63	775
» 11. »	» 12. »	69	29	60	755
» 12. »	» 13. »	55	26	51	852
» 13. »	» 14. »	59	19	35	845
» 14. »	» 15. »	46	33	42	841
» 15. »	» 16. »	41	17	66	652

Seit dem Beginn der Epidemie sind 13794 Personen erkrankt, 5327 gestorben und 7805 genesen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben. vom 5. bis zum 11. Juli		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	493	(229)	3151	(1176)	16. Mai
Kronstadt	10	(5)	74	(29)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	59	(32)	497	(210)	27. Mai
» Archangelsk	92	(49)	341	(169)	13. Juni
» Wologda	64	(32)	183	(73)	19. »
Gouv. Olonez	2	(3)	9	(7)	8. »
Stadt Wjatka	1	(1)	2	(2)	1. Juli
Gouv. Estland	2	(1)	3	(1)	14. Juni
» Kurland	9	(2)	10	(2)	4. Juli
» Livland	18	(5)	34	(12)	17. Juni
» Wilna	—	—	1	(1)	29. »
» Witebsk	48	(5)	70	(12)	16. »
» Twer	4	(2)	20	(8)	29. »
» Jaroslaw	1	(—)	4	(2)	24. »
» Kostroma	2	(—)	2	(—)	6. Juli
» Ssimbirsk	—	(—)	2	(—)	27. Juni
» Moskau	1	(—)	5	(1)	25. »
» Nowgorod	37	(11)	98	(42)	9. »
» Pskow	15	(7)	26	(12)	28. »
» Rjasan	—	(—)	24	(12)	10. »
» Wladimir	—	(—)	2	(1)	25. April
Finnland	—	(—)	6	(1)	6. Juni

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. Juni 1909 994 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 16, Typhus exanthem. 20, Febris recurrens 10, Pocken 16, Windpocken 6, Masern 79, Scharlach 46, Diphtherie 40, Cholera 556, acut. Magen-Darmkatarrh 166, an anderen Infectionskrankheiten 39.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11268. Darunter Typhus abdominalis 293, Typhus exanth. 31, Febris recurrens 55, Scharlach 214, Masern 101, Diphtherie 164, Pocken 78, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 757, crupöse Pneumonie 122, Tuberculose 271, Influenza 157, Erysipel 111, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 45, Lepra 0, Syphilis 437, venerische Krankheiten 319,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

acute Erkrankungen 1843, chronische Krankheiten 1523, chirurgische Krankheiten 1333, Geisteskrankheiten 3197, gynäkologische Krankheiten 210, Krankheiten des Wochenbetts 65, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 1096 + 48 Totgeborene + 63 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 11, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 45, Scharlach 15, Diphtherie 16, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 17, katarrhalische Pneumonie 75, Erysipelas 6, Influenza 8, Lyssa C, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 2, Febris puerperalis 11, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 4, Cholera 278, Magen-Darmkatarrh 80, andere Magen- und Darmerkrankungen 58, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 41, Marasmus senilis 28, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 261.

— Im Kreise Podolsk des Gouv. Moskau sind 17 Menschen von tollwütigen Tieren gebissen worden. Die Krankheit soll under den Tieren beinahe den Charakter einer Epizootie angenommen haben.

— Verbreitung der Cholera. In Königsberg starb am 8. (21.) Juli ein junger Amerikaner, der auf dem Wege aus Japan über Russland hier angekommen war, an der Cholera. Seine Familienmitglieder, die mit ihm reisten, sollen gesund geblieben sein.

Auf einem schwedischen Dampfschiff kamen auf dem Wege von Riga nach Schweden 2 leichte choleraverdächtige Erkrankungen vor. Beide Kranke sollen sich in der Genesung befinden. Der Dampfer ist in Quarantäne gebracht.

In Calcutta starben vom 30. Mai bis zum 5. Juni 61 Personen an der Cholera. — In Singapore erkrankten vom 27. Mai bis zum 1. Juni 5 Personen an der Cholera, von denen 3 starben. — Auf den Philippinen erkrankten in den Provinzen im Laufe des Mai 98 Personen an der Cholera und starben 60. In Manila wurden keine Choleraerkrankungen constatiert.

Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 30. Mai bis zum 5. Juni 1986 Personen an der Pest und starben 1698. — In Aegypten erkrankten vom 26. Juni bis zum 2. Juli 24 und starben 9 Personen an der Pest. — In Caracas (Venezuela) sollen im Juni 12 Fälle von Pesterkrankung vorgekommen sein.

— Am 16.—19. August (n. St.) findet in Bergen die 2. Internationale wissenschaftliche Conferenz zur Bekämpfung der Lepra statt. Das Programm ist folgendes:

Sonntag, d. 15. August: Empfang der Conferenzmitglieder und ihrer Damen um 8½ Uhr abends im Grand Café in der Nähe des «Ole Bulle»-Platzes.

Montag, d. 16. August: I. Eröffnung der Conferenz um 10 Uhr morgen im «Den gode Hensigt» gegenüber dem Theater. II. Verlesung der Berichte.

1. Kirchner (Berlin): Die Schutzmassregeln gegen die Lepra seit 1897 in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten. 2. Jeanselme (Paris): Der Kampf gegen die Lepra in den französischen Colonieen. 3. v. Petersen (St. Petersburg): Die Lepra in Russland. 4. Kobler (Sarajewo): Die Lepra in Bosnien und der Herzegovina. 5. Bordoni Uffreduzi (Mailand): Die Lepra in Italien. 6. Babes (Bukarest): Der gegenwärtige Stand der Lepra in Rumänien. 7. Dohi (Tokio): Ueber weitere Massregeln zur Prophylaxis der Lepra in Japan in den letzten Jahren. 8. Dubois-Havenith (Brussel): Ueber die Lepra im belgischen Congogebiet. 9. Raynaud (Algier): Ueber die Lepra in Algier. 10. Brinckerhoff (Hawaii): Der Stand der Lepra in den Vereinigten Staaten und den Colonieen, und die jetzt von der Regierung ergriffenen Massregeln zum Studium und zur Verhütung dieser Krankheit. 11. Sommer (Buenos Aires): Die Lepra in Argentinien. II. Am Abend veranstaltet der Municipalrat von Bergen ein Gastmahl zu Ehren der Conferenzmitglieder.

Dienstag, den 17. August. I. Vorträge von ½9 Uhr morgens bis 1 Uhr.

1. Dehio (Dorpat: Ueber die Verbreitungswege der Lepra. 2. Ehlers (Kopenhagen): Uebertragung der Lepra durch blutsaugende Insecten (Bettparasiten). 3. Sand (Reitgjaerdet): Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Uebertragung? 4. Thibierge (Paris): Bacteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Lepra. 5. v. Düring (Dresden): Ist die Lepra hereditär? 6. Marchoux (Paris): Der biologische Charakter und die Verbreitungsweise des Leprabacillus. 7. Rosolimos (Athen): Ueber die Contagiosität der Lepra. 8. Sticker (Bonn): Fragen zur Aetiologie der Lepra.

Discussion: Hutchinson (London): Tatsachen, betreffend die Fischhypothese der Lepra. Die Lepra verbreitet sich hauptsächlich durch Nahrungsmittel und ist nur in unbedeutendem Mass contagiös. Sommer (Buenos-Aires). Perrin (Marseille). Lie (Bergen).

Vorträge von 4 bis 6 Uhr abends.

1. Brocq (Paris): Ueber die Diagnose der Lepra. 2. Moreira (Rio de Janeiro): Ueber die Psychosen der Leprösen. 3. Jadassohn (Bern): die tuberculoiden Formen der Lepra. 4. Falcao (Lissabon): Bericht über das Initialstadium der Lepra. 5. Zechmeister (Sarajewo): Klinische Beobachtungen an Leprösen Bosniens und der Herzegowina.

Discussion: Brinckerhoff (Hawaii). Boeck (Kristiania). Jonathan Mc. Donald (Hawaii). II. Um 8 Uhr abends eine Theateraufführung für Conferenzglieder und ihre Damen.

Mittwoch, d. 18. August. Vorträge von 9½ bis 1 Uhr mittags.

1. Deycke (Hamburg): Ueber die Therapie der Lepra. 2. Dyer (New-Orleans): Die Behandlung der Lepra. 3. Borthen (Trondhjem): Die Behandlung der Lepra des Auges. 4. Kiwull (Russland): Erfahrungen über die Nastinbehandlung der Lepra. 5. Pernet (London): Die Behandlung der Lepra. 6. Lie (Bergen): Ueber die Behandlung der Lepra. 7. Ashburton Thompson (Sidney): Klinischer Bericht über einen Versuch mit Nastin.

Discussion: Mac Leod (London). Engel Bey (Cairo). Brinckerhoff (Hawaii). Abraham (London).

Vorträge von 4 bis 6 Uhr abends:

1. Mac Leod (London): Uebersicht über die Fortschritte in der pathologischen Anatomie der Lepra. 2. Babes (Bukarest): Ueber die specifischen Reactionen der Lepra. 3. Meier (Berlin): Serologische Untersuchungen bei Lepra. 4. Brinckerhoff (Hawaii): Ueber Complementbindung bei der Lepra. 5. Harbitz (Kristiania): Ueber trophoneurotische Veränderungen bei Lepra. 6. Nohl (Wien): Zur Histologie der lenticulären Lepride.

Demonstrationen: Unna (Hamburg). Borrel (Paris). Arning (Hamburg). Goodhne (Hawaii).

Donnerstag, d. 19. August. I. Vorträge um 9½ Uhr morgens.

1. Robert Koch (Berlin): Die Bekämpfung der Lepra. 2. Wise (Washington: Prophylaxis der Lepra. 3. Holmboe (Kristiania): Der Kampf gegen die Lepra. (Allgemeiner Bericht).

Discussion: Hutchinson.

Wenn es die Zeit gestattet, werden noch folgende Berichte verlesen werden.

1. Dohi (Tokio): Geschichte der Lepra in Japan und China. 2. Kirchner (Berlin): Reste der Aussatzhäuser. 3. Prochorow (Russland): War die Lepra im Altertum dieselbe Krankheit, die wir jetzt unter diesem Namen verstehen, und welche Massregeln wurden gegen diese Krankheit seit dem Altertum bis zur Gegenwart ergriffen?

II. Schluss der Conferenz.

III. Bankett für die Conferenzmitglieder.

— Der diesjährige Alvarenga-Preis ist von der Hufelandischen Gesellschaft dem dirigirenden Arzt des Sanatoriums Grunewald, Dr. K. Bamberger für seine Arbeit «die innere und chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs und ihre Erfolge» zuerkannt worden.

— Prof. Dr. Steyrer, I. Assistent an der II. medicinischen Klinik in Berlin ist zum Director der medicinischen Klinik in Greifswald (an Prof. Minkowskis Stelle ernannt.

— Prof. Dr. Czerny-Breslau hat eine Berufung nach Strassburg auf den neu errichteten Lehrstuhl der Kinderheilhunde erhalten und dieselbe angenommen.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Moskau am 2. Juli Dr. S. Kartamyschew, geb. 1860, Arzt seit 1884. Der Verstorbene hatte die Moskauer Universität absolviert und wurde dann Stadtarzt daselbst. Er erfreute sich allgemeiner Beliebtheit unter den Collegen. 2) Am 4. Juli in Elisawetgrad plötzlich der Oberarzt des Hospitals des Roten Kreuzes der heiligen Anna, der bekannte Chirurg Dr. Juszewitsch. 3) Am 28. Juni in Nikolaewsk (Gouv. Ssamara) Dr. M. Rutenberg, geb. 1867, Arzt seit 1894. 4) Am 29. Juni in Moskau A. Tizner, geb. 1831, Arzt seit 1857. 5) Am 2. Juli in Ramon Dr. P. Chishin, geb. 1852, Arzt seit 1876. 6) Am 4. Juli in Ligowo der Oberarzt des Nowosnamenski-Hospitals für Geisteskranke, Dr. S. Uspenskij, geb. 1861, Arzt seit 1882. 6) Am 16. Juli in Wien der Prof. der Gynäkologie Dr. G. Ch. Lott im 67. Lebensjahre. 7) In Lyon der frühere Professor der medicinischen Klinik, Dr. Bondet.)

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 30 St. Petersburg, den 25. Juli (7. August) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Die Diffusionstheorie des Blutkreislaufs.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung der Kaiserlichen St. Petersburger Gesellschaft der Naturforscher am 28. Febr. 1908).

Vorläufige Mitteilung.

Von

B. N. Nicolaieff.

Welcher Art auch die tatsächlichen Beziehungen zwischen den hydrodynamischen Erscheinungen des Blutkreislaufs sein mögen, so müssen sie doch unzweifelhaft den allgemeinen Principien der Mechanik und Physik untergeordnet sein. Diese Erwägung veranlasste mich, die Erforschung der hydrodynamischen Effecte der pulsatorischen Blutbewegung auf Modelle zu übertragen. Ich lasse hier die Beschreibung der von mir zu diesem Zwecke ausgeführten Versuche folgen.

Zwecks Erforschung der pulsatorischen Bewegung construierte ich ein Analogon des Herzens. Für diese Untersuchungen erwies sich folgende Construction als ganz zweckmässig. Zwei Kautschukfinger (wie sie z. B. beim Photographieren gebraucht werden) wurden an ihren offenen Enden mittelst Gummileim aneinder geklebt und in das geschlossene Ende Beider wurde je ein dünnes Kautschukrohr eingeklebt: ein die Flüssigkeit zuführendes und ein abführendes. Dann wurden in einem der Finger zwei einander beinahe diametral gegenüberstehende gradlinige Einschnitte von ungefähr zwei Cm. Länge gemacht. Die Ränder dieser Einschnitte wurden mit ihren Innenflächen aneinander geklebt, so dass sich hierdurch in der Mitte des cylindrischen Ballons mit den abgerundeten Enden eine abgeflachte Einschnürung bildete, die den Ballon in zwei ungleiche Teile teilte. Der kleinere Teil entsprach dem Herzventrikel (Fig. 1).

Dieser Apparat wurde horizontal auf einem Tisch gelagert und die Einschnürungsstelle mit einem kleinen Gewicht beschwert. Indem ich die Grösse dieses Gewichts wechselte, konnte ich den Widerstand der Einschnürung,

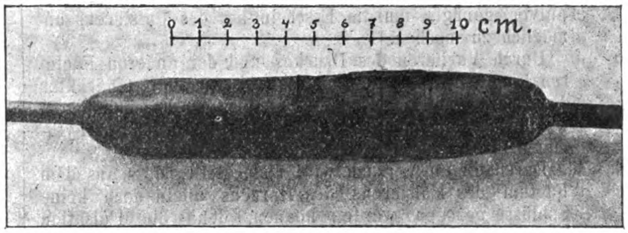


Fig. 1.

die die Rolle eines Klappens spielte, vergrössern oder verkleinern. In diesen Apparat strömte Wasser aus einer Mariotteschen Flasche unter einem nicht starken (10—30 Cm. H_2O) beständigen Druck ein. Die Oeffnung des abführenden Rohres war ein wenig (10—30 Cm.) niedriger als das Ballonniveau (Fig. 2). Unter solchen Bedingungen pulsierte der Ballon, die Strömung der Flüssigkeit war eine unterbrochene, und in dem abführenden Rohr konnte man eine Pulswelle durchfühlen.

Bei stärkerer Belastung des Klappens kam das Pulsieren zustande, auch wenn das Niveau der Oeffnung des abführenden Rohres oberhalb des Ballonniveaus lag; aber auch in diesem Falle war natürlich der Druck in dem zuführenden Rohr höher als in dem abführenden. Die Technik der Pumpen des Widder-Typus lässt jedoch die Möglichkeit sogar einer umgekehrten Combination zu. Wenn man nämlich einen Teil des durch den Apparat fliessenden Wassers ausschaltet, so kann diese Wassermenge vermittelst einer entsprechenden Einrichtung auf Kosten der übrigen fliessenden Wassermenge auf eine bedeutend grössere Höhe gebracht werden als die Wasserhöhe (der Druck) in dem zuführenden Rohr beträgt.

Der Puls erwies sich in meinem Apparat als eine Function sehr vieler Factoren, von denen die wichtigsten folgende sind: der absolute und relative Druck in beiden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

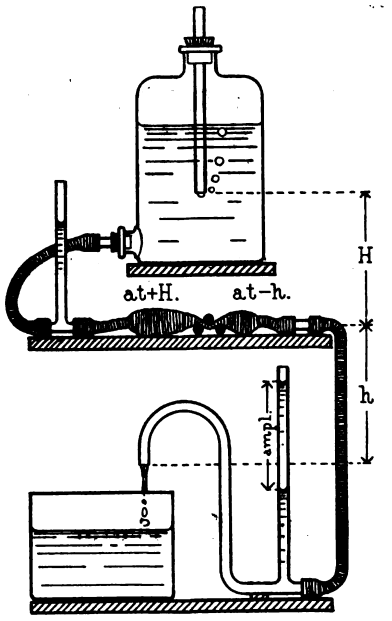


Fig. 2.

Röhren und der Widerstand des Klappens. Aber sogar ein solcher Factor, wie eine geringfügige Veränderung an der Innenfläche der Einschnürung des Kautschukballons, z. B. durch Anhaften feinster Partikel von Kreidepulver, genügt, um die Erscheinung des Pulsierens unmöglich zu machen.

Durch Variieren des Druckes und der anderen Factoren konnte sowohl die Pulsfrequenz wie der Charakter des Pulses verändert werden, analog den Erscheinungen, welche am lebenden Herzen beobachtet werden: Arhythmie, Dikrotie, periodischer Puls u. s. w.

Durch diesen Versuch wird festgestellt, dass aus dem Factum des Pulsierens des Herzens allein noch keine Schlüsse gezogen werden können, denn die Pulsation kann nicht nur activ, sondern auch passiv sein.

Um zu erfahren, in wie weit der manometrische Seitendruck an und für sich als Index des wirklichen Druckes der pulsierenden Flüssigkeit dienen kann, construierte ich folgenden Apparat. Ein mit einer Kautschukmembran überspannter Glastrichter A (Fig. 3)

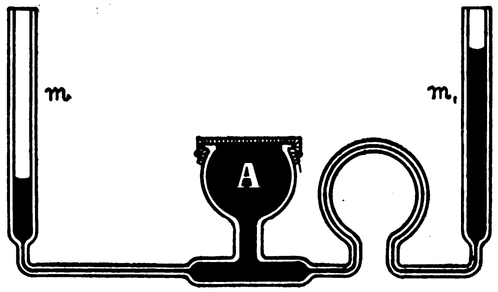


Fig. 3.

stand mit seinem verjüngten Ende mit drei Manometerröhren (auf der Zeichnung sind zwei m und m_1) von gleichem Durchmesser (ungefähr 5 mm.) vermittelst dreier Glasröhren von verschiedenem Durchmesser (ungefähr 5;0,5 und 0,25 mm.) in Verbindung, von denen die allerdünnste zugleich auch die allerlängste war. Der Apparat wurde mit Wasser gefüllt, und zwar wurde der Trichter vollständig gefüllt und in den Manometern stand das Wasser auf gleicher Höhe. Indem ich rhythmisch mit dem Finger auf die Membran drückte, rief ich eine Reihe von Pulswellen hervor. Hierbei erwies es sich, dass wenn auch die Amplitude der Schwankungen des Wassers in den Manometern um so grösser war, je geringer der Widerstand der betreffenden Verbindungsröhre war, die mittlere Druckhöhe, welche die Manometer zeigten, in einem umgekehrten Verhältnis zum Widerstand sich befand. Das heisst, am höchsten stieg das Wasser in dem Manometer mit dem langen Verbindungsrohr.

Aus diesem Versuch folgt, dass die Angabe des Manometers, welches auf eine strömende Flüssigkeit mit wechselndem Seitendruck gestellt ist, an und für sich noch nicht genügt zur Bestimmung des Druckes, unter welchem die Flüssigkeit ausfliesst. Folglich geben auch die üblichen Sphygmomanometer keinen Grund, um einen Schluss zu ziehen über den absoluten Druck in den pulsierenden Blutgefässen und ebensowenig auch über den relativen Druck, wenn in dem einen Blutgefäss die Flüssigkeit pulsiert und in den anderen nicht. Mit anderen Worten: uns fehlt der sichere Beweis dafür, dass in den Arterien der mittlere Druck höher ist als in den Venen.

Aus dem oben beschriebenen Versuch ist zu ersehen, dass die pulsatorische Druckveränderung unter gewissen Umständen die Niveaudifferenz bedingt. Da wir bei verschiedenem Niveau eine constante Strömung erzielen können, so modificierte ich den geschilderten Trichterapparat in folgender Weise. In einem Abschnitt der Kautschukröhre A (Fig. 4) von einer solchen Länge,

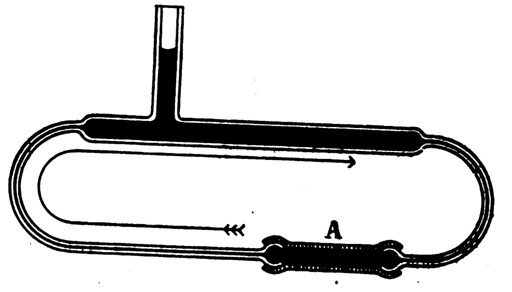


Fig. 4.

dass man ihn bequem mit einem Finger comprimieren konnte, wurden vermittelst trichterförmiger Endstücke zwei Capillarröhren von ungleicher Länge, d. h. mit ungleichen Widerständen, eingeführt. Das andere Ende jeder der beiden Capillarröhren wurde vermittelst einer breiten Röhre mit einer an dieselbe angelöteten verticalen Röhre verbunden, welche zur Aufnahme der überschüssigen Flüssigkeit bestimmt war. Der Apparat wurde mit Wasser gefüllt. Sobald ich die Kautschukröhre rhythmisch comprimierte, d. h. sobald ich den Druck in den Capillaren veränderte, traten Schwankungen der Flüssigkeit in der offenen vertikalen Röhre ein. Wurde aber in diese Röhre ein Tropfen Tusche eingeführt, so konnte man eine stossweise Fortbewegung der gefärbten Flüssigkeit beobachten, welche unter den vorhandenen Versuchsbedingungen in der Richtung von der Stelle der Druckveränderung zu der Capillarröhre mit dem grösseren Widerstand stattfand.

Die Anordnung der Blutgefässe in der Leber (venae centrales) und in der Gefässhaut des Auges brachte mich auf den Gedanken einer anderen Deutung des Princips des geschilderten Apparates. Aus einer recht grossen Anzahl kreisrunder Papierstücke (noch besser aus Leim oder Schwamm), die in der Mitte mit einer runden

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Oeffnung versehen waren, bildete ich eine kleine Säule, wobei die centralen Oeffnungen der Kreise ein cylindrisches Lumen bildeten (Fig. 5 A). Diese Säule versenkte

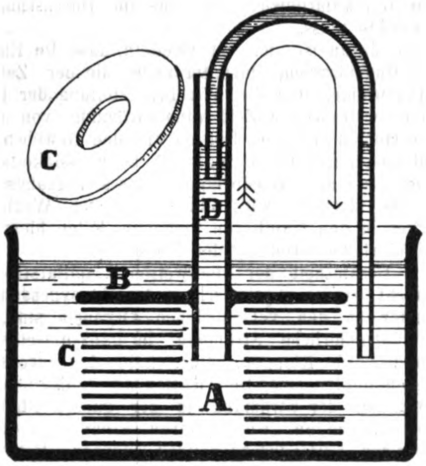


Fig. 5.

ich in Wasser und bedeckte sie mit einer kreisrunden Blechscheibe B, durch deren Mitte eine fest eingefügte Glasröhre (D) hindurchging. Das untere Ende dieser Röhre reichte ungefähr bis zur Mitte des cylindrischen Lumens der Papiersäule, ihr oberes Ende erhob sich über das Wasserniveau. Durch rhythmischen Druck auf die Blechscheibe veränderte ich den Druck des Wassers in den Spalten zwischen den Papierscheiben. Diese Druckveränderung ergab infolge der gegebenen Anordnung der Teile eine Niveaudifferenz. Wenn der Durchmesser der Scheiben ungefähr 5 Cm. und der Durchmesser der Röhre ungefähr 5 mm. betrug, so hob sich das Wasser in der Röhre auf 6—12 Cm. Die hierdurch erreichte Niveaudifferenz kann ohne Mühe in eine continuierliche Strömung der Flüssigkeit verwandelt werden, z. B. mit Hilfe eines Siphons.

Die geschilderten Versuche ergeben, dass wir streng genommen keinen Grund haben, zu behaupten, dass die Quelle der Energie der Blutbewegung nur in dem Herzen zu suchen sei: eine Veränderung des Druckes in dem Capillarsystem des Organismus kann ebenfalls die Ursache des Blutkreislaufs sein.

Um die Frage zu entscheiden, in welcher Weise sich die Verteilung des manometrischen Seitendruckes äussert, wenn auf dem Wege der durch die pulsatorische

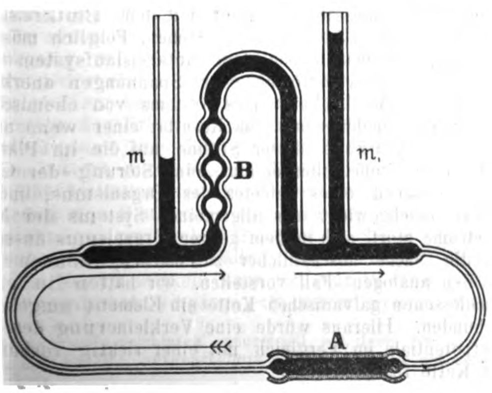


Fig. 6.

Druckschwankung hervorgerufenen Strömung Klappen vorhanden sind, benutzte ich den oben erwähnten Apparat mit der Kautschukröhre. In dem breiten Abschnitt des Apparates brachte ich drei Glasklappen an, während vor und hinter dem Klappensystem je ein Manometer m und m_1 angebracht wurde (Fig. 6). Bei rhythmischem Druck auf die Kautschukröhre A entstand in dem System eine stossweise Strömung in der Richtung zur Capillarröhre mit dem grösseren Widerstand, wobei das hinter den Klappen befindliche Manometer einen höheren Druck zeigte als das vor den Klappen befindliche, in der Stromrichtung gerechnet. Somit würde jemand, der nicht den Ursprung der Energie für die Flüssigkeitsbewegung gesehen hätte, den Eindruck empfangen, als wenn das Klappensystem selbst die Arbeit verrichtete.

Bei einer grossen Anzahl von Capillaren, die anachron pulsieren, würde offenbar die aus ihnen resultierende Strömung schon nicht mehr stossweise sein, während kein Grund vorliegt, anzunehmen, dass der manometrische Effect dieser summierten Strömungen auf das Klappensystem sich verändern würde.

Aus diesen Versuchen folgt, dass, wenn auch die Angaben der Sphygmomanometer relativ richtig sind, wir doch streng genommen keinen wissenschaftlichen Grund haben, zu behaupten, dass der Ursprung der Energie für die Blutbewegung im Herzen und nicht im Capillarsystem liegt.

Allerdings schlägt das ausgeschnittene Herz noch eine gewisse Zeit, aber die Fälle von spontanen Contractionen einzelner Organe sind eine recht gewöhnliche Erscheinung im Tierreich. Jedoch kann man aus der Beobachtung solcher Contractionen noch nicht über ihre Energie im lebenden Organismus urteilen, während eben nur die Frage hinsichtlich der Energie dieser Contractionen eine entscheidende Bedeutung für die Rolle des Herzens hat. Als ein unanfechtbarer Beweis der activen Rolle des Herzens würde der stricte experimentelle Nachweis dienen, dass die Energie der Systole, die sich im Herzen unter dem Einfluss des durchströmenden Blutes entwickelt, kleiner ist als die Energie der Systole, die sich unter dem Einfluss der Contractionen des Herzmuskels entwickelt.

Wenn wir einen sich bewegenden elektrischen Ventilator sehen, so können wir aus dieser Beobachtung allein noch nicht den Schluss ziehen, dass dieser Ventilator die Luft bewegt oder selbst von der Luft bewegt wird. Besonders schwierig wird der Fall, wenn beide Bewegungen vorhanden sind, d. h. wenn gleichzeitig der Luftstrom sich bewegt und der Ventilator, beide unabhängig von einander. Offenbar können wir einen sicheren Schluss nur ziehen, nachdem wir die complicierte Frage inbetreff der Geschwindigkeit beider Bewegungen gelöst haben. Eine derartige Untersuchung ist inbezug auf das Herz bisher noch nicht vorgenommen worden und sie ist auch sehr schwer auszuführen. Folglich kann man die Tatsache des selbständigen Pulsierens des Herzens nicht als entscheidendes Argument zu Gunsten der activen Tätigkeit des Herzens betrachten.

Andererseits muss man die Tatsache der selbständigen Pulsation einzelner Gefässgebiete anachron mit der Herzpulsation gegenwärtig als feststehend betrachten (M. Benedict) [1]). Ich persönlich hatte Gelegenheit, diese Erscheinung in den Arterien der Schläfengegend zu beobachten. Die Beobachtung aber des Blutkreislaufes in der Schwimmhaut des Frosches unter dem Mikroskop, in Form von stossweiser und sogar rückläufiger Bewegung des Blutes (fluxus et refluxus), die noch von A. Haller gemacht worden war (von mir wiederholt unter verschiedenen Versuchsbedingungen ausgeführt), stellt das Vorhandensein von Druckveränderungen in den

[1]) Dr. Moritz Benedict. Wiener Klinik. 1907.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Capillaren selbst unabhängig von den Herzpulsationen fest.

Alle oben angeführten Tatsachen und Erwägungen berechtigen einen bis zu einem gewissen Grade zum Versuch, das Bild des Blutkreislaufes, wenn auch in allgemeinen Umrissen, so zu zeichnen, wie es einem vom Standpunct der activen Rolle der Capillaren und bei passiver Herzpulsation erscheint.

Bekanntlich besteht der Lebensprocess der Gewebe in einer Association und Dissociation verschiedener chemischer Aggregate, aus welchen die Gewebe und darunter auch das Blut bestehen. Um uns das Leben der Gewebe vorzustellen, müssen wir unbedingt einen Stoffwechsel zwischen den einzelnen Geweben und hauptsächlich zwischen dem Blute und der Lymphe und dem Gewebe annehmen. Dieser Vorgang wird erklärt durch die Diffusion.

Auf Grund der vorhandenen physiologischen und anatomischen Tatsachen muss man annehmen, dass die Diffusionsvorgänge in den Blutcapillaren aller Wahrscheinlichkeit nach durch Ströme von wechselnder Richtung zustande kommen. D. h., wenn durch ein Element der Capillarwand eine gewisse Zeit lang eine centrifugale Diffusionsströmung stattfindet, so muss um eine andere Zeit eine centripetale Strömung vor sich gehen. Lassen wir das Vorhandensein von Diffusionströmungen von wechselnder Richtung gelten, so müssen wir schon daraus folgern, dass in den Capillargebieten ein Wechsel des Druckes stattfindet.

Um diesen Gedanken in realer Weise zu illustrieren, kann man sich grob schematisch das Bild des Entstehens eines solchen Diffusionsstoffwechsels annähernd vorstellen, wenn man z. B. Versuche mit dem Herzen mit der Lockeschen Lösung anstellt. Die in dieser Lösung enthaltenen Stoffe diffundieren durch die Gefässwände, und nach einer gewissen Zeit tritt Isotomie ein beim Fehlen von mechanischen Anstrengungen sowohl in der Hülle der Muskelfasern (Sarkolemma) als auch in den Capillarwandungen. Nehmen wir jetzt an (Voigt, Pettenkofer, Pflüger), dass innerhalb der Zelle sich ein Ferment befindet, welches in Gegenwart von Sauerstoff die Dextrose der Lokeschen Lösung spaltet nach der Formel

$$C_6 H_{12} O_6 + 6O_2 = 6CO_2 + 6H_2 O.$$

Auf solche Weise bilden sich in der Zelle statt eines Moleküls $C_6H_{12}O_6$ 6 Moleküle CO_2 von einem niedrigeren Molekulargewicht. Hierdurch entsteht ein Diffusionsstrom aus dem Capillar in die Zelle, der bis zur Herstellung des mechanischen Gleichgewichts fortdauert auf Kosten der Elasticität des Sarkolemmas. (H_2O und O_2 kommen nicht in Betracht, weil sie verhältnismässig im Ueberschuss zu beiden Seiten der Wandungen vorhanden sind). Wenn nun nach Eintritt des mechanischen Gleichgewichts wieder eine Isotomie der Lösungen sich einzustellen beginnt, so wird vermöge der Elasticität des Sarkolemmas eine Strömung aus der Zelle in die nächsten Capillaren stattfinden. Im ersten Falle wird die Strömung aus dem Capillar in die Zelle stattfinden und folglich der Druck im Capillar ein niedrigerer sein; im zweiten Falle wird die Stromrichtung aus der Zelle ins Capillargefäss sein und der Druck im Capillar höher und der Gehalt an CO_2 in ihm grösser sein.

Natürlich ist tatsächlich der Stoffwechselvorgang complicierter; aber das Gesagte genügt, um den Gedanken zu erklären, dass der Diffusionsstoffwechsel eben von wechselnder Richtung sein und hierdurch einen Wechsel des Druckes in den Capillaren zustande bringen muss.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass im allgemeinen die tierische Zelle sich nur auf Kosten des Zerfalls der Moleküle ernähren kann, wobei Wärme frei wird. Ebenso ist es unzweifelhaft, dass diese Zerfallsproducte eine Diffusionsströmung aus den Gefässen in die Gewebe hervorrufen müssen, da der osmotische Druck proportional ist der Zahl der Moleküle, deren Zahl in den Zerfallsproducten grösser ist, und umgekehrt proportional ihrem Molekulargewicht, welches im Durchschnitt kleiner werden muss.

Auch daran ist nicht zu zweifeln, dass die Elasticität der Zellmembranen, darunter auch die der Zellen der Capillarwände, und die Wiederherstellung der Isotomie nach einer gewissen Zeit eine Strömung von an Zerfallsproducten reichem Plasma aus den Geweben in die Capillaren hervorrufen muss. Neue Flüssigkeitsmengen werden zu einer Wiederholung dieses Vorgangs führen, und das Resultat wird ein periodischer Wechsel des Druckes in den Capillaren und eine Folge hiervon eine continuierliche Strömung des Blutes sein.

Die Gesamtheit der stossweisen Capillarströmungen, die nicht streng rhythmisch und nicht synchron untereinander in den verschiedenen Organen sind, bringt eine continuierliche Strömung im ganzen Gefässsystem zustande. Die Klappen, die sich in den durchströmten Gefässen infolge einer Deformation der Gefässe unter der Einwirkung der Strömung in der ganzen Phylo- und Ontogenese bilden, werden ihren Einfluss auf die Verteilung des Seitendrucks geltend machen. Bei der Anlage einer gewissen Form von Klappen aber (Herz) kann auch eine Pulsation entstehen.

Sowohl die Menge der in dem Blutplasma und in der Lymphe gelösten Stoffe als auch die Geschwindigkeit der Diffusion genügen unter den gegebenen Bedingungen vollständig, um hiermit die Geschwindigkeit des Blutstromes und den Blutdruck zu erklären. Die summarische Berechnung des osmotischen Druckes des Blutplasmas (auf Grund der Gesetze von G. Dalton, Van't-Hoff u. a.) ergibt ungefähr 4,5 Atmosphären.

Wollen wir jetzt sehen, wie sich der Blutkreislauf bei einer solchen Betrachtungsweise zu der Tätigkeit des Nervensystems verhalten kann. Indem wir den Blutkreislauf auf Diffusionsvorgänge zurückführen, führen wir ihn in letzter Instanz auf diesen intimen chemischen Lebensvorgang der Organe zurück, die tatsächlich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einander stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Alle Physiologen anerkennen, dass dieses Verhältnis zwischen den Organen und den einzelnen Elementen des Organismus durch Zellen vermittelt wird, die zum Nervensystem gehören.

Welcher Art die Ursache der Entstehung der „Nervenströme" auch sein mag: mögen sie nun durch die Blutströmung längs den Capillaren, durch Diffusionsvorgänge, oder durch chemische, oder andere Processe bedingt sein, und worin auch ihr Wesen bestehen mag, sei es nun ein Diffusionsvorgang oder ein anderer, diese Ströme müssen unbedingt mit dem Blutkreislauf und der Diffusion in Beziehung stehen. Folglich müssen wir im Organismus neben dem Blutkreislaufsystem ein System von Nervenströmen oder -Spannungen anerkennen und die Möglichkeit eines Systems von chemischen Vorgängen annehmen als das Resultat einer wenn auch indirecten Wirkung dieser Ströme auf die im Plasma enthaltenen Stoffe. Hierbei muss eine Störung der Constitution irgend eines Gebietes des Organismus, indem es das Gleichgewicht des allgemeinen Systems der Nervenströme stört, sich in dem ganzen Organismus äussern. Um die Sache anschaulicher zu machen, können wir uns den analogen Fall vorstellen, wir hätten in einer geschlossenen galvanischen Kette ein Element umgekehrt verbunden. Hieraus würde eine Verkleinerung des Gesamtpotentials im Vergleich mit einer richtig verbundenen Kette resultieren.

Andererseits bildet sich sowohl das Gefäss- wie das Nervensystem in einem Muskel, indem es sich den im

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

gegebenen Muskel vorhandenen mechanischen Bedingungen anpasst. So ist es bekannt, dass wir durch Uebung die Menge der Muskelfasern vergrössern können. Die Bildung neuer Muskelfasern hängt aber sowohl mit der Bildung neuer Gefässe zu ihrer Ernährung zusammen, d. h. mit der Bildung eines neuen Diffusionssystems, als auch mit der Bildung neuer Nervenelemente, die ebenso wie die Gefässe mit dem ganzen System des Organismus verbunden sind.

Indem wir nun diese Nervenzellen (durch Willensimpulse oder anders) reizen, können wir chemische Reactionen, Diffusionsvorgänge, osmotische Druckveränderungen und endlich den mechanischen Effect erzeugen, der die erste Ursache der Entstehung dieses ganzen Systems war.

Dr. N. Damaskin [1]) kommt in seiner Arbeit „die mechanische Theorie der Muskeltätigkeit" zur Ueberzeugung, dass „man das angesammelte Material von einzelnen Tatsachen, welches einstweilen nur ein riesiges Conglomerat aus verschiedenen Gebieten vorstellt, gleich einem Haufen von zusammengeworfenen Steinen, vermittelst Anwendung der Theorie der Lösungen zu einem organischen, harmonischen Ganzen vereinigen könnte." Die Diffusiontheorie des Blutkreislaufes vervollständigt noch mehr das Bild der Muskeltätigkeit, indem sie die Muskeltätigkeit mit der Function der Nerven und des Blutkreislaufes verbindet und durch ihre Vermittelung mit der Energiequelle der Gesamttätigkeit des Organismus — der Ernährung verknüpft.

Im Allgemeinen kann man eine vollständige Analogie zwischen der Muskeltätigkeit und der Arbeit einer Dynamomaschine finden, welche bei vorhandener Kraft einen Strom erzeugen und bei vorhandenem Strom als Motor wirken kann. Nerven, die die letzte Etappe in der Transformation der mechanischen Einwirkung auf den Organismus bilden, können, wenn sie gereizt werden, ihrerseits den mechanischen Effect erzeugen, der ihre Entstehung hervorgerufen hat.

Wenn die Herzmuskulatur, ihr Gefässsystem und die Innervation des Herzmuskels entstanden sind dank der mechanischen Einwirkung des Blutstroms und der passiven Pulsation des Herzens selbst und wenn sie sich diesen angepasst haben, so können wir umgekehrt durch Reizung des Nervensystems des Herzens den mechanischen Effect erzielen, dank welchem es entstanden ist. Aber die Energie der hierdurch hervorgerufenen Systole (d. h. durch „reflectorische" Reizung des Nervensystems des Herzens) wird dennoch geringer sein als die Energie der Systole, welche im gesunden, lebenden Organismus unter dem Einfluss rein mechanischer Ursachen, d. h. durch den das Herz durchströmenden Blutstrom entsteht.

Im lebenden Organismus kann man die Beteiligung des Herznervensystems an der Entstehung der Systole zugeben (Fall von Tarchanoff [2]), aber diese Beteiligung muss man nur als eine zu der schon vorhandenen Bewegung zutretenden Einwirkung ansehen. Zur Erklärung der electiven Wirkung gewisser Stoffe (Digitalis) auf das Herz bedarf es bei der Diffusionstheorie durchaus nicht der Erklärung durch das Nervensystem: der Einfluss eines jeden Stoffes, der die Diffusion des Blutplasmas stört, muss auf den Blutkreislauf und folglich auf die Pulsation des Herzens einwirken, die ja eine Function des Blutstromes ist. Dasselbe kann man von dem Einfluss psychischer Momente auf die Herztätigkeit sagen; die in solchen Fällen fraglos bestehende verstärkte Nerventätigkeit, kann sich nur in einer Störung der chemischen Vorgänge in diesem System äussern.

[1]) Obosrenie psichiatrii, neurologii etc. 1898 Nr. 5. Eine sehr ausführlich ausgearbeitete Diffusionstheorie der Muskeltätigkeit.

[2]) J. Tarchanoff. Glebowskij sbornik. St. Petersburg 1880 (russisch).

Dies äussert sich wiederum in einer Störung der Diffusion in den localen Capillaren und folglich auch in einer Störung der Tätigkeit des ganzen Kreislaufsystems, darunter auch des Herzens. Von dem Einfluss der Muskelübungen, Lageveränderungen des Körpers und dergl. will ich hier nicht sprechen, da diese Einflüsse vom Standpunct der Diffusionstheorie selbstverständlich sind.

Die Ausschaltung irgend eines Gebietes des Organismus aus dem allgemeinen System der gegenseitigen Einwirkung der Diffusionsvorgänge, der Nerventätigkeit und der chemischen Vorgänge muss entweder zur Necrose dieses Gebietes führen oder zur Bildung eines neuen selbständigen Diffusionssystems, welches auf Kosten des von dem Hauptsystem gelieferten Materials lebt (Neubildungen: Carcinome, Cysten u. s. w.).

In dem Falle, wenn der Zusammenhang zwischen dem System des Gebiets und dem allgemeinen System locker wird und speciell in dem Falle, wenn die Diffusion in dem betreffenden Gebiet schwächer wird, muss man eine Schwächung der Widerstandskraft dieses Gebietes erwarten. Diese letztere Erwägung, die a priori aus der Diffusionstheorie resultiert, gewinnt besonders an Bedeutung nach den Untersuchungen von Dr. F. Holzinger [1]), welche zeigten, dass die Entwickelung von Bacterien in engem Zusammenhang steht mit der Intensität der in einem gährungsfähigem Medium künstlich erzeugten osmotischen Vorgänge. Genügend starke „osmotische Ströme," die die Nährflüssigkeit durchsetzen, bringen die Entwickelung der Bacterienflora vollständig zum Stillstand und äussern unter gewissen Bedingungen sogar bactericide Eigenschaften [2]).

Was die einzelnen Etappen des Gefässsystems anbetrifft, so halte ich es, im Hinblick darauf, dass dieses System sich auf alle physiologischen Functionen des Organismus erstreckt, nicht für möglich, dieselben in einer vorläufigen allgemeinen Skizze genauer auszuführen und will mich nur darauf beschränken, einige Worte über eine der eigentümlichsten, nämlich über den Atmungsvorgang, zu sagen.

Sehr viele Erscheinungen und auch die topographischen, anatomischen und energetischen Bedingungen, unter denen dieser Process vor sich geht, weisen darauf hin, dass auch die Atmung trotz der grossen Differenzierung und Entwickelung des Nerven- und Muskelsystems für gewöhnlich ebenso passiv vor sich geht wie die Herzpulsationen. Man kann mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die Atmung das Resultat ist einer periodischen Ausscheidung von Kohlensäure und Wasserdampf durch die Alveolenwände, die auf Kosten der hierbei entwickelten Energie geschieht. Die Muskulatur wird aber nur in seltenen Fällen in Anspruch genommen. Aber auch diese durch willkürliche Uebung schon gestärkten Muskeln sind nicht imstande einen Druck zu entwickeln, der höher ist als der Druck der Kohlensäure und der Wasserdämpfe in Summa, der bei 37° C. 85 mm. Hg beträgt [3]). Die willkürliche Ausatmung ergibt fast dieselbe Zahl (Donders). Auch ich habe bei meinen Untersuchungen dasselbe Resultat erhalten.

Dergestalt ist in allgemeinen Umrissen das Bild des Circulationssystems vom Standpunct der Diffusionstheorie betrachtet, d. h. unter der Voraussetzung, dass die Energiequelle der Blutcirculation im Capillarsystem ist.

[1]) Holzinger. Protocolle der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg 1908 (russisch).

[2]) Holzinger. Berliner klinische Wochenschrift 1909, Nr. 3 und Vortrag in den Protocollen der Gesellsch. russ. Aerzte in St. Petersb. 1909.

[3]) I. Sotschenoff. Gesammelte Abhandlungen. Moskau 1907. Bd. 1 (russisch).

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Vergleichen wir dieses Bild mit demjenigen, welches wir erhalten, wenn wir annehmen, dass die Energiequelle der Blutcirculation in der Pumpvorrichtung des Herzens zu suchen ist, so sehen wir, dass die Diffusionstheorie viel mehr Lebenserscheinungen des Organismus umfasst und die ganze physiologische Tätigkeit des Organismus in ein wohlgeordnetes, harmonisches System bringt, während die Pumptheorie die Herztätigkeit mit den übrigen Functionen des Organismus lediglich künstlich durch Vermittelung der Nerven in Zusammenhang bringt.

Wenden wir uns einzelnen speciellen Fragen zu, so können wir auch nicht umhin, der Diffusionstheorie den Vorzug zu geben, weil sie die Tatsachen einfacher erklärt und mit den Gesetzen der anderen naturwissenschaftlichen Disciplinen weniger im Widerspruch steht.

Die Tatsachen der Ontogenese und der vergleichenden Anatomie sprechen zu Gunsten der passiven Rolle des Herzens. Das Herz entwickelt sich später als die Säftecirculation (System des Stoffwechsels), und einige recht hoch organisierte Organismen, wie z. B. die Würmer, kommen vollständig ohne Herz aus. Folglich ist das Herz nicht unbedingt notwendig für die Säftecirculation. Die Herznerven entstehen bei der embryologischen Entwickelung noch später.

In constructiver Beziehung ist das Herz als Pumpe ganz ungenügend angelegt. Die äusserst ungleiche Dicke der Herzwände, die tiefen Ecken, die unvorteilhafte Anlage der Klappen, die spiralige Anordnung der Muskelbündel, die im Vergleich mit den Skeletmuskeln schwächere histologische Differenzierung der Muskelfasern, die weichere Consistenz des ganzen Muskels, die äusserst unzweckmässige Construction, die zu einem unnützen Verlust der Trägheitsbewegung des fliessenden Blutes bei den Wendungen der Stromrichtung führt, alles dieses spricht dafür, dass das Herz durchaus nicht zu einer activen Tätigkeit angelegt ist.

Die Form des Herzens selbst, und besonders die Form seiner Innenfläche, kann mechanisch am ehesten als das Resultat einer Deformation des nachgiebigen, passiven Gewebes unter der Einwirkung der Stösse des Blutstromes gedeutet werden, und ein Analogon hierfür kann leicht auf künstlichem Wege hergestellt werden.

Was die Arbeit des Herzens anbetrifft, so wird sie bestimmt, auf Grund des Effects der dem Herzen zugeschriebenen activen Tätigkeit berechnet, indem man diese Tätigkeit als eine unzweifelhafte Tatsache ansieht, während doch gerade sie es ist, die bewiesen werden muss. Berechnet man aber nicht diese „Arbeit", sondern die Möglichkeit dieser Arbeit seitens des Herzmuskels, so bekommt man ein anderes Bild. Aus der Menge des eingeatmeten Sauerstoffes (744 gr. nach Vierordt), der Gesamtmenge des in einer Secunde durch den linken Ventrikel durchfliessenden Blutes (207 Cc. nach Vierordt), der Grösse des Lumens der den Herzmuskel ernährenden Coronararterien und aus der Geschwindigkeit der Blutströmung in ihnen (4 Cc. in einer Secunde nach Vierordt) kann man die Menge des Sauerstoffes für das Herz in der Zeiteinheit berechnen. Diese Sauerstoffmenge kann nicht mehr als eine bestimmte Menge von Wärmeeinheiten producieren, und der mechanische Effect der Herztätigkeit kann nicht grösser sein als das mechanische Aequivalent der Wärmemenge, die sich bei der Verbrennung der vorhandenen Sauerstoffmenge bildet.

Verschiedene Autoren berechnen die Arbeit des Herzens auf 11000—87000, am häufigsten auf 20000 Kilogrammometer in 24 Stunden. Indessen ergibt die theoretische Berechnung, dass die Energiemenge, welche die dem Herzmuskel in 24 Stunden zugeführten 14,52 g. Sauerstoff bei der Verbrennung zu Kohlensäure und bei der Bildung von 43,55 Calorien entwickeln können, nur 18000 Kilogrammometer beträgt.

Bei näherer Betrachtung stehen diese Zahlen in gar keinem Verhältnis zu einander. Ein solches Verhältnis würde nur dann eine Bedeutung haben, wenn die Wärmeenergie sich ganz in mechanische Energie verwandeln könnte, was aber den Gesetzen der Verwandlung der Energie widerspricht. Gewöhnlich ist der „nutzlose" Wärmeverlust ein recht bedeutender. So bilden sich beim Verbrennen von 1 Kilo Kohlen 8000 grosse Calorien, welche 8400000 Kilogrammometer aequivalent sind, während die besten neusten Dampfmaschinen auf ein Kilo Kohle nur 594000 Kilogrammometer geben [1]) d. h., es wird hierbei im Ganzen ungefähr $^1/_6$ der gesamten verbrauchten Wärmeenergie ausgenutzt. In praxi gilt eine Maschine, welche $^1/_{12}$ der beim Verbrennen von Kohle zu CO_2 sich entwickelnden Energie ausnutzt, für sehr gut. Wenn wir das Herz auch für eine noch so vollkommene Maschine ansehn, so können wir doch nicht zugeben, dass es imstande sei, die gesamte Wärmeenergie in mechanische Energie umzusetzen. Ziehen wir aber das gewöhnliche reale Verhältnis zwischen den Energiemengen bei der Umwandlung einer Energieart in die andere in Betracht, so müssen wir anerkennen, dass die chemische Energie des Herzens lange nicht hinreicht, um den ihm zugeschriebenen mechanischen Effect zu erzielen. Ausserdem muss ausser den einer jeden Maschine und so auch dem Herzen eigentümlichen Verlusten, wie innere Reibung, Wärmeausstrahlung, Trägheit u. s. w., ein Teil des Sauerstoffs im Herzen verbraucht werden zur Regeneration seines eigenen Gewebes und für die physiologischen Vorgänge, die sich nicht nur in den Muskelzellen abspielen, sondern auch in den Zellen des Gefäss- und Nervensystems, welche beide in den Herzwänden sehr entwickelt sind. Auch der Umstand wird gewöhnlich nicht berücksichtigt, dass der Sauerstoff ins Herz nicht in reiner Form gelangt, sondern gebunden, wenn auch chemisch locker gebunden und folglich schon nicht mehr die Energiemenge entwickeln kann, welche in der obenangeführten Berechnung angenommen wird. Wenn wir diese Erwägung und noch viele andere, berücksichtigen, so wird das Missverhältnis zwischen der vom Herzen geleisteten Energie und der ihm zugeschriebenen Arbeit augenscheinlich.

Wenden wir uns der Pathologie des Circulationssystems zu, so finden wir auch hier keinen Grund für die unbedingte Annahme einer activen Tätigkeit des Herzens.

So ist z. B. das Herz als Muskel nicht nur dem allgemeinen Entwickelungsgesetz nicht unterworfen, nach welchem die Skeletmuskeln unter dem Einfluss der Uebung sich entwickeln, sondern im Gegenteil, der Herzmuskel zeigt eine grosse Neigung zu Entartungen und Erkrankungen aller Art. Bei der allgemeinen Lipomatose beginnt gewöhnlich sehr frühzeitig eine Fettablagerung am Epikard. Das linke Herz (im Fötalleben das rechte) und die Mitralklappe, die vom Gesichtspunct der Pumptheorie die grösste «Arbeit» zu leisten haben, sind auch am meisten Erkrankungen unterworfen. Die Compensation der verschiedenen Herzfehler, die sich in einer Hypertrophie der betreffenden Herzabschnitte äussert, wird zwar als eine Schutzvorrichtung des Organismus angesehn, aber nicht immer ist eine solche Erklärung befriedigend. So müsste man von diesem Gesichtspunct aus erwarten, dass bei der Stenose des linken Ostium atrioventriculare (Fig. 7) die Capacität des linken Ventrikels abnehmen würde, während die Statistik zeigt (Liebermeister), dass die

[1]) Vorausgesetzt, dass eine solche von den Fabriken angegebene Ausnutzung practisch wirklich möglich ist.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fälle von Erweiterungen des linken Ventrikels überwiegen. Selbst die Hypertrophie der einzelnen Herzabschnitte, die als eine Reaction auf die Klappenfehler und Stenosen der Herzostien erscheint, geht in eine Degeneration des Muskelgewebes der Herzwand über, wodurch man veranlasst wird, an der compensatorischen Bedeutung derselben, als einer Schutzvorrichtung zu zweifeln.

Vom Standpunct des biologischen Princips, wonach die zur Erhaltung der Art wichtigsten Organe, besonders wenn sie geübt werden, am widerstandsfähigsten sind, spricht eine solche Labilität und geringe Widerstandsfähigkeit des Herzens gegenüber schädlichen Einflüssen zu Gunsten seiner passiven Rolle.

Somit sehen wir, dass nicht nur Erwägungen hydrodynamischer Art, sondern auch biologische Tatsachen keinen Anhaltspunct geben, die Energiequelle der Blutbewegung im Herzen zu suchen, vielmehr spricht beides in vielen Fällen sogar dagegen.

Oben war schon auf die ungenügende Begründung der Schätzung des Blutdrucks mit Hilfe der gebräuchlichen Sphygmomanometer hingewiesen worden. Aber abgesehen davon, kann man auch die Methodik der Sphygmomanometrie an und für sich nicht für richtig halten, besonders bei der Bestimmung des Blutdrucks in den Capillaren. So wird bei der Voraussetzung, dass der Blutdruck in den Capillaren gleich demjenigen ist, bei welchem in einem vorher zusammengedrückten Hautgebiet Rötung eintritt, weder die Elasticität der Capillarwände, die doch eine recht grosse sein kann, noch der Umstand, dass bei dem geringsten Zusammendrücken eine Verdrängung des die Gefässe umgebenden Plasmas stattfindet und folglich auch eine Störung der localen Diffusionsvorgänge, noch der Umstand, dass das Blasswerden der Haut, d. h. das Fehlen von Erythrocyten noch nicht eine vollkommene Leere der Capillaren anzeigt, berücksichtigt. Die grossen Schwankungen der Zahlengrössen des Capillardrucks bei verschiedenen Beobachtungen ein und desselben Untersuchers (L. Sassaparel und W. Boshovsky) *) von 1—60 mm. Hg — sprechen gerade für die Unrichtigkeit der Methode selbst.

Um die in der Literatur für die Capillaren angegebenen Druckgrössen zu prüfen, versuchte ich, die Untersuchungsmethode einigermassen zu verändern, und zwar verfuhr ich folgendermassen: ich machte einen kleinen Schnitt oder eine Kratzwunde am Unterarm, dann nahm ich einen Glastrichter, der mit einem Manometer und mit einer Luftpumpe verbunden war, und indem ich ihn auf die

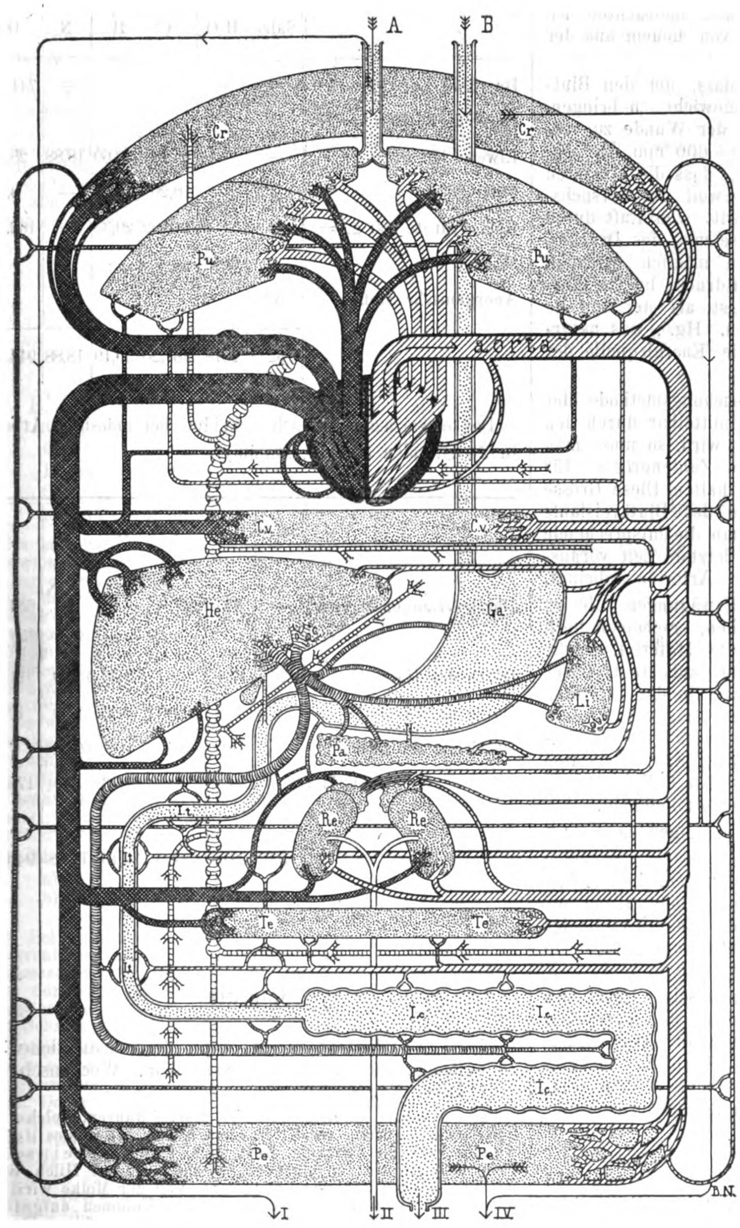


Fig. 7.

Schema des Blutkreislaufs, Ga — Magen, I. t. — Dünndarm, I. c. — Dickdarm, He. — Leber, Pu — Lungen, Cr. — Gefässe des Kopfes, der oberen Extremitäten usw., C. v. — Gefässe der Wirbelsäule, des Zwerchfells, des Mediastinum usw. Li — Milz, Pa — Bauchspeicheldrüse, Re — Nieren und über ihnen die Nebennieren, Te — Gefässe der Gegend der Samendrüsen (Eierstöcke), Pe — Gefässe des Beckens, der unteren Extremitäten usw. A — Luftröhre, B — Speiseröhre. Die Capillar- und anderen Anastomosen sind durch feine Verzweigungen angegeben. Die römischen Zahlen beziehen sich auf die in der Bilanztabelle angegebenen Functionen.

*) Dissertationen der kaiserl. Militär-Med. Akademie in St. Petersburg. 1901 u. 1905.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Haut neben der Wunde setzte, erzeugte ich in ihm einen bedeutenden (ca. 700 mm. Hg) Druck. Darauf schob ich, ohne den Druck zu verändern, den Trichter längs der zwecks Vermeidung der Reibung leicht angefeuchteten Haut auf die Wunde, wobei die Trichterränder die hervorgetretenen Bluttropfen wegwischten, so dass die Wunde blutleer wurde. Indem ich nun den Luftdruck in dem Trichter herabsetzte, beobachtete ich den Druck, bei welchem das Blut von neuem aus der Wunde auszutreten begann.

Diese Untersuchungen ergaben, dass, um den Blutdruck in den Capillaren ins Gleichgewicht zu bringen, d. h. um den Austritt von Blut aus der Wunde zu verhindern, es eines Druckes von 300 - 600 mm. Hg. bedurfte, wobei bemerkt werden muss, dass die grösseren Zahlenangaben die genaueren sind, weil die Versuchsbedingungen (ein gewisser Durchtritt von Luft durch den Apparat usw.) nur eine Herabsetzung des Druckes, nicht aber eine Erhöhung desselben möglich machten. Es ergab sich somit, dass der Blutdruck im Capillarsystem um $1^1/_2$—4 Mal grösser ist als der für die Aorta angenommene (150—200 mm. Hg.), was natürlich direct dagegen spricht, dass die Energiequelle der Blutkreislaufes im Herzen sei.

Da bei der geschilderten Untersuchungsmethode der Blutdruck innerhalb des Gefässes unmittelbar durch den Druck der Aussenluft aequilibriert wird, so muss man die mit dieser Methode erhaltene Zahlengrösse für mehr der Wirklichkeit entsprechend halten. Diese Grösse kann nicht durch die Pumptheorie des Blutkreislaufs erklärt werden, nicht einmal wenn man die entsprechende Correctur in anbetracht der in letzter Zeit vorausgesetzten selbständigen Tätigkeit der Arterien anbringt.

Die angeführten Tatsachen und Erwägungen, die zu Gunsten der Diffusionstheorie sprechen, erschöpfen noch lange nicht das von mir gesammelte Material. Solche Tatsachen aber, welche direct und unbedingt dieser Theorie wiedersprächen, sind mir weder in der Literatur noch bei persönlichen Discussionen entgegengetreten. Sollte daher der Leser infolge der gedrängten Darstellung der Diffusionstheorie irgend welchen Schwierigkeiten bei ihrer Anwendung in einem speciellen Fall begegnen, so wäre ich gern bereit ihm entgegen zu kommen.

Ich fasse alles oben Dargelegte in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die hydrodynamischen Erscheinungen, in welchen sich der Blutkreislauf äussert, geben keinen Grund zur unbedingten Schlussfolgerung, dass die Energiequelle der Blutbewegung im Herzen liegt, vielmehr sprechen sie in manchen Fällen direct dagegen.

2) Der ganze äussere hydrodynamische Effect des Blutkreislaufs, d. h. die Pulsation und die Verteilung des manometrischen Seitendrucks kann an einem künstlichen Schema erzielt werden, wobei jedoch die Energiequelle des Flüssigkeitsumlaufs sich nicht in dem Analogon des Herzens sondern in den klappenlosen Capillargebieten des Systems befindet.

3) Indem die Diffusionstheorie den Blutkreislauf dadurch erklärt, dass zwischen dem Gewebsplasma und dem in den Capillaren befindlichen Blutplasma Diffusionsströme von wechselnder Richtung bestehn, welche in den Capillaren einen wechselnden Druck und die Blutströmung erzeugen — bei passiver Pulsation des Herzens —, befindet sie sich in grösserer Uebereinstimmung mit den wirklich beobachteten Tatsachen als die Theorie, welche das Herz als Pumpe betrachtet.

Zur grösseren Anschaulichkeit der Stoffwechselvorgänge erlaube ich mir, folgende Tabelle hinzuzufügen, die die 24-stündige Bilanz der Nahrungsstoffe nach Vierordt darstellt, wobei die Buchstaben und die römischen Zahlen sich auf Fig. 7 beziehen.

Der erwachsene Mensch führt bei mässiger Arbeit in 24 Stunden ein (in Gramm):

	Salze	H_2O	C	H	N	O
Durch die Luftröhre (A):	—	—	—	—	—	744,11
Durch die Speiseröhre (B):						
Eiweiss 120 g. =	—	—	64,18	8,60	18,88	28,34
Fette 90 g. =	—	—	70,20	10,26	—	9,54
Kohlehydrate 330 g. =	—	—	146,82	20,33	—	162,85
Wasser	—	2818	—	—	—	
Anorganische Stoffe	32					
	32	2818	281,20	39,19	18,88	944,84

Der erwachsene Mensch scheidet bei mässiger Arbeit in 24 Stunden aus (in Gramm):

	Salze	H_2O	C	H	N	O
Durch d. Lungenatmung	—	330	248,80	—	?	651,15
(I) *)				10,96		87,80
Durch den Harn II	26	1700	9,80	3,30	15,80	11,10
Durch die Fäces III	6	128	20,00	3,00	3,00	12,00
Durch die Hautatmung	—	660	2,60	—	0,08 (?)	7,20
IV *)	—	—	—	21,93	—	175,59
	32	2818	281,80	39,19	18,88	944,84

Referate.

Geissler: Beitrag zur Therapie des constitutionellen Kinderekzems. Münchener medicin. Wochenschrift. 1909. Nr. 8.

Bei 4 Kindern im Alter von $2^1/_2$ resp. 6 Jahren, welche an hartnäckigem, öfters recidivierendem Ekzem des Kopfes litten, wandte Verf. die salzarme Kost nach Finkelstein schen Principien an, die im folgenden besteht: 1 Liter Milch wird mit Pepsin oder Labessenz ausgelabt. Von der Molke wird $^1/_5$ mit Haferschleim auf das ursprüngliche Volumen aufgefüllt und das derbe Gerinsel, nachdem es durch ein feines Haarsieb gerührt und feinflöckig gemacht worden ist, der Molken-Schleim-Mischung mit 20—40 gr. Zucker zugesetzt. Das Ganze stellt eine Suppe dar, welche die Gesamtmenge des Kaseins und Fette der verwendeten Milch, aber nur $^1/_5$ der Molkensalze enthält. Diese Kost haben die Kinder gut vertragen und haben sogar zugenommen. Die ekzematösen Stellen worden nur durch einen Verband gedeckt, oder der Kopf mit etwas Borvaseline eingefettet. Die damit erzielten Resultate waren günstig.

---

*) In Form von aus dem H der Nahrung gebildetem Wasser.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Porosz: Die Reflexneurosen der Prostata. Zeitschr. für Urologie. 1908. H. 9.

Verf. zeigt an der Hand mehrerer Fälle, dass die Wurzel vieler Neurasthenien, namentlich sexueller Neurasthenien in der Prostata zu finden ist und, wenn das Prostataleiden behoben wird, auch die allgemeine Neurasthenie mit ihren Fernsymptomen heilt.

Rietschel: Ueber den Infectionsmodus bei der congenitalen Syphilis. Medicinische Klinik. 1909. Nr. 18.

Die Wassermannsche Reaction ist fast in 100 pCt. bei den Müttern syphilitischer Kinder positiv. Der grösste Teil der Infection findet während der Geburt statt, oder je nach der Schwere der Erkrankung der Placenta. Daraus erklärt sich die Latenzzeit der postfoetalen Säuglingssyphilis und, dass diese Kinder vor dem Ausbruch ihres Exanthems weder klinisch noch serologisch die geringsten Zeichen einer Syphilis darbieten und erst mit dem Ausbruch des Exanthems sich alle diese Phänomene einstellen. Eine paterne Uebertragung der Syphilis gibt es nicht.

Lichtmann (Cöln).

Bücherbesprechungen.

Dr. R. Sokolowsky: Larynxtuberculose und Gravidität. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, IX. Band, Heft 6). Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 1908. 28 Seiten. Preis M. 0,75.

Es ist heute eine absolut feststehende Tatsache, dass die Schwangerschaft eine äusserst deletäre Complication für die Tuberculose darstellt. Auch sind sämtliche Autoren sich darin einig, dass der Hinzutritt der Kehlkopftuberculose bei phthisischen Schwangeren prognostisch als die ungünstigste Complication zu betrachten ist.

In einer kurzen, den Gegenstand aber vollkommen erschöpfenden Schrift, gibt nun Verfasser eine Uebersicht des gegenwärtigen Standes der Frage und vorzugsweise ihrer practischen Seite. Auf Grund der Literatur und seiner eigenen Erfahrungen stellt er folgende Leitsätze auf, die wir ihrer practischen Wichtigkeit wegen hier wörtlich wiederzugeben uns erlauben:

1. Die Complication der diffusen Larynxtuberculose mit Schwangerschaft führt in den meisten Fällen zum Tode der Mutter; ebenso ist die Mortalitätsziffer der unter solchen Umständen geborenen Kinder eine sehr grosse.
2. Eine Ausnahme von dieser ungünstigen Prognose bilden,
   a) die tuberculösen Larynxtumoren.
   b) diejenigen Fälle, wo die Larynxtuberculose erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft auftritt.
3. Bei Schwangeren, die sich im terminalen Stadium ihrer tuberculösen Erkrankung befanden, wo jede Rettung ausgeschlossen erscheint, hat ein operativer Eingriff zu unterbleiben; nur unter ganz besonderen Umständen — als indicatio symptomatica — wäre hier eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen.
4. Bei den übrigen — mit Ausnahme der unter 2 genannten — ist der künstliche Abort anzuraten; und zwar ist die Prognose um so besser, je früher der Eingriff ausgeführt wird. Daher sind auch die Chancen für die Rettung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt beinahe gleich Null.
5. Der Tracheotomie ist eine heilende Wirkung nur in den seltensten Fällen zuzusprechen; als indicatio vitalis wird sie öfter in Betracht kommen.
6. Um den günstigen Zeitpunct für eine möglichst frühzeitige Vornahme des künstlichen Aborts nicht zu versäumen, soll bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose zu uns kommt, eo ipso auf Gravidität gefahndet werden.
7. Die allgemein giltigen Regeln über das Eheverbot Tuberculöser, sowie die Verhütung der Conception (facultative Sterilität) sind strengstens zu beachten.
8. In geeigneten Fällen wird es sich vielleicht empfehlen, im Anschluss an den günstig verlaufenen künstlichen Abort die künstliche Sterilisierung anzuraten.

A. Sacher.

Prof. Dr. S. Róna: Dermatologische Propädeutik. Die entzündlichen Erscheinungen der Haut im Lichte der modernen Pathologie. 7 Vorlesungen für Aerzte und Studierende. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1909. Preis 3 Mark 60 Pf. 143 Seiten.

Dieses kleine Buch verdient entschieden die Beachtung aller Collegen, da Verf. in knapper klarer Weise die moderne Anschauung, dass die Entzündung ihrem Endresultate nach ein regenerativer Process ist, an der Hand seiner Beobachtungen über verschiedene pathologische Veränderungen der Haut, zu illustrieren unternimmt.

Die dermatologischen Processe zeigen, wie auf äussere oder hämatogene örtliche Gewebsschädigungen die Entzündung der betreffenden Stellen folgt, wie diese entzündlichen Erscheinungen nach Unschädlichmachung und Eliminierung des schädigenden Agens sich wieder zurückbilden und wie die geschädigten oder zerfallenen Zellen und Gewebe gleichzeitig ohne fremde Beihilfe ersetzt werden. Den grössten Teil der Hautveränderungen machen aber die entzündlichen Erscheinungen der Haut aus, daher ist sie auch das geeignetste Object zur Bestätigung dieser Theorie.

Wir würden uns freuen, wenn Verf. in einer 2. Auflage seines Buches noch die Propädeutik ausführlicher auch nach der klinischen Seite weiter bearbeiten würde, da kein Fach so geeignet ist, dem angehenden Mediciner den Weg objectiver Beobachtung zu weisen, wie die Dermatologie.

Petersen.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung am 7. April 1909.

Anwesend 18 Mitglieder und ein Gast.

P. 4. Thomson referiert über 2 Fälle von eigentümlichem Typhusexanthem: im 1. Fall handelte es sich um einen von Anfang an schweren Typhus mit typischer Fiebercurve; am 15. Tage trat schwache Roseola auf und zugleich eigenartige Plaques an einigen Körperstellen: am Knie, am Rücken — etwa von Bohnengrösse, an der Mamma und an den Bauchdecken — etwas grössere; diese Plaques waren von rosenroter Schattierung etwas intensiver gefärbt als die Roseola. Am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten bildete sich in der Mitte der Plaques eine Blase, welche platzte und blutig-seröse Flüssigkeit entleerte. An der Stelle der Blase bildete sich eine stark pigmentierte Narbe, welche noch nach der Heilung des Typhus bestehen blieb. Im 2. Fall war die Diagnose Typhus nicht so klar: am 9. Tage nach einer Geburt stieg bei der Pat. das Fieber plötzlich auf 39°, am 9. Krankheitstage, nachdem allmählich sich klarere Typhussymptome entwickelt hatten, trat typische Roseola auf und am folgenden Tage dieselben Plaques wie im Fall 1 mit demselben Uebergang in Blasenbildung. Am 15. Krankheitstage starb Pat. — In der Literatur hat Th. keine ähnlichen Erytheme bei Typhus beschrieben gefunden.

Discussion:

Haller fragt, ob es sich nicht um eine Drucknecrose der Haut gehandelt haben könne.

Thomson: Die Plaques traten an Stellen auf, die keinem Druck ausgesetzt waren.

Weiss meint, es könne sich vielleicht um miliare infectiöse Hautembolien gehandelt haben.

Kusick hält die Typhusdiagnose besonders im 2. Fall, nicht für absolut sicher; es könne sich vielleicht um Sepsis gehandelt haben.

Meder erinnert daran, dass auch bei anderen Krankheiten, z. B. Scharlach und Masern ähnliche Plaques mit Blasenbildung auftreten können.

Thomson: Die Typhusdiagnose scheint ihm sicher wegen der typischen Roseola, welche unter Fingerdruck erblasste im Gegensatz zu septischem Erythem. Der Inhalt der Blasen war nicht eitrig, wie man bei Sepsis erwarten sollte, sondern serös-blutig.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

P. 5. H. Hoffmann hält seinen angekündigten Vortrag über die therapeutische Verwendung des Tuberculin.

Nachdem Vortr. kurz über die einzelnen Theorien der Tuberculinwirkung, insbesondere über die Wrightsche Opsonintheorie referiert hat, werden die verschiedenen Tuberculine nach ihrer Herstellung und Wirkungsweise besprochen. Bei der Anwendung des Tuberculins, wobei Vortragender sich auf die nach Koch scher Methode hergestellten Präparate beschränkt, wird eine möglichst vorsichtige Dosierung verlangt, mit Anfangsdosen von $^1/_{1000}$ mgr. und sehr langsamer Steigerung nach Goetsch-Sahli bei möglichster Vermeidung von Reactionen. Bei geringster Reaction soll nach Ablauf derselben die nächstfolgende Injection kleiner als die vorherige gewählt werden. Genauere Controlle der Pat. — daher wenigstens anfangs klinische Behandlung erforderlich. Die Hervorrufung einer Reaction ist gefährlich, da anschliessend daran böse Zufälle auftreten können. Pat. mit Fieber sind meist nicht geeignet zur Tuberculincur, desgleichen mit frischer Hämoptoe. Hauptsächlich sollen Pat. im I. und II. Stadium behandelt werden; ein möglichst frühzeitiger Beginn und fortlaufende Behandlung über Monate und Jahre ist notwendig. Die Erfolge sind bisher keine so sehr glänzenden. Das in den Statistiken verwandte Material ist zu ungleich, um aus ihm Schlüsse ziehen zu können. Jedenfalls bei vorsichtiger Behandlung ist eine Schädigung der Pat. ausgeschlossen, wohl aber eine Besserung und event. Heilung möglich.

Zum Schluss referiert Vortr. noch über einzelne Fälle, die er mit Tuberculin behandelt hat und speciell über 5 Pat. mit Lungen und Larynxtuberculose, die er längere Zeit nach der Cur hat beobachten können und die zum Teil mit sehr gutem Erfolg (3), zum Teil allerdings erfolglos behandelt worden sind.

(Autoreferat).

Discussion:

Haller referiert über seine Erfahrungen mit Alt-Tuberculin; 13 Fälle sind einer länger dauernden Cur unterzogen worden. Im Allgemeinen ist er nicht zu sehr günstigen Resultaten gekommen, auch gerade bei Fällen des I. Stadiums hat er Fehlschläge gehabt. In einem Fall des III. Stad., bei welchem er bis zu 500 mgr. Tuberculin gegangen war, sah er zwar subjective Besserung, während die objectiven Symptome: Rasseln, Tuberkelbacillen und natürlich die Cavernen, bleiben. Oft trat nach wenigen Injectionen, auch Tausendsteln und Hundertsteln mgr., ja auch beim Zurückgehen auf frühere gut vertragene Dosen — höheres Fieber auf und die Cur musste deshalb abgebrochen werden. Am günstigsten wurde ein Fall von tuberculöser Keratitis, der von Jugend an bestand, beeinflusst: Die Cur dauerte 2 Monate, die Einzeldosen stiegen langsam vom 1 auf 100 mgr. Bis zur 5. Injection trat jedesmal nach der Injection eine deutliche Reizung des Auges auf, von da an nicht mehr und allmählich trat völlige und dauernde Heilung auf. H. glaubt aus seinen Erfahrungen entnehmen zu können, dass es sehr schwierig ist, die zu einer Tuberculincur sich eignenden Fälle auszuwählen. Nie soll man Sprechstundenpatienten eine solche Cur vorschlagen, wegen der mangelhaften Controlle. Hierdurch würde man das Mittel, welches unzweifelhaft doch auch gute Resultate geben könne, nur im Publicum discreditieren. Was den im Vortrag erwähnten opsonischen Index betrifft, so glaubt er, dass daraus wichtige Schlüsse für Diagnose und Therapie der Tuberculose nicht zu ziehen sind, da er bei den Kranken sehr schwanke. Das Tuberculin gibt keine Immunität gegen Tuberculose, sondern es ist, nach Meissen ein Stimulans für Heilungsprocesse in der Umgebung der Krankheitsherde, es ist ein wichtiges Stimulans für die Lebensenergie des Organismus im Kampfe gegen die Infection.

Was die Anwendungsmethoden und Dosierung des Tuberculins betrifft, so tappen wir noch im Dunkeln.

Gegen Hoffmann bemerkt er, dass nicht auf jede Reaction hin schlechtweg die Injectionen zu verwerfen sind: eine locale Reaction mässigen Grades sei sogar erwünscht.

Tannebaum hat auch einige Fälle mit Tuberculin behandelt. In einem Fall (Anfangsstadium) kam es bei 55 Injectionen nie zu Temperatursteigerungen; anfangs besserte sich der Appetit ein wenig, dann aber kam ein Stillstand und späterhin eher eine allgemeine Verschlimmerung des Zustandes: er hat also keinen günstigen Eindruck von der Tuberculinwirkung.

Meder sieht die Bedeutung der ganzen Frage darin, dass hierdurch das Wesen der Krankheit genauer erforscht wird, practisch sei sie noch ganz ungeklärt und deshalb solle der practische Arzt sich einstweilen nach der Anwendung dieses Mittels enthalten. Die Statistik der einzelnen Forscher pro und contra besage garnichts, die Resultate der einzelnen lassen sich unmöglich mit einander vergleichen, schon die Einteilung der Tuberculose in 3 Stadien sei ganz unsicher und gebe subjectiver Willkür den weitesten Spielraum. Ferner berücksichtige man immer viel zu wenig, dass stets Spontanheilungen ohne alle Behandlung, oder trotz einer solchen, vorgekommen sind. Einstweilen solle also von Berufenen, besonders an den Universitäten die Frage weiter studiert werden, der practische Arzt aber sich abwartend verhalten. Dies beziehe sich auch auf die Frage der Opsonine, die einstweilen noch keinerlei practische Bedeutung habe.

Weiss meint, die Bedeutung der Opsonine sei doch schon ziemlich allgemein anerkannt. In England werde auf diesem Gebiet viel practisch gearbeitet, in Deutschland mehr theoretisch, man könne aber die Möglichkeit auch einer practischen Verwertbarkeit dieser Theorien durchaus nicht leugnen.

Kusick macht den Einwurf, die vom Vortr. und Haller erwähnten Besserungen seien gewiss auch z. Teil auf gebesserte hygienische Verhältnisse, in denen sich der Kranke während der Cur befindet, auf Liege- und Mastcuren etc zurückzuführen.

Haller: In 2 Fällen ist gerade das Gegenteil beobachtet worden, d. h. trotz Liege- und Mastcur ständiges Fallen des Gewichts, nach Tuberculin — momentane Zunahme. Weiter wendet er sich gegen Meder, der die Erfolge dieser Behandlung ganz in Frage stelle: das sei zu weit gegangen, wenn auch die Indicationen noch nicht sicher, so solle man doch die Versuche nicht aufgeben. Wichtig für die Indicationsstellung, ob man einen Kranken mit Tuberculin behandeln soll oder nicht, sei die Frage, ob es sich um einen progredienten oder stabilen Krankheitsfall handelt; im letzteren Fall könne man die Cur versuchen.

Hoffmann: Die practischen Untersuchungen über den opsonischen Index sind nur mit den grössten Schwierigkeiten durchzuführen und deshalb kommt dieser Frage fürs erste noch keine practische Bedeutung zu. Von den meisten Autoren wird das Initialstadium für Tuberculinbehandlung bevorzugt, von seinen Pat. war kaum jemand in diesem Stadium. Tuberculin gibt nicht Immunität gegen Tuberculose, sondern es ist ein gutes therapeutisches Hilfsmittel. Die Pat. sollen womöglich nur in Kliniken behandelt werden, namentlich zu Beginn der Cur, später kann sie eventuell auch ambulatorisch fortgesetzt werden.

2. Secretär: Hirsch.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Wie der «Russkij Wratsch» berichtet, ist als erste die medicinische Facultät der neuen Universität in Ssaratow in Bildung begriffen. Die Universität wird zum Kasanschen Lehrbezirk gehören, der somit jetzt 2 Universitäten besitzen wird. Zum Rector ist, wie schon früher erwähnt, Prof. Rasumowskij, früher Prof. der Chirurgie an der Universität zu Kasan, ernannt. Ferner sind folgende Ernennungen für Lehrstühle des ersten Cursus erfolgt: Anatomie — N. Stadnizkij, bisher Prosector an der Universität in Odessa, Physiologie — J. Tschujewskij, Botanik — Gordjagin, Zoologie — Birjukow, Physik — Sernow, Chemie — Wermes.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 16. Juli	des 17. Juli	52	18	59	640
» 17. »	» 18. »	39	19	45	615
» 18. »	» 19. »	41	22	45	589
» 19. »	» 20. »	38	21	66	540
» 20. »	» 21. »	31	7	45	519
» 21. »	» 22. »	37	22	41	493
» 22. »	» 23. »	28	12	31	478

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14060 Personen erkrankt, 5445 gestorben und 8237 genesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 12. bis zum 18. Juli.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	361 (158)	3512 (1334)	16. Mai
Kronstadt	5 (3)	83 (35)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	44 (33)	583 (270)	27. Mai
» Archangelsk	53 (38)	433 (222)	13. Juni
» Wologda	29 (17)	288 (240)	19. »
» Olonez	1 (—)	12 (7)	8. »
Stadt Wjatka	— (—)	2 (2)	1. Juli
Gouv. Estland	1 (2)	6 (4)	14. Juni
» Kurland	1 (4)	18 (10)	1. Juli
» Livland	19 (7)	69 (29)	16. Juni
» Wilna	1 (1)	2 (2)	29. »
» Witebsk	223 (64)	511 (140)	16. »
» Twer	— (—)	27 (12)	29. »
» Jaroslaw	22 (13)	36 (16)	24. »
» Kostroma	— (—)	3 (—)	6. Juli
» Ssimbirsk	— (—)	2 (—)	27. Juni
» Moskau	— (—)	5 (—)	25. »
» Nowgorod	21 (8)	151 (65)	9. »
» Pskow	23 (10)	71 (29)	28. »
» Rjasan	2 (—)	41 (25)	10. »
» Wladimir	— (—)	2 (1)	25. April
Finnland	— (—)	6 (1)	6. Juni

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 21. bis zum 27. Juni 1909 994 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 16, Typhus exanthem. 20, Febris recurrens 10, Pocken 16, Windpocken 6, Masern 79, Scharlach 46, Diphtherie 40, Cholera 556, acut. Magen-Darmkatarrh 166, an anderen Infectionskrankheiten 39.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11268. Darunter Typhus abdominalis 293, Typhus exanth. 31, Febris recurrens 55, Scharlach 214, Masern 101, Diphtherie 164, Pocken 78, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 757, crupöse Pneumonie 122, Tuberculose 271, Influenza 157, Erysipel 111, Keuchhusten 7, Hautkrankheiten 45, Lepra 0, Syphilis 437, venerische Krankheiten 319, acute Erkrankungen 1843, chronische Krankheiten 1523, chirurgische Krankheiten 1333, Geisteskrankheiten 3197, gynäkologische Krankheiten 210, Krankheiten des Wochenbetts 65, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 1096 + 48 Totgeborene + 63 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 11, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 45, Scharlach 15, Diphtherie 16, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 17, katarrhalische Pneumonie 75, Erysipelas 6, Influenza 8, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 2, Febris puerperalis 11, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 23, Dysenterie 4, Cholera 278, Magen-Darmkatarrh 80, andere Magen- und Darmerkrankungen 58, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 41, Marasmus senilis 28, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 261.

— Die Zahl der Pockenerkrankungen in St. Petersburg nimmt in bedenklicher Weise zu.

— Das Stadtamt von St. Petersburg hat der Stadtduma ein Project vorgelegt betr. die Gründung eines Hospitals für Tuberculöse, welches ausserhalb der Stadt angelegt werden soll.

— In einem Aul der Kirgisensteppe im Gebiete Uralsk, der aus 4 Hütten besteht, sind unter den Kirgisen Erkrankungen an der Pest constatiert worden. Die klinische Diagnose ist durch bacteriologische Untersuchungen erhärtet. Bis zum 18. Juli waren 15 Personen erkrankt und 11 von ihnen gestorben. Der inficierte Aul, der 140 Werst südöstlich von der Stadt Uralsk liegt, ist von einem Cordon umzingelt und an Ort und Stelle sind alle Vorbeugungsmassregeln gegen die weitere Verbreitung der Seuche ergriffen. Die Kreise Uralsk und Lbischtschensk sind officiell als pest-inficiert und die übrigen Kreise des Gebietes Uralsk als von der Pest bedroht erklärt worden. Die erste Erkrankung soll am 24. Juni erfolgt sein. Seit dem 18. Juli sind keine neuen Erkrankungen gemeldet worden. (Prawitelstwennyi Westnik, Nr. 152—156).

— Verbreitung der Cholera. In Kalkutta starben von 6.—12. Juni 40 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest.

		Erkrankten	Starben.
Insel Terceira, Portugal	31. März—12. April	5	—
Aegypten	3.—9. Juli	12	7
Hongkong	23. Mai— 5. Juni	20	22
Japan	25. Mai—24. Juni	5	4
Mauritius	7. Mai— 3. Juni	5	5
Sydney	13. Mai— 3. Juni	3	1
Adelaide	3. Juni	1	1

— Die X. Generalversammlung der livländischen Abteilung des St. Petersburger Vereins zu gegenseitiger Hilfe findet am 17. August c. 7 Uhr abends in Riga — Thronf. Boul. 27 — statt. Falls die Generalversammlung wegen zu geringer Beteiligung nicht beschlussfähig sein sollte, findet die nächste in Dorpat, am 24. August c. um 3 Uhr im Commerzclub statt, welche laut § 24 der Statuten unabhängig von der Zahl der Besucher beschlussfähig sein wird.

Tagesordnung.

1. Kassenbericht. 2. Bericht der Revisionscommission. 3. Jahresbericht über die Tätigkeit des Vorstandes. 4. Bericht über die project. Fusion der drei balt. Abteilungen des St. Petersburger Vereins. 5. Bericht über die Eingabe der Herren DDr. R. Otto und Th. Lackschewitz. 6. Wahl der Revisionscommission.

Der Vorstand.

Neunte deutsche ärztliche Studienreise: Folgende Herren haben bis jetzt Vorträge zugesagt: Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin; Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. His-Berlin; K. K. Reg.-Rat Prof. Dr. Glax-Abbazia; Prof. Dr. Strauss-Berlin; Prof. Dr. Lumbroso-Livorno; San.-Rat Dr. von Fodor-Pystian; Dr. Gallia-Trenczin-Teplitz; Dr. Ceresole-Venedig; Dr. Kalischer-Schlachtensee; Dr. Jannes-Eschweiler.

— Der Sonderausschuss der deutschen Röntgengesellschaft für die Sammelforschung über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf das Körperwachstum versendet folgendes Schreiben: Im Tierexperiment hat sich ein sehr schädlicher Einfluss der Röntgenbestrahlung auf das Körperwachstum herausgestellt (cf. besonders Verhandlungen der deutschen Röntgengesellschaft Band 3 Seite 126, Langenbecks Archiv Band 81 II).

Um Anhalt zu gewinnen, wie weit diese Experimente beim Menschen übertragen werden dürfen und müssen, ist vom diesjährigen Röntgencongress eine Sammelforschung hierüber beschlossen worden. Wir bitten auch Sie, uns bei diesem unterstützen zu wollen. Sowohl für die Patienten als auch in forensischer Beziehung dürfte die Entscheidung der vorliegenden Frage für den Röntgenologen von grosser Wichtigkeit sein.

Wir bitten Sie ergebenst, den beiliegenden Fragebogen freundlichst bei der Beantwortung benutzen zu wollen.

Für die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens bis zum 1. September 1909 an Herrn Dr. Försterling in Mörs (Rheinland) wären wir Ihnen zu grossem Danke verpflichtet.

gez. Dr. Försterling (Mörs), Vorsitzender des Sonderausschusses; gez. Dr. Frank-Schultz (Berlin); gez. Dr. Gocht (Halle), gez. Dr. Krukenberg (Elberfeld); gez. Prof. Dr. Paul Krause (Bonn), Vorsitzender der deutschen Röntgengesellschaft.

Fragebogen.

1) Nach den Tierversuchen ist die Wachstumsstörung durch Röntgenstrahlen zunächst abhängig von der Strahlendosis und umso erheblicher, je jünger das Tier zur Zeit der Bestrahlung war. Es sind daher bei der Sammelforschung Kinder zu berücksichtigen, die in den ersten Lebensjahren zu therapeutischen oder diagnostischen Zwecken geröngt worden sind.

2) Ein geringerer Grad der Wachstumsstörung ist event. erst nach mehreren Jahren deutlich, so dass also besonders solche Kinder, deren Bestrahlung mehrere Jahre zurückliegt, in Betracht zu ziehen sind.

3) Bei Wachstumsstörungen an den Extremitäten oder Verdacht darauf empfehlen sich vergleichende Röntgenaufnahmen und Ausmessung mit dem Zirkel auf der Platte.

Für eine möglichst ausführliche Beantwortung der folgenden Fragen würden wir besonders dankbar sein, wobei auch andere Mitteilungen zu dieser Sache natürlich sehr erwünscht sind.

I. 1) Haben Sie Kinder in jüngeren Jahren mit Röntgenstrahlen behandelt? 2) In welchem Alter? 3) Welche Körperteile? 4) Wegen welcher Erkrankung? 5) Wie lange bestrahlt? 6) War die Röhre weich (5—7 Wehnelt) oder hart (7, 5—9 Wehnelt)? 7) In welchem Kalenderjahr? II. Wieviele der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter 1 genannten Kinder haben Sie nachuntersucht? III. Haben Sie überhaupt irgend welche Wachstumsstörungen nach Röntgenbestrahlung gesehen? Falls ja, bitte nähere Angaben.

— Die Geschäftsleitung der „Vereinigung von Heilanstaltenbesitzern" bittet uns folgende Mitteilung zu veröffentlichen: In immer steigendem Masse hat im letzten Jahrzehnt das Inseratenwesen seine Tätigkeit den Privatheilanstalten zugewendet. Insbesondere entstehen von Jahr zu Jahr neue «Führer durch die Privatheilanstalten», Kalender und ähnliche Unternehmungen, für deren Gründung weit weniger das Interesse der Inserenten, als das der Unternehmer massgebend ist. Auch ausländische Firmen sehen in den Privatanstalten ein willkommenes Object ihrer Speculation.

Diesen Verhältnissen, die mit der Zeit geradezu unerträglich werden, steht der Einzelne machtlos gegenüber. Es hat sich daher eine «Vereinigung von Heilanstaltsbesitzern» gebildet, der schon jetzt etwa 300 Collegen aus Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Italien, der Schweiz etc. beigetreten sind. Diese «Vereinigung», deren Geschäftsleitung z. Z. durch die Herren Kothe-Friedrichroda, Meissen-Hohenhonnef, Thilenius-Soden, Dornblüth, van Meenen, Schloss und Schütz-Wiesbaden besorgt wird, benutzt ein gemeinsames, officielles Insertionsorgan, um so von den erwähnten Führern etc. freizukommen, die Geschäftsunkosten herabzusetzen und zugleich das Annoncenwesen besonders wirkungsvoll zu gestalten, indem Aerzten und Patienten ein Buch in die Hand gegeben wird, in dem sämtliche Anstalten sich vereinigt finden.

Als dieses officielle Insertionsorgan ist der Mosse'sche Bäderalmanach gewählt worden, dessen nächste, im Jahre 1910 erscheinende Auflage eine besondere Abteilung: «Privatheilanstalten» enthalten wird. Für später ist eine Uebertragung des Anstaltsalmanachs in fremde Sprachen in Aussicht genommen.

Die Anstaltsbesitzer und Leiter, deren Zustimmungserklärung noch nicht erfolgt ist, werden gebeten, sich an den Schriftführer, Herrn Dr. van Meenen, Wiesbaden, Sanatorium Lindenhof, zu wenden.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird noch bemerkt, dass es auch fernerhin jeder Anstalt überlassen bleiben soll, zu entscheiden, ob und in wie weit sie für ihre Zwecke sich der medicinischen Fachblätter, der Tagespresse, localer Fremdenführer usw. bedienen will.

Die Vorteile, die das getroffene Arrangement für jede einzelne Anstalt bietet, liegen klar auf der Hand, und die Collegen werden ersucht, schon jetzt keine Verträge mehr mit «Heilanstaltsführern», «Kalendern» etc. abzuschliessen.

— Geheimrat Prof. Bäumler-Freiburg ist von seinem Amt zurückgetreten und an seine Stelle ist Prof. Dr. de la Camp, bisher Director der medicinischen Poliklinik ernannt. Die Stadt Freiburg ernannte Prof. Bäumler bei dieser Gelegenheit in Anerkennung seiner grossen Verdienste zum Ehrenbürger.

— Der Privatdocent für Hygiene in Königsberg, Dr. R. Scheller ist als Nachfolger Prof. Reichenbachs zum Vorstand des hygienischen Instituts in Breslau ernannt.

— Der a. o. Professor der Ohrenheilkunde in Königsberg Dr. B. Heine ist zum a. o. Professor in München ernannt.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. G. Piwowarow in Charkow; 2) Dr. P. Wsewolodow in Rjashsk am Flecktyphus; 3) Dr. G. Boljatrjan in Tiflis; 4) Dr. N. Rshewkin in Schtschelkowo am 5. Juni, geb. 1854, Arzt seit 1883; 5) Dr. N. Knkowjerow in Feodosia durch Selbstmord, geb. 1869, Arzt seit 1894. 6) Dr. C. Koch in Kosch bei Reval am 22. Juli 1909 im Alter von 68 Jahren. Ein ausführlicher Nekrolog erscheint in der nächsten Nr. 7) Dr. N. Kannegiesser in St. Petersburg am 24. Juli an Septicaemie, die er sich bei einer Operation zugezogen. 8) Die bekannte Anthropologin Prof. Dr. med. h. c. Johanna Mestorf, früher Leiterin des Schleswig-Holsteinschen Museums für vaterländische Altertümer in Kiel, im Alter von 80 Jahren; 9) Prof. Aug. Vogl Ritter von Fernheim am 25. Juli (n. St.) in Bozen, geb. 1833, zum Dr. Med. promoviert 1860 in Wien. Vogl war Anfang der 70-ger Jahre des vorigen Jahrhunderts Professor der Zoologie und Botanik, ging dann zur Pharmakologie über und bekleidete diesen Lehrstuhl an der Wiener Universität seit 1874. Wiederholt war er zum Dekan der medicinischen Facultät gewählt und 1887—88 war er Rector der Wiener Universität. Kurz vor seinem Tode hatte er das Amt des Präsidenten des Obersten Sanitätsrats niedergelegt, worauf an seine Stelle Prof. Ludwig gewählt worden war.

Ich bin in Redactionsangelegenheiten Montags und Donnerstags von 6—7 Uhr abends zu sprechen.

F. Dörbeck.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: in № 28, Seite 386, Zeile 23 von unten links ist zu lesen Ileus statt Ulcus und Seite 397 Zeile 41 von unten rechts Häckel statt Haskel.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Сборникъ, посвященный И. И. Мечникову въ память пребыванія его въ Петербургѣ 14—26 Мая 1909. „Практическая Медицина" (Эттингеръ). С.-П. 1909 г.

Dr. Lorand: Die rationelle Behandlung der Zuckerkrankheit. Verlag von Aug. Hirschwald. Berlin. 1909.

Dr. M. Meyerhof: Ueber die ansteckenden Augenleiden Aegyptens, ihre Geschichte, Verbreitung u. Bekämpfung. Verlag v. Diemer Nachf., Finck u. Baylaender. Kairo. 1909.

Ernst Sauerbeck: Die Krise in der Immunitätsforschung. Bibliothek medicin. Monographien. B. VI. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Leipzig. 1909.

Dr. E. Nitzelnadel: Therapeutisches Jahrbuch. XIX. Jahrgang. Verlag v. Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909. Preis 4 M.

Prof. F. Hoffmann: Atlas der Anatomie des Mediastinums im Röntgenbilde. Verlag v. Dr. Klinckhardt. Leipzig. 1909.

С. А. Новосельскій: Профессіональная смертность въ Англіи. Типографія Министерства Внутреннихъ дѣлъ. С.-П. 1909.

Prof. Ehrlich und Lazarus. Die Anämie I. Abteil. I. Teil. Normale und pathologische Histologie des Blutes bearbeitet von Prof. Lazarus und Dr. Naegeli II. Auflage. Verlag v. A. Hölder. Wien und Leipzig. 1909. Preis M. 5.50.

Prof. Dr. C. Ewald: Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. II. Auflage. Verlag v. A. Hölder. Wien u. Leipzig. 1909. Preis M. 8.80.

Отчетъ Императорской санаторіи „Халила" за 1908 г. Типографія Мансфельдъ. С.-П. 1909 г.

Prof. Kutner. Volksseuchen. Verlag von Gustav Fischer. Jena. 1909. Preis M. 7.

Dr. Penzoldt und Dr. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie in VII Bänden. IV. Aufl. IV. Lieferung. Verlag von Gustav Fischer. Jena. Preis M. 4.50.

Prof. Martius. Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909. Preis M. 1.

T. Cieszynski. Der polnische Apotheker. Polnisch-lateinisches Wörterbuch. II. Aufl. Verlag v. Ambrosius Barth. Leipzig. 1909. Preis M. 2.80.

Dr. Alsberg. Militairtauglichkeit und Grossstadteinfluss. Verlag v. Teubner. Leipzig u. Berlin. 1909. Preis M. 1.

Dr. Zörnig. Arzneidrogen. I. Teil. I. Lieferung. Verlag von Dr. Klinkhardt. Leipzig 1909. Preis M. 5.25.

Dr. Zörnig. Arzneidrogen. I. Teil. II. Lieferung. Verlag von Dr. Klinkhardt. Leipzig 1909. Preis M. 5.25.

Prof. Prausnitz. Atlas und Lehrbuch der Hygiene. Lehmanns Medic. Atlanten. Bd. VIII. Verlag v. Lehmann. München 1909. Preis M. 28.

Dr. Groedel. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin. Lehmanns Medicin. Atlanten. Bd. VII. Verlag von Lehmann. München 1909. Preis Mk. 24.

Dr. Jellinek. Atlas der Elektropathologie. Verlag v. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1909. Preis 35 M.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 31 St. Petersburg, den 1. (14.) August 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Gustav Zimmermannsche Theorie der Mechanik des Hörens.

Von

J. F. Neumann.

Im Jahre 1901 schon erschien das Zimmermannsche Buch „Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen", in dem er seine neuen Anschauungen über einige Vorgänge des Höracts niedergelegt hat. Sie bieten so viel Interessantes und Neues, dass es ganz unverständlich ist, dass bis jetzt von dem Werke so wenig Notiz genommen worden ist. Verfasser hofft mit seinem Referate auf dasselbe aufmerksam zu machen und eine Bearbeitung und Kritik des Inhalts zu veranlassen. — Die Herausgabe der Uebersetzung ins Russische, die er gemacht hat, wird von Verlegern jetzt (d. h. 8 Jahre nach dem Erscheinen desselben) für inopportun gehalten.

Nach den bis jetzt geltenden Ansichten werden die Schallwellen im äussern Gehörgange gesammelt, um dann zum Gehörorgane zugeführt zu werden unter Vermittelung des Trommelfells. Diesem wird die wichtigste Rolle für die Schallfortleitung aufs innere Ohr, ja sogar die sie erst ermöglichende Wirkung zugeschrieben. Helmholtz hatte nämlich beobachtet, dass Schallschwingungen stärkster Amplituden das Trommelfell in toto zum Schwingen bringen und nach innen treiben — zugleich mit der Gehörknöchelchenkette, wodurch die Stapesplatte ins Labyrinth gepresst und das Labyrinthwasser erschüttert werde. Diese Bewegungen der Labyrinthflüssigkeit seien der Erregungsimpuls in der Schnecke, speciell in der Membrana basilaris. Nach seiner Klanganalysentheorie ist in dieser Membran eine grosse Anzahl von Resonatoren vorhanden, welche auf bestimmte Töne abgestimmt sind. Die Vibration der Labyrinthflüssigkeit setze diese Resonatoren in Erregung, und durch die diesen correspondierende Nervenfasern würden sie in dem Gehör als Tonempfindung zugeleitet.

So lautet die bis jetzt herrschende Ansicht, anders die Zimmermannsche.

Bei unserem binauralen Hören mit beweglichem Kopfe und leichter Drehbarkeit des Körpers um seine Längsachse treten von allen Seiten an jedes Ohr die directen oder reflectierten Schallstrahlen heran, die von der Ursprungsstelle derselben in concentrischen Bahnen als moleculäre, oscillatorische Schwingungen des jeweiligen Mediums vor sich gehen.

Der unmittelbarste Weg ist diejenige Luftsäule, welche eine gerade Linie von der Ursprungsstelle des Schalles bis zum Promontorium durch den Gehörgang, das Trommelfell und die Paukenhöhle bildet (ebenso auch die von irgend einem Medium direct reflectierte Luftsäule). Wir haben dann nur ein Medium, die Luft, in der an einer Stelle das 0,1 mm. dicke Trommelfell eingeschaltet ist.

Der äussere Gehörgang ist kein Sammler der Schallwellen, sondern er setzt im Gegenteil deren Intensität in recht hohem Grade herab. Das beweist schon seine Gestalt. Er ist kein gleichmässiger Cylinder oder gerader Trichter (Schalltrichter), sondern ein „in allen Dimensionen ungleichmässig und physikalisch regellos gestalteter Gang, oft bei demselben Individuum mit mannigfachen Varianten". Seine Hauptrolle besteht wohl in der Wärmeregulierung, besonders der tieferen Partien, wo seine Temperatur die des Körpers ist. Dieselbe wärmeregulierende Rolle spielt auch die Luft der Paukenhöhle, infolge des eingeschobenen Trommelfells noch besser ermöglicht, was ich anticipierend gleich miterwähnen wollte.

Das Trommelfell schwingt nur bei tiefen Tönen in toto mit, was Helmholtz beobachtet, aber leider generalisiert hat, bei hohen und mittleren in molekulären Oscillationen, wovon übrigens später noch die Rede sein wird. Dass es „im Principe, wie ein Resonator schwinge, (Hermann)", wie eine gespannte Membran, ist nicht gut möglich. „Gespannte Membranen resonieren kräftig, wenn sie als Ganzes schwingen, nur für den Ton, welcher mit ihrem Eigenton übereinstimmt, weniger kräftig, wenn sie sich in einzelne durch Knotenlinien

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

getrennte Abschnitte zerlegen, für diejenigen Töne, welche ihren Nebentönen entsprechen. Der Eigenton des Trommelfells entspräche dem f‴, folglich könnte dasselbe nur diesen Ton oder dessen Obertöne mitschwingend aufnehmen und würde auf alle anderen etwa 40000 Töne, die de facto wahrgenommen werden, wenig oder gar nicht reagieren können.

Gegen diese Ansicht führt Zimmermann noch ein physiologisches Bedenken ins Feld. Wenn Trommelfell und Gehörknöchelchenkette ein als Ganzes schwingender Schallleiter wäre, so müssten die beiden quergestreiften Binnenmuskeln des Ohres in niemals unterbrochener und ständig wechselnder Bewegung sein, da Tag und Nacht Schallschwingungen immerfort auf das Ohr treffen. Sie kommen zwar nicht immer zum Bewusstsein, die Arbeit der Muskeln, wenn sie auch minimal ist, bleibe doch bestehen. Und das sei doch nach unseren Anschauungen über Physiologie der Muskeln wohl fraglich.

Es ist ausserdem auch kaum anzunehmen, dass das Trommelfell so viel Schwingungen in der Secunde machen könne, wie es die Schwingungen bei unserem Sprechen, ja überhaupt dem Tageslärm verlangen (bis 4000).

Kehren wir nun wieder zur Frage über den Weg der Schallstrahlen zurück. Wohl eben so gut, wie bei den directen Lichtsäulen, ist die Schallleitung in denen, die zwar zum Gehörgangslumen nicht senkrecht gerichtet sind, aber doch von der Seite aus in denselben übergehen, in einem Winkel auf die Gehörgangswandungen treffen und zum Teil von ihnen reflectiert werden, um als solche durch das Trommelfell und die Pauke zum Promontorium zu gelangen. Hier liegen dieselben Verhältnisse vor, und geht ein Theil der Schallschwingungen beim Uebergange in die anderen Medien, die Haut u. s. w., verloren. Wie viel dieser letzteren, nach Ueberwindung vieler Hindernisse, zum Sinnesorgane kommen, lassen wir hier unbeachtet, da ihre Anzahl der anderen gegenüber die bei Weitem kleinere ist.

Noch einen viel weiteren Weg zum Sinnesorgane und noch viel mehr aufeinander folgende Medien, wobei grosse Energieverluste zustande kommen, haben die Schallwellen zu überwinden, die auf die Körperoberfläche auftreffen. Diese Schallwellen werden natürlich, da sie so viele verschiedene, schlechtleitende und unterbrochene Medien zu passieren haben, schwächer und schwächer. Doch dass sie in der Tat vorhanden und nicht theoretisch construiert sind, dafür spricht ein Experiment. Wenn man im Wasser den Kopf untertaucht, so hört man die Töne einer Glocke oder zweier gegeneinander geriebener Kieselsteine sehr deutlich und zwar „als ob die Tonwellen allseitig den Kopf umspülten und in sein Inneres direct durch die Kopfknochen eindrängen".

Also, der grösste Teil der Schallschwingungen kommt, wie wir gesehen, auf dem nächsten und directesten Wege continuierlich bis zum Trommelfelle durch den äusseren Gehörgang. Die 0,1 mm. dicke Membran ist daher ein schallabschwächendes Medium, wobei ein Teil der Energie des Schalles drauf geht, bietet aber ihrer relativen Dünnheit wegen keinen wesentlichen Widerstand; sie wird ebenfalls in molekulare Schwingungen versetzt. „Es schwingt beim Schall, wie jeder schallleitende Körper, lediglich in fortschreitenden Wellen, und gerade bei den allerzartesten, an der Grenze der Hörbarkeit liegenden Schallen, deren Schwingungsamplituden Millionstel eines Millimeters betragen, ohne Veränderung seiner relativen Stellung im Raume, nicht im Ganzen, sondern nur in Spannungs- und Lageveränderungen seiner Moleküle".

Dafür sprechen auch mehrfache Befunde an Trommelfellen, am meisten dessen Defecte bis zu totalen Fehlen desselben, worauf wir noch später kommen müssen. Solche anatomische Befunde und klinische Beobachtungen haben dann auch die Veranlassung dazu gegeben, zwei verschiedene Schallleitungen zum Ohr zu construieren.

Man nahm daher an, es existieren zwei Schallleitungen, einmal — die normale Luftleitung — von der Aussenluft zum Trommelfell, durch die Gehörknöchelchenkette zum ovalen Fenster, und zweitens — die Kopfknochenleitung — durch den Knochen, erstens unmittelbar zum Labyrinth und dann vermittelt durch Trommelfell und Kette, wobei (nach Bezold) das Trommelfell und d. lig. annulare mehr von der Kante getroffen würden.

Da die Wahrnehmung der hohen Töne bei Ausschaltung des Mittelohrapparats wenig oder gar nicht gestört war, so nahm man an, dass die Töne über c‴ durch die Knochenleitung zugeführt wurden, die tiefen Töne dagegen durch die Luftleitung (mit Trommelfell und Kette). Das erweist sich aber als nicht richtig, wenn man den Versuch (Rinne) genauer studiert.

Bezold behauptet auf Grundlage des Rinneschen Versuches: „Unter normalen Verhältnissen zeigt die Luftleitung immer ein bedeutendes Uebergewicht über die Knochenleitung". Dagegen wendet Zimmermann mit Recht ein, dass das ein Trugschluss sei, weil man keinen gleichen Massstab angewandt habe, nämlich dass man erst die Hördauer des Stiels vom Knochen aus geprüft habe und dann (nicht den Stiel wieder, sondern) die Enden in der Luft. Wenn die Prüfung mit dem Stiele gemacht wird, so hört man ihn, nachdem er in der Luft ausgeklungen, wieder, wenn er auf den Knochen gesetzt wird. Klingt er hier aus, so ist weiterhin auch nicht ein Ton zu hören. Stimmgabelstiel und — enden sind eben nicht physikalisch gleichwertig. Schon Chladni hat gezeigt, dass man aus der Schwingungsweise eines an beiden Enden freispringenden Stabes sich leicht die Schwingungsweise der Stimmgabel analysieren kann. Denkt man sich einen geraden Stab, dessen beide Knotenpuncte ziemlich nahe den Enden liegen, in eine mehr gekrümmte Form gebogen, so bleiben die beiden Knotenpuncte bestehen, nur rücken sie näher aneinander, bis sie schliesslich, wenn der Stab in Stimmgabelform gebogen ist, dicht neben der Biegungsmitte liegen. Dieses kurze Mittelstück macht nun zwar in der Zeiteinheit die gleiche Zahl von Excursionen, aber natürlich wegen seiner Kürze und Fixation an beiden Enden in kleineren Amplituden und wird, da es durch den aufgesetzten Stiel und die diesen umfassende Hand in seiner Intensität geschwächt wird, rascher unhörbar werden, als die Enden. Die Enden wirken stärker schon durch ihren grösseren Anschlag und ihre grössere bewegte Fläche und werden durch eine Dämpfung des Stiels, zwar gleichfalls, aber doch nicht in dem Masse beeinträchtigt, dass sie nicht geraume Zeit, selbst nachdem man den Stiel in einen Schraubstock gespannt hat, noch gehört würden. Die Verdichtungen und Verdünnungen, welche in den Knotenpuncten auf den Stiel übergehen, werden je nach Bau und Dämpfung der Gabel rasch so schwach, dass sie — ohne künstliche Verstärkung — nur einen kleinen, bei allen Stimmgabeln verschiedenen Bruchteil, etwa ein Viertel und noch weniger von der Zeit hörbar sind, während der die Enden gehört werden".

Durch den falschen Schluss von der Superiorität kam man auch zu der oben angeführten falschen Annahme einer kraniotympanalen Knochenleitung. Der Vorgang ist aber einfach folgender: „Hält man eine tönende Stimmgabel auf den Knochen des Warzenfortsatzes, so pflanzt sich von der Berührungsstelle aus der Ton concentrisch in radiären Linien fort. Zum inneren Ohre gehen die Schallschwingungen am directesten continuierlich im Knochen fort, und Nichts berechtigt zu der Annahme, sie müssten sich von der Ansatzstelle aus zuerst in die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehörgangsluft, von da auf das Trommelfell und von da durch die Kette aufs innere Ohr übertragen. Selbstverständlich treffen auch radiäre Schallstrahlen in anderer Richtung das Trommelfell. Das braucht nicht bewiesen zu werden (Berthold), aber sie sind nicht die causa efficiens bei der Knochenleitung. Noch mehr gilt das natürlich für eine Versuchsanordnung, bei welcher man den Stimmgabelstiel auf die Stirn oder die Zähne hält, oder gar auf den Warzenfortsatz der entgegengesetzten Seite, wo erst recht nicht der gehörte Ton den Umweg gemacht haben wird, den die Annahme einer kraniotympanalen Uebertragung ihm zumuten möchte. Was man bei den Stimmgabelversuchen kurzweg Knochenleitung nennt, muss genauer als directe Knochenleitung bezeichnet werden, insofern die Schallquelle direct auf den Knochen gesetzt wird, im Gegensatz zu der als Luftleitung bisher bezeichneten indirecten Knochenleitung, Luftknochenleitung, wo zwischen die Schallquelle und den leitenden Knochen noch Medien, in den meisten Fällen Luft mit eingeschobenem Trommelfell, eingeschaltet sind. Eine Gegensätzlichkeit im Sinne zweier, ihrem Wesen nach verschiedener Zuleitungswege ist aus den Stimmgabelversuchen auf keine Weise herzuleiten, beide sind Modificationen nur eines und desselben Vorgangs, und lediglich quantitativ unterschieden, indem die directe Schallführung zum Knochen der indirecten durch ein oder mehrere vorgelagerte Medien stets überlegen ist. Der Knochen ist in jedem Falle der alleinige Zwischenweg, in diesem das letzte Stück des ganzen Wegs, den der Schall zwischen Schallquelle und Endorgan zurückzulegen hat".

Kehren wir nach dieser Abschweifung wieder zu unserem Thema, der Schallübertragung vom Trommelfelle aus, zurück.

In der Trommelhöhle verbreiten sich die Schallwellen auch concentrisch nach allen Seiten hin. Ein Teil geht natürlich direct vom Trommelfell in die Kette der Gehörknöchelchen über, aber ohne sie anders, als auch nur in molekuläre Schwingungen zu versetzen, und von da ins Labyrinth, die Hauptmasse aber in directer Richtung auf das in die Pauke vorspringende Promontorium, das mit einer dünnen Schleimhaut bedeckt ist und als härtester Knochen des menschlichen Körpers den besten acustischen Leiter abgibt.

„Jeder Schallstrahl nun, der vom Knochen ins Labyrinth vordringt, geht quer durch dessen Inhalt und all die Fasern hindurch, die auf seinem Wege liegen, wobei zwar alle Fasern molekulär bewegt werden, aber in stehende Schwingungen nur diejenigen versetzt werden, welche mit den in der Schallmasse enthaltenen Einzelschwingungen gleichstimmig sind“..... „Als die wirksamen resonierenden Fasern sind die Radiärfasern der Basilarmembran zu betrachten, welche durch freie Spannung und verschiedene Länge ausgezeichnet sind“........ „In welcher Weise die Resonanzfasern die eigentlichen Endfaserungen des Endorgans erregen, wird schwer zu entscheiden sein. Nach dem anatomischen Befunde wären die sog. Haarzellen die eigentlichen Sinnesepithelien, weil man an ihren bauchigen Enden sich becherartig die letzten Fibrillen der Axencylinder anlegen sieht. Die Haarzellen würden von den resonierenden Fasern, auf denen sie ruhen, gegen die Membrana tectonia gerieben und diese ihre Erregung den Nervenfäden mitteilen, welche mit ihnen im Contact sind“.

Ich habe die Zimmermannschen Ansichten über den Vergang der Resonanz deshalb in extenso wiedergegeben, um daran einige Bemerkungen anknüpfen zu können. Nach Zimmermann sind die Radiärfasern, d. h. Nervenfasern, deren Aufgabe es ist, die Schallstrahlen zu den Centralteilen, deren n. cochlearis und weiterhin, zu leiten, ausserdem noch Resonanzorgane, und dabei sind es nicht alle, sondern immer nur einzelne, eben die, welche mit den in der Schallmasse enthaltenen Einzelschwingungen gleichstimmig sind. Diese Möglichkeit könnte man ja zur Not annehmen, obgleich die Annahme einer doppelten und heterogenen Arbeit durchaus nicht notwendig ist. Dann sollen die resonierenden Radiärfasern die auf ihnen ruhenden Haarzellen gegen die Membrana tectonia reiben, die doch in einiger Entfernung von ihnen liegt. Diese Reibung soll dann von den Haarzellen als Erregung empfunden und diese den Nervenfäden mitgeteilt, mit denen sie im Contact sind, also wieder in dieselben Resonanzfasern übertragen werden, auf umgekehrtem Wege. Das ist schwer anzunehmen und nicht ganz verständlich.

Ich hoffe durch folgende Modification Klärung und eine glatte Lösung der Widersprüche gefunden zu haben. Die molekulären Schallschwingungen gehen durch die Schneckenkapsel in das Labyrinthwasser über, passieren dasselbe ebenso, lassen die ausgespannten radiären Nervenfasern ganz unverändert (bis auf die molekulären Schwingungen) und gehen auf die Haarzellen über, welche mit ihren Ausläufern, den Häärchen, die in der Flüssigkeit freischwimmen und daher schwingen können, vorzügliche Resonanzorgane darstellen. Von ihnen aus geht der Impuls auf die Nerven an der Basis der Zellen über, die nach Rauber wohl direct mit ihnen in Verbindung stehen können. Das sind die Radiärfasern, welche, nachdem sie die Habenula passiert haben, in den Ramus cochlearis übergehen.

Was sonst über die Radiärfasern gesagt worden ist, ihre Ausbreitung, Ausspannung, Anordnung u. s. w. bleibt zu Recht bestehen, aber nicht im Sinne eines Resonanzorgans, sondern der entsprechenden Nervenleitung der verschieden hohen Töne und Geräusche zum Centrum.

Alles, was bis hierher über die Gehörfunctionen angeführt worden ist, betrifft aber nur das Verhalten derselben beim Hören der hohen und höchstens der Mitteltöne — und — Geräusche. Für die tieferen, energievolleren mit starken nachhaltigen Schwingungen ändert sich die Sache. Von diesen Tönen können die tiefen und tiefsten das Trommelfell in der Tat dazu bringen, Schwingungen in toto zu machen, können das Trommelfell sogar zum Zerspringen bringen, und da tritt als Schutz dagegen eine Function des Gehörapparates, welche durch das Trommelfell und die Gehörknöchelchen, die sog. Gehörknöchelchenkette, ausgeführt wird und von Zimmermann Accomodation des Ohres genannt wird in ihre Rechte ein.

II.

In dieser Frage über die Accomodation des Gehörorgans werde ich suchen, vorherrschend den Autor Zimmermann selbst reden zu lassen.

Die Gehörknöchelchenkette dient, wie wir schon gehört, zur Dämpfung allzu starker und nachhaltiger Tonschwingungen. Dabei ist „das Trommelfell nicht das Accomodierte, sondern das Accomodierende.“ Durch Lageveränderungen der Steigbügelplatte wird ein Druck auf die Labyrinthflüssigkeit ausgelöst. Dieser Druck ist nun einmal verschiedengradig und kann bis zur vollständigen Sistierung der Schwingungen der Resonanzorgane sich steigern, andererseits ist er verschiedenartig. Es kann die Stapesplatte schnell ad maximum nach innen in die Labyrinthflüssigkeit gedrückt werden, oder aber mehr allmählich, abstufbar veränderlich.

In dem ersten Falle wird der intralabyrinthische Druck auch ebenso stark erhöht, die Membran des runden Fensters auch ad maximum gespannt, so dass sie unbeweglich wird, wodurch eine Schwingung der Resonanzorgane unmöglich gemacht wird. So lange dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Druck [1]) anhält, so lange beide Membranen fixiert sind, haben wir völlige Taubheit des betreffenden Ohres [2]). — „Es ist dieser Vorgang ein exquisiter und notwendiger Schutz für das Ohr, indem die Wirkungen stärkster Schallschwingungen, die die zarten labyrinthären Fasern gewaltsam zertrümmern könnte, dadurch nach Möglichkeit verhindert werden."

Im zweiten Falle werden die Schwingungen der gleichstimmigen Resonanzorgane nur beschränkt. Es werden ebenso die stärkeren Schwingungen abgeschwächt, aber auch dadurch die Nachschwingungen der energievolleren und in grossen Amplituden schwingenden Töne aufgehoben und infolge dessen diese selbst zur exacten Wahrnehmung gebracht. Dass die Nachschwingungen nicht Ueberhand nehmen, liegt in der Construction des Endorgans. Die Resonanzorgane sind klein und schwimmen im Labyrinthwasser, das als solches schon ein Dämpfer ist. Dazu kommt noch die regulatorische Wirkung des Drucks. Diese wirkt, wie ein Dämpfer im Clavier.

Wie wird nun dieser Mechanismus ausgelöst?

Das geschieht auf zweierlei Weise. Einmal passiv durch die Schallwirkung selbst auf rein mechanischem Wege, und zweitens activ durch directe Reize vom Centralorgane aus, meist auf reflectorischem Wege.

Bei der passiven Auslösung geschieht dies durch die stärksten Schallwellen selbst, welche diese Bewegung sofort auslösen. „Sie durchsetzen mit einer Amplitude ihrer schwingenden Moleküle die ganze Dicke des Trommelfells und treiben es nach innen ins Mittelohr und damit im selben Augenblicke die Steigbügelplatte ins Labyrinth, noch ehe die Schwingungen durch die Luft des Mittelohrs und die Schneckenkapsel Zeit gehabt haben, sich den Labyrinthfasern, Resonanzorganen FN, mitzuteilen.

Der Grad der Einwärtsbewegung ist direct proportional der wirksamen molekularen Schwingungsweite. Das Maximum der Bewegung scheint bei 0,06 mm. erreicht zu werden, weil einem weiteren Ansteigen des Drucks die Unmöglichkeit weiterer Formveränderung der allein ausweichfähigen Membrana secundaria sich entgegen stellt. Für die exacte Function des Mechanismus ist in diesem Falle das Trommelfell die unerlässliche Voraussetzung."

Als Beweis dafür, dass wirklich jeder Druck auf dass Labyrinthwasser eine Schallabschwächung bewirkt, führt Zimmermann den Gelle'schen Versuch an: „führt man den Schlauch eines Gummiballons fest in den äusseren Gehörgang und setzt dann den Stiel einer tief tönenden Stimmgabel auf dem Ballon auf, so hört man deutlich und stark den Stimmgabelton; comprimiert man mit dem Stiele die Luft im Ballon, so wird mit jedem Drucke ein deutliches Schwächerwerden des Tones bemerkbar, mit jedem Nachlassen des Drucks schwillt der Ton wieder an. Die comprimierte Luft hat Trommelfell und Gehörknöchelchenkette nach innen verschoben und durch die nach innen gedrückte Steigbügelplatte ist im Labyrinth eine Erhöhung des hydrostatischen Drucks ausgelöst, die dämpfend die Schwingungen der labyrinthären Form behindert hat".

[1]) Der Druck hört auf, wenn die Stapesplatte an ihre alte Stelle zurückgeht, oder wenn die Labyrinthflüssigkeit durch die Venen oder zum Schädellymphraum abfliesst.

[2]) Die Erklärung ist im folgendem Experimente enthalten. Wenn man in ein Gefäss mit Wasser, das mit einer Membran derart verschlossen ist, so dass sie nur lose und locker auf der Wasseroberfläche liegt, einen beweglichen Körper, etwa eine starke Feder, hineinlegt, so entstehen auf der Membran, entsprechend den Wellenbewegungungen des Wassers durch die Feder, auch wellenartige Hebungen und Senkungen. Wenn aber die Membrau sehr stramm angezogen wird, so hört natürlich alle Bewegung auf. Bei einer sehr starken Feder geschieht das begreiflicher Weise nicht sofort, wohl aber bei einem so zarten Mechanismus, wie die Resonatoren im Ohre.

Ebenso kann das Trommelfell und die Gehörknöchelchenkette auch activ nach innen gedrückt werden durch Muskelzug der beiden Ohrmuskeln, des Tensor tympani und des Stapedius, welcher Vorgang in seltenen Fällen willkürlich, meist aber auf reflectorischem Wege zu geschehen pflegt. Von allen den bisherigen Erklärungen über die Wirkungsweise dieser Muskeln „bleibt als tatsächlicher Rest nur eine antagonistische Wirkung deider Muskeln in dem Sinne, dass der Tensor das Trommelfell und damit die Steigbügelplatte nach innen zieht, der Stapedius die Platte aus dem Vorhoffenster wieder herauszuhebeln sucht. Beide Muskeln rufen eine Aenderung des Druckes im Labyrinth, der Tensor eine Vermehrung, der Stapedius eine Verminderung hervor. Im Sinne des Begriffs der Accomodation sind die Ursachen und Folgen solcher Druckänderung leicht verständlich".

„Wird der Hörnerv vom Endorgane durch zu starke oder nachhaltige Schallreize erregt, so überträgt sich die Erregung auf die motorischen Trigeminusfasern im Ganglion oticum, welche den Tensor tympani innervieren". Die verschiedenartigste Anspannung des Tensor tympani und die entsprechende exacte antagonistische Arbeit des vom Facialis innervierten Stapedius bewirken die genauesten und feinsten Druckabstufungen für die notwendigen Schwingungen der Resonanzorgane. Bei diesem Vorgange ist es nicht notwendig, dass das Trommelfell heil und ganz sei, „es genügt das Vorhandensein einer ausreichenden Balancierung des Hammers und seine freie Beweglichkeit im Achsenband".

„Die reflectorische Accomodation erfolgt langsamer, als die mechanische durch stärksten Schall direct ausgelöste, wie sie, wie jeder Reflexvorgang, zwischen Reiz und Zuckung eine gewisse Zeit beansprucht". Sie ist weniger dazu da, um die durch starke Töne hervorgerufene Schwingungsweiten der Resonanzorgane zu beschränken, „sondern mehr um die Wirkungen und Nachwirkungen der tiefen Töne zu regulieren". Durch diese Accomodation werden nicht nur die Nachschwingungen der tiefen Töne gedämpft, sondern es wird dadurch auch noch ermöglicht, auch das Anklingen der tiefen Töne zu modificieren. Die tiefen Töne gebrauchen ceteris paribus für ihre Schwingungen einen grösseren Spielraum der Bewegungen, und sie werden durch Beschränkung des Spielraums mehr behindert, als die hohen Töne. Durch successive Drucksteigerung kann erreicht werden, dass aus der resonierenden Schallmasse nach und nach immer mehr Töne tieferer Tonlagen abgeschwächt werden, zu Gunsten der höheren Töne, die weniger unter der Verkürzung des Spielraums zu leiden haben. Die hohen Töne können somit zeitweilig isoliert werden und, wenn bei Wiederabschwellen des Druckes allmählich die tiefen Töne wieder hinzutreten, so ist damit der feinsten Zergliederung eine Schallmasse in ihre einzelnen Componenten die wunderbarste Handhabe gegeben. Unter diesem Gesichtspuncte wird der physiologische Vorhang des Horchens und der Concentrierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Schallquantitäten in ein ganz neues Licht gerückt".

Als einen Beweis dafür führt Z. den Valsalva-schen und Gelle'schen Versuch an, wo bei erhöhtem Drucke im Labyrinthe die auf die tiefen Töne resonierenden Organe stärker, als die auf die hohen Töne resonierenden beeinträchtigt werden: Eine „A-Stimmgabel, mit stärkstem Anschlage in Bewegung gesetzt und vor das Ohr gehalten, wird fast unhörbar, während eine 4 Octaven höher liegende Stimmgabel trotz leiseren Anschlags unvermindert sich geltend macht." — Noch beweisender seien die „Untersuchungen, welche in einigen Fällen von willkürlich hervorzurufendem Tensorzug sich anstellen lassen, weil dabei die Membrana secundaria im Schneckenfenster nicht eingedrückt wird. Uebereinstim-

mend findet sich eine Ausschaltung oder Behinderung nur der tiefen Töne. Am eingehendsten hat A. Schapringer [1]) unter Anleitung von Helmholtz darüber berichtet: Es wurden bei ihm die tiefsten hörbaren Töne bis zu etwa 70 Schwingungen für die Empfindung ganz ausgelöscht, von da an erschienen sie geschwächt und leerer in der Klangfarbe, bei noch höheren Tönen verlor sich diese Erscheinung wieder und die Stimmgabeltöne der drei gestrichenen Octave erschien einige Mal selbst verstärkt".

Diese willkürlich hervorgerufenen Tensorzuckungen sind mit Muskelgeräuschen verbunden, die auf reflectorischem Wege hervorgerufenen dagegen gehen ohne Muskelgeräusche vor sich, nicht plötzlich und ganz unmerklich, wie die Accomodation im Auge. Da sie aber durch quergestreifte Muskeln bewirkt wird und deshalb rascher reagiert, ermüdet sie auch leichter, besonders, wenn das Ohr längere Zeit hintereinander auftreffenden Schall differenzieren will. „Es ist leichter die wechselnden Bilder einer Landschaft — bald in die Ferne, bald in die Nähe einstellend — tagelang aufzunehmen, als in einem Concert auf nur kurze Zeit die verschiedenen Tonlagen des Orchesters mit Anspannung zu verfolgen". Hieran kann man die Fälle anreihen, wo nach längerem Aufenthalte in der Nähe eines Wasserfalls, des brausenden Meeres oder sonst continuierlicher Geräusche das Ohr auch in der Stille noch lange unter der Nachempfindung des objectiven Schalls zu leiden hat, den die ermüdete Accomodation nicht abzuschwächen vermochte. Freilich gelingt es systematischer Ausbildung und steter Uebung, wie bei andern willkürlichen Muskeln, so auch bei den accomodierenden Muskeln im Ohre, ihre Leistungsfähigkeit zu steigern".

III.

Da experimentelle Beweise und physiologische Experimente bei so feinen Mechanismen, wie dem Gehörorgane, nicht möglich wird, so müssen statt dessen Beobachtungen an pathologisch verändertem Mechanismus solche ersetzen. Und davon handelt der 3. Abschnitt des Zimmermannschen Werkes.

Die pathologischen Störungen der Mechanik des Hörens sind dreierlei Art, einmal Störungen in der Schallfortpflanzung, dann der Empfindung und endlich der Accomodation.

A. Die ersten, die Hindernisse der Schallfortpflanzung in den pneumatischen Vorräumen, haben gar keinen oder nur sehr geringen Einfluss auf die Hörfähigkeit. Daher ändern krankhafte Vorgänge im Gehörorgane, Schwellungen, Ceruminalpfröpfe, die den ganzen Gehörgang verschliessen, nichts oder nur sehr wenig am Gehör, wenn sie nicht die Accomodationsvorrichtung beeinträchtigen, wie z. B. die Ceruminalpfröpfe nur dann, wenn sie, entweder durch Flüssigkeiten erweicht oder mechanisch deplaciert, bis ans Trommelfell reichen. Es bleibt die normale Leistungsfähigkeit erhalten auch bei Verkalkungen, Verdickungen, Verdünnungen, Atrophien, sogar Defecten des Trommelfells, wenn nur die Accomodationsfähigkeit erhalten bleibt. Ebenso wenig haben tief eingreifende Veränderungen der Knochensubstanz einen Einfluss auf die Schallleitung. Das zeigen die nach grossen Eiterungen durch Bindegewebe ersetzten Knochensubstanzverluste, die in keiner Weise das Gehör beeinträchtigen.

Einige Formen von Schwerhörigkeit sind fälschlicherweise auf veränderte Leitung der Medien bezogen worden. So — als Verschlechterung der Knochenleitung, dass alte Leute zuweilen das Ticken der Uhr und die Stimmgabel vom Knochen aus gar nicht oder schlechter hören, und — als vermehrte Anspannung des Mittelohrapparats, wenn der Stimmgabelton längere Zeit, als normal, vom Knochen aus gehört wird. Und doch ist es „im ersten Falle die Herabsetzung der Perceptionsfähigkeit überhaupt, im zweiten Falle die Behinderung der Accomodation, welche die Störung hervorruft".

Gewisse Veränderungen in den pneumatischen Vorräumen wirken auf den Gehöract recht störend ein durch Erzeugung von Nebengeräuschen im Ohre. Diese sind zweierlei Natur.

Erstens „Geräusche, welche in der Abschliessung der Luftsäule des Gehörgangs und des Mittelohrs ihren Grund haben". Durch Verschluss des Gehörgangs (willkürlich — durch festes Einführen der Fingerkuppe in denselben, pathologisch — durch Fremdkörper etc.) werden die sonst bei offenem Gehörgange unmerklich nach aussen gehenden Luftbewegungen durch den Finger oder den Fremdkörper reflectiert und verstärkt, und bewirken ein geringes Brausen. Einen ähnlichen Vorgang haben wir, wenn wir eine Stimmgabel ausklingen lassen, so dass vor dem Ohre sie nicht mehr gehört wird, und dann sie in den Gehörgang fest einlegen, so dass der Gehörgang die Stimmgabel fest umschliesst. „Die ganze Schallenergie, die vorher nach allen Seiten hin zerstreut wurde, wird dann ausschliesslich ins Ohr geleitet und durch den Abschluss am rückläufigen Entweichen gehindert". Aus demselben Grunde ist in manchen Fällen von Verstopfungen im Gehörgange der Stimmgabelton verstärkt beim Weberschen und Rinneschen Versuche.

Die zweite Art von Geräuschen wird durch abnorme Circulationsverhältnisse hervorgerufen. So wird in den klopfenden oder hämmernden Geräuschen (bei acut und chronisch entzündlichen Processen im Mittelohre, bei angestrengter Herztätigkeit, bei vasomotorischen Lähmungszuständen infolge von Alcohol-, Salicyl- und Chinintoxication) der verstärkte Capillarpuls der direct am Perceptionsorgane anliegenden Promontoriumsgefässe gehört. Und ebenso können auch die venösen Geräusche unter günstigen Verhältnissen (Heranreichen des Bulbus ven. jugularis bis an die Labyrinthkapsel) autopercipiert werden.

B. In der zweiten grossen Reihe der Störungen der Mechanik des Hörens, bei den Störungen der Empfindung derselben, finden wir Ausfallserscheinungen des Hörvermögens aller Grade, vom Totalverluste derselben an bis zu ganz geringen Graden verminderter Hörschärfe für gewisse Töne. Alle diese Erscheinungen sind:

a) die Folge von Organerkrankungen der Schnecke und der Nerven einerseits und

b) andererseits functionelle Störungen durch Schallreize.

Was die erstere betrifft, so haben wir deren eine ganze Reihe.

a[1]) Fehlen der Schnecke, angeboren oder durch Krankheit bedingt, hat natürlich totalen Gehörverlust des Ohrs zur Folge, Fehlen beider Schnecken (bis jetzt nur ein Mal beobachtet) ist natürlich mit absoluter Taubheit verbunden.

a[2]) Was dann die Erkrankungen der Schnecke betrifft, so haben wir es hier zuvörderst mit den Erkrankungen des eintretenden Nervus cochlearis zu tun. Bei völliger Degeneration desselben tritt vollständige Taubheit ein. Bei partieller Erkrankung werden je nach den verschiedenen Puncten seines Querschnitts, welche betroffen sind, ganz unregelmässige Ausfallserscheinungen auftreten. Ebenso würden sich die Erkrankungen der Spiralganglien verhalten. — Bei Druck durch Tumoren und entzündliche Producte von aussen, von der Umgebung aus „fallen für die Perceptionsleitung zum Centralorgane alle die zuerst geschädigten, äusseren Fasern des Ner-

[1]) Wien. akad. Sitzungsber. LXII, p. 571.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

venstammes aus. Wie die Anatomie es lehrt, wickeln sich die einzelnen Fasern successive von aussen nach innen in der Weise ab, dass die äusseren zu den unteren, die folgenden zu den oberen Schneckenwindungen treten. Dem zufolge werden Einwirkungen auf die äusseren Fasern mit dem Ausfall der von den unteren Schneckenwindungen ressortierenden hohen Töne vergesellschaftet sein. Das würde sich mit einigen bisher gemachten Beobachtungen decken. Doch wird es zu definitiver Entscheidung noch mancher exacter klinischer und anatomischer Untersuchungen bedürfen, gerade in den Anfangsstadien, wo es noch nicht zu völliger Compressionslähmung gekommen".

a[3]) Die weiteren Erkrankungen der Schnecke, mit denen wir es hier zu tun haben, sind die Schädigungen des Endorgans selbst, wobei die verschiedensten Stellen, und oft mehrere zugleich, befallen und die verschiedensten Grade beobachtet werden können. „Dass Erschütterungen oder Verletzungen der Schneckenkapsel Ausfallserscheinungen von einfachen Verstimmungen einiger Fasern (Resonanzorgane F N) bis zu dauernden schweren Schädigungen verursachen, ohne dabei an Prädilectionsstellen sich zu binden, ist ohne Weiteres klar". Durch den Blutstrom kann es zu embolischen Processen entzündlicher und anderer Producte kommen. Dabei kann einmal das Lumen der a. auditiva völlig verlegt werden, was natürlich eine absolute und dauernde Taubheit zur Folge haben kann, oder die Krankheitsproducte gehen mit dem Blutstrome weiter und ziehen „entweder dessen erste Versorgungsgebiete, also wieder die basalen Windungen, in Mitleidenschaft, oder sie können, indem sie je nach ihrer zufälligen Strömung in ganz verschiedene Zonen des Capillargebiets sich festsetzen und infolge dessen Ernährungs- und Functionsstörungen an unberechenbaren Puncten der Basilarmembran verursachen; nur die Spitzenwindungen werden meistens frei bleiben, weil die schädigenden Momente schon in den Anfangsgebieten des Blutstroms abfiltriert sind. Dem zufolge entstehen unregelmässige, aber scharf umgrenzte Tondefecte gewöhnlich im oberen Ende oder im Mittelbereiche der Tonscala. Manchmal, wenn die Schädigungen sich gleichzeitig in mehreren Zonen localisiert haben, kommt es zu multiplen Tonlücken, die dann durch mehr oder weniger ausgedehnte Inseln erhaltener Hörfähigkeit getrennt sind".

a[4]. Dann kommen die Veränderungen des Labyrinthwassers in Betracht. Schon leichte Trübungen und Gerinnungen im Labyrinthwasser können durch ihre Belastung die Resonanzorgane in ihren Schwingungen beeinträchtigen. „Es kann z. B. ein Resonanzorgan von 100 Schwingungen durch die Belastung nur 90 Schwingungen machen. Es überträgt also auch auf die Nervenfaser seinen Ton, den von 100 Schwingungen. Wenn zu gleicher Zeit das für 90 Schwingungen eingerichtete Resonanzorgan nicht beeinträchtigt ist, so haben wir durch eine Schallwirkung zwei Töne im Ohre, einen von 100 Schwingungen und einen von 90, eine Diplacusis monauralis. Da aber meist mehrere Resonanzorgane durch den Druck beeinträchtigt werden, so wird in dem kranken Ohre ein bestimmter Bezirk in anderer Tonhöhe, als vom normalen Ohre gehört, was Diplacusis binauralis genannt wird, eigentlich Paracusis des kranken Ohres genannt werden müsste.

Bei der Kleinheit der Resonanzorgane wird selbst das kleinste Ex- oder Transsudat doch schon einen Einfluss haben, natürlich dort am stärksten, wo das Exsudat am dichtesten ist. „Das würde Beobachtungen erklären, wo die Verstimmung gradweise bis zu einer gewissen grössten Differenz anwächst und wieder abnimmt." Ein Patient von Zimmermann, ein Musiker, hatte infolge von Influenza eine solche Paracusis. Er hörte die Töne des Claviers schon in der 2'' Octave zu hoch. In der 3''' betrug die Differenz gegen die Norm $^1/_4$ Ton und bei b''' und g''' bis zum $^1/_2$, bei a''' genau einen $^1/_2$ Ton. Von da an verringerte sich die Differenz allmählich bis zur Norm. Als eine Octave klang ihm a'' und gis''' und ebenso b'' und a'''. In 14 Tagen war alles verschwunden.

a[5]). „In wie weit Verlegungen der Venen und Aquäducte Functionsstörungen und unter welchen Erscheinungen auslösen, entzieht sich jeder Kenntnis". Asher hat in einer vorzüglichen Arbeit nachgewiesen, dass sich „im Allgemeinen die Druckverhältnisse in den beiden lymphatischen Räumen ziemlich lange ausgleichen können, dass es nirgends zu einem Ueberdruck kommt, indess bei hochgradigen und dauernden Störungen diese für die zarten Gebilde des Endorgans nicht ohne schwer schädigende Rückwirkung werden bleiben können."

a[6]). Das Verhalten endlich der Membran des runden Fensters beim Hörmechanismus ist bisher im Grossen und Ganzen wenig beachtet worden. Und doch ist sie von wesentlicher Bedeutung für die Schwingungsmöglichkeit der Resonanzorgane und ausserdem noch dadurch, dass sie durch ihre partielle Zugehörigkeit zur Trommelhöhle häufiger, als die anderen Schneckenorgane bei den Mittelohrerkrankungen in Mitleidenschaft gezogen werden muss. Leider sind die klinischen Beobachtungen sehr ungenügend. „Ueber die Anfangsstadien und die Uebergänge, die von geringen und teilweisen Versteifungen bis zu absoluter Unbeweglichkeit der Membran möglich sind, sind weder bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens, noch der Art ihres Auftretens sichere Aussagen zu machen"... „Bei reinen Fällen z. B. von Stapesankylose besteht, so sehr auch — schon durch die quälenden Geräusche — das feine Hören gesunken ist, doch noch ein Verständnis für laute Sprache, und erst wenn auch die Schneckenfenstermembran unbeweglich geworden ist, ist stärkste Taubheit vorhanden". „In den Fällen, wo eine isolierte völlige Obliteration der Schneckenfenster sich vorfand, war sie vergesellschaftet gewesen mit fast völliger Taubheit." Man erklärte sich früher das Bestehen von Hörvermögen bei ankylosierter Stapesplatte und intactem Schneckenfenster damit, dass hier, wie früher durch das ovale Fenster, so wahrscheinlich nun durch das runde Fenster der Schall hereintrete.

(Aber darauf kommt es nicht an, sondern es müssen beim Schalle Schwingungen möglich werden, „und je unnachgiebiger die Membran ist, um so weniger kann das der Fall sein".)

„Wenn es gestattet ist, an der Hand klinischer, nur per exclusionem anzustellender Erwägungen, ein neues Krankheitsbild abzugrenzen, so wird ein grosser Teil jener schleichend und ohne Geräusche verlaufenden Schwerhörigkeiten auf pathologische Beweglichkeitsstörungen der Membrana secundaria zurückzuführen sein. Und zwar werden ziemlich alle Tonhöhen gleichmässig von diesen Störungen betroffen werden, denn was die tiefen Töne an grösserem Spielraum verlangen, werden sie durch ihre ceteris paribus grössere lebendige Kraft sich erzwingen können, wenn von anderer Seite kein activer Gegendruck ausgeübt wird. In allen Tonlagen werden successive die schwächeren Töne zuerst erlöschen und schliesslich nur noch die allerstärksten gehört werden, bis auch sie die schliesslich völlig unnachgiebig gewordene Membran oder die an ihre Stelle getretene Knochenplatte nicht mehr auszubuchten vermögen. Man muss sich bei Prüfung solcher Fälle mittelst Stimmgabel gegenwärtig halten, dass die hohen Stimmgabeln Töne von viel grösserer Intensität bei starkem Anschlage erzeugen können, als es unter gleichen Antriebsstärken die tieferen vermögen, und sich deshalb hüten, bei einem Kranken, der wohl noch hohe, aber keine tiefen Stimmgabeln mehr hört, deswegen schon einen Functionsausfall der tiefen Töne an sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anzunehmen. Ein solcher Kranke wird das Vorhandensein von auf tiefe Töne noch reagierenden Fasern (Resonanzorgane FN) dadurch documentieren, dass er die tiefen Töne der Kirchenorgel noch hört, auch wenn er für die gleich tiefen, aber wesentlich schwächeren Stimmgabeltöne unempfindlich geworden ist."

„Ein gutes Beispiel für solche Beweglichkeitsbeschränkungen der Schneckenfenstermembran liefern manche Fälle von acuter Mittelohrentzündung, wo ein leicht bewegliches Exsudat an den abhängigen Partien sich ansammelt und die Accomodation nicht unerheblich behindert. Reicht die Niveaulinie des Exsudats so hoch, dass sie die Kuppel des Schneckenfensters ausfüllt, so wird dadurch ziemlich gleich für alle Tonhöhen das Hörvermögen geschmälert, und auch die tiefen Töne werden nicht besonders schlechter, als die hohen wahrgenommen. Diese Fälle zeigen zugleich mit dem Schwergewichte eines physiologischen Experiments die functionelle wichtige Bedeutung des Schneckenfensters. Macht man nämlich mittelst des Katheters Lufteintreibungen ins Ohr, so wird dadurch das Exsudat so verspritzt, dass die Niveaulinie verschwindet, oder die eingetriebenen Luftblasen treten in das Exsudat, sammeln sich gemäss ihrer geringen Schwere an dessen Oberfläche und fangen sich so auch unter der Kapsel des Schneckenfensters. In beiden Fällen wird die Membran des Schneckenfensters von der Belastung des Exsudats befreit, und mit dem Moment die vorher fast verschwundene Hörschärfe für Flüstersprache auf viele Meter wieder hergestellt. Wird durch Lageveränderung des Kopfes oder durch allmähliche Resorption der Luft die Kuppel wieder mit Exsudat erfüllt, so stellt sich die alte Schwerhörigkeit wieder ein".

In derselben Weise, nur dauernd werden sich bleibende pathologische Versteifungen der Membran äussern. Die schon seit Tröltsch bekannten Pseudomembranen und Verdickungen verschiedenen Grades bis zur vollständigen Verkalkung der Membrana secundaria werden bis zu fast vollständiger Taubheit führen. Zimmermann hofft durch operative Eingriffe, Entfernung der knöchernen Partien, die durch bewegliches Bindegewebe ersetzt werden wird, auf grossen Erfolg.

b) Es bleiben noch die functionellen Störungen, die durch Schallreize allein entstehen, zu besprechen. „Wie im Auge eine jähe und intensive Blendung die betroffene Stelle in der Retina zerstört, so wird ein plötzlicher und excessiver Schallreiz, wenn er ein ungeschütztes Ohr trifft, hier die zarten Gebilde des Endorgans mit einem Schlage vernichten. Am ungeschütztesten ist das Ohr gegen hohen Schall. Denn einmal gehen hier die Schwingungen der Luftteilchen mit ceteris paribus geringeren Amplituden einher, dass sie nicht so leicht mechanisch die Dämpfung durch die Kette zum Schutz auslösen, und andererseits erfordern auch die geringeren Amplituden der resonierenden Fasern (Organe F. N.) schon die ganze reflectorische Maximalleistung der Accomodation, um ruhig gestellt zu werden. Wenn es somit erklärlich ist, dass gerade der schrille Pfiff einer Locomotive dem Ohre verhängnisvoll wird, so kann doch auch die Gewalteinwirkung eines tiefen Schalls, ein Kanonenschuss u. a., den gleichstimmigen Fasern im Endorgane dauernden Schaden bringen, besonders dann, wenn sie gleichzeitig den schützenden Mechanismus des Trommelfells zerreisst oder wenn dieses von vornherein nicht vorhanden ist. Und wie ein einmaliger starker Schall, so können auch die Summierungen häufiger Schallerschütterungen, wie sie manche Berufsarten mit sich bringen, gefährlich werden. Aus den oben angeführten Gründen sind es wieder hauptsächlich jene Professionen, die dauernd mit starken Geräuschen der höheren Tonlagen zu tun haben. So ist es gerade von den Kesselschmieden bekannt, dass ihre Tätigkeit zu Schwerhörigkeit der mit dem Berufslärm correspondierenden, höheren Töne führt; es stellt sich zuerst eine erhöhte Reizbarkeit der Fasern im Endorgane in Gestalt von subjectiven Geräuschen, deren Höhe genau der Höhe der Fabrikgeräusche entspricht, und es folgt dann bei fortgesetzter Arbeit ein Stadium der Lähmung, in welchem das Ohr für die betreffenden Töne ertaubt. Hebermann hat in einem Falle als anatomisches Substrat die Degeneration der nervösen Elemente überall mit Ausnahme der Spitzenwindungen constatieren können".

„In ähnlicher Weise, nur gewöhnlich ohne Reizerscheinungen entsteht die Schwerhörigkeit in vorgerückteren Lebensjahren. Auch hier sind gewöhnlich die hohen Töne die zuerst ausfallenden, nicht nur aus den erwähnten Gründen physikalischer Natur, sondern auch auf Grund einer mehr physiologischen Wirkung. Die hohen Töne mit ihren grossen Schwingungszahlen setzen zahlreiche Einzelleistungen der mit den Resonanzfasern (Resonanzorganen FN) verbundenen Nervenfasern, eine viel feinere Empfindlichkeit voraus, als die tiefen Töne mit ihren selteneren und grössern Amplituden. Es wird deshalb im Alter, wo gerade die Feinheit der sinnlichen Function zuerst nachlässt, sich die Perceptionsfähigkeit für die höheren Töne zuerst verlieren. Darauf beruht es, dass alte Leute z. B. das feine Zirpen der Grillen oder den hohen Pfiff der Fledermaus nicht mehr hören, bis allmählich auch für die tiefen Tonlagen das Gehör nachlässt, dass sie schliesslich auch vom Knochen aus das Uhrticken nicht mehr wahrnehmen."

„Wie hier, so gilt auch bei anderen pathologischen Störungen in der Perception als ein wertvolles diagnostisches Merkmal, dass der Stimmgabelton direct vom Knochen kürzere Zeit, als sonst gehört wird. Das betreffende Ohr kann nicht mehr scharf percipieren, und sein Empfindungsvermögen ist für Reize geschwächt, welche ein gesundes noch deutlich empfindet. Das gilt ebenso wohl auch für die Tonzuführung in indirecter Zuleitung durch die Luft. Es findet sich in allen Fällen, wo die Pesceptionsdauer in Knochenleitung für den Stiel herabgesetzt, die genau entsprechende verkürzte Hördauer für die Schwingungen sowohl des Stiels, als der freien Enden der benutzten Stimmgabel auch in der Luft-Knochenleitung". Darüber werden wir noch weiter unten sprechen.

C. Während bei den Hindernissen der Schallfortpflanzung und bei den Erkrankungen der Schnecke Ausfalls- und Reizungserscheinungen innerhalb der hohen Töne und bei Erkrankungen des Schneckenfensters solche aller Töne auftraten, finden wir bei der dritten Reihe, den Störungen der Mechanik des Hörens durch Accomodationsveränderungen einen Ausfall der tiefen Töne und das Auftreten subjectiver tiefer Geräusche.

Die durch entzündliche Processe und Luftdruckschwankungen bei Tubenverschluss oder vom Gehörgange aus herbeigeführten Störungen sind meist geringen Grades und vorübergehender Natur. Je grösser aber die Beeinträchtigungen des Mechanismus werden, desto grösser sind die Störungen und Ausfallserscheinungen. Doch so lange noch die Beweglichkeit der Stapesplatte im ovalen Fenster möglich ist, so lange ist auch die Accomodationsfähigkeit immer noch vorhanden. So können grosse Substanzverluste des Trommelfells ohne Nachteil sein, wenn nur die Beweglichkeit des Hammers erhalten ist und dadurch der Accomodationsapparat in Bewegung gebracht werden kann. Ebenso können Contracturen und Ankylosen in den Ambosgelenken und der Paukensyndesmose auch ohne grossen Nachteil vertragen werden, wenn die Muskeln noch etwas auf die Stapesplatte einwirken können. Nur wenn nichts mehr auf dieselbe einwirken kann, dann hört die Accomodation totaliter auf.

Die Symptome der Störungen der Accomodation sind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die subjectiven Geräusche. — Die fortwährend und von allen Seiten auf das accomodationslose oder sehr geschwächte Ohr (Sclerose) auffallenden Töne und Geräusche, meist tiefen Charakters und mit grösserer Energie [1]), schwingen unausgesetzt, so lange Geräusche und Töne vorhanden sind, fort und werden durch die kranke Accomodation nicht angehalten. Infolge dessen entsteht ein wirres, tiefes Sausen. Wenn die objectiven Töne und Geräusche relativ aufhören, wie etwa in der Nacht, hören damit die subjectiven nicht auch gleich auf. Aehnlich den Nachbildern im Auge, bleiben sie noch bestehen.

„Schreitet die Accomodationsstörung fort und führt sie, wie bei der Sclerose zu einem dauernden Ausfall, so schliesst sich an das Stadium der erhöhten Reizbarkeit mit ihren quälenden subjectiven Geräuschen das Stadium der vollendeten Lähmung mit hartgrädiger oder vollständiger Taubheit für tiefe Töne."

Das positive Ergebnis des Weberschen und Schwabachschen Versuchs in solchen Fällen ist nicht etwa die Folge einer Verbesserung der Knochenleitung, für die gar kein Grund vorhanden ist, noch die Folge eines behinderten Schallabflusses, denn gerade in Fällen von partiellem oder gar totalem Substanzverluste des Trommelfells, wo der Schallabfluss leichter vor sich gehen könnte, kommen die erwähnten Versuche im positiven Sinne aus. Der Grund liegt darin, dass das erkrankte Ohr in seiner Accomodationsfähigkeit beeinträchtigt ist, dass hier die Resonanzorgane unangehalten schwingen und nachschwingen können, wodurch die mit ihnen verbundenen Nervenfasern in einen Zustand erhöhter, pathologischer Reizbarkeit gebracht werden. In gesunden Ohre hört mit der letzten Tonschwingung des Stimmgabelstiels jede Gehörswahrnehmung auf, in dem erkrankten „dauert sie täuschend fort und je nach dem Grade der Accomodationsstörung so lange noch, dass z. B. beim Rinne'schen Versuche schliesslich auch die genäherten Stimmgabelenden schon abgeklungen sind. Die verlängerte Hördauer des Stimmgabelstiels vom Knochen ist nur der gleiche Ausdruck und für den Arzt gewissermassen die mehr objective Bestätigung der subjectiven Geräuschempfindungen, über welche der Kranke meist klagt."

Daher „kann es nicht befremden (bei Rinne und bei Accomodationsstörungen), dass ein Stimmgabelton vom Gehörgange aus, wo neben ihm alle die anderen Geräusche der Umgebung einwirken und eingewirkt haben, die ihm zugehörige Resonanzfaser (Nervenfaser F. N.) nicht erheblich stärker erregen wird, als sie und die ihr benachbarten es ohnehin schon pathologisch sind (durch Ueberreizung); dass also der Ton mit den schon vorhandenen Geräuschen von gleicher Tonlage unentwirrbar verschmilzt. — Andererseits wird der Stimmgabelton vom Knochen, weil er an sich schon stärker und von einer ungewöhnlichen Stelle ausgehende Schallerschütterungen hervorruft, trotz der Hyperästhesie auch der andern benachbarten Fasern noch besser durchdringen und erfasst werden müssen, und einmal erfasst, eben wegen der ungenügenden Accomodation und Ueberreizung der resonierenden Faser (der Nervenfaser F. N.) auch länger nachschwingen und gehört werden, als es gewöhnlich der Fall ist."

„Wenn die Kranken in solchen Fällen klagen, sie könnten wohl hören, dass gesprochen würde, aber sie könnten nicht deutlich unterscheiden, was gesprochen würde, so zeigt das schon, dass die Sprachlaute dem Ohre wohl, wie sonst, zugeleitet werden, dass sie aber, soweit sie gerade in der Tonhöhe der untern Octaven liegen, nicht mehr differenziert werden können. Nicht nur wegen der störenden subjectiven Geräusche, die vorhanden sind, sondern auch, weil dem Ohre die Möglichkeit der Accomodation im Sinne der Modificierung des Anklingens genommen ist. Trotz darauf gerichteter Aufmerksamkeit ist es den Kranken nicht mehr möglich, besonders wenn Viele durcheinander sprechen, durch wechselnde Spannung des Labyrinthdrucks zeitweilig gewisse Tonhöhen zu isolieren und isoliert zur Empfindung gelangen zu lassen."

Von grossem Interesse sind zwei weitere Erklärungen Zimmermanns bisher unerklärter Erscheinungen.

Schwartze hat schon die Erfahrung gemacht, dass manche Fälle von unheilbarer Mittelohrsclerose sich in hochgelegenen Alpencurorten auf die Dauer des dortigen Aufenthalts sehr erleichtert fühlen durch Nachlass des qualvollen Ohrensausens und entschiedene Hörverbesserung. Nicht die Höhenluft, wie Friedrich meint, ist es, „sondern die Ruhe und Stille", meint Zimmermann, „welche wenig objectiven Schall und demzufolge auch keine Nachbilder und Reizerscheinungen entstehen und die vorhandenen sich beruhigen lässt". Auch in der Ebene, auf dem Lande würde dieselbe Erscheinung zu beobachten sein, ebenso wie das Gegenteil, eine Verschlimmerung des Ohrensausens beim Aufenthalte an der See mit ihrem Brausen.

Einen strikten Widerspruch dazu bildet die ganz eigentümliche Erscheinung, dass nicht ganz selten Patienten bei Lärm besser hören, die sog. Paracusis Willisii. Zimmermann erklärt sie folgendermassen: „Ist die Stapesplatte im Vorhofsfenster schwerbeweglich geworden, so vermögen weder selbst intensive Schallschwingungen, noch die Muskelcontractionen im Mittelohre sie aus der Lage zu rücken. Wird aber durch stärkere Erschütterungen des Körpers im Eisenbahnwagen oder im Wagen auf schlechter Strasse die Platte gelockert, dann gewinnen die Muskelcontractionen leichteres Spiel und können die beweglicher gewordene Platte günstiger wieder accomodieren. Was für den Normalhörenden eine schwere Störung bedeutet, wird für den in seinem Accomodationsmechanismus Erkrankten eine Unterstützung für besseres Hören. Selbstverständlich können auch, wenn das Hindernis an anderer Stelle, als der Stapesplatte liegt, z. B. in adhäsiven oder Exsudatbildungen im Kuppelraume durch stärkere Erschütterungen diese Fixierungen gelockert und damit bessere Accomodationsbedingungen geschaffen werden".

Diese Erklärung kann für die schweren Fälle seine Geltung haben, doch kann sie es nicht für die weniger schweren, in denen bei nicht so starken Einwirkungen und Geräuschen, schon in grossen Versammlungen, auf Bällen, Routs, auf der Strasse eine Besserung des Gehörs bemerkt wird. Solcher Fälle habe ich zwei jetzt noch in Beobachtung. Ich denke mir das Besserhören in diesen Fällen dadurch zustande gekommen, dass durch den Lärm eine reflectorische, stärkere Accomodation, ein Hineingepresstwerden des Stapes zustande kommt, wodurch ein grösserer Stillstand der Resonanzorganschwingungen für die tiefen Töne (in grossen Gesellschaften etc.) eintritt. Dadurch werden die anderen Töne des Gesprächs etc. deutlicher hörbar [1]). Lange und fort-

[1]) Weil sie erstens die viel häufigeren sind, wie Rauschen des Windes, Bewegung des Wassers, Rollen der Räder, Erschütterungen beim Gehen, der Strassenlärm u. s. w., und dann, weil die hohen Geräusche von gleicher Energie von den tiefen übertönt werden. In grossen Räumen, wo viel Menschen vorhanden sind, mit allem dem Lärm, da hört man nur ein tiefes Brausen.

[1]) In Zimmermanns neuester Arbeit «Accomodation im Ohre (Arch. f. Physiolog. Phys. Abt. 1908. T. 1.) finde ich eine dahin zu beziehende Notiz und dieselbe Erklärung. Joh. Müller habe an sich selbst beobachtet, dass bei Spannung des Trommelfells — d. h. genauer ausgedrückt, beim Einrücken des Steigbügels durch Luftverdichtung, das dumpfe Dröhnen beim Fahren des Wagens über eine Brücke und der Kanonen in der Nähe seiner Wohnung oder der Schlag ferner Trommeln augenblicklich verschwanden, während das feinere Geknarr der Wagen und das Knistern von Papier sehr scharf zu hören war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dauernd darf das wohl nicht geschehen, denn dann würden wir die Erscheinungen des Aufenthalts an der See erhalten, wo das accomodationskranke Ohr das stete Rauschen sich nicht fernhalten kann und je gereizter seine Fasern einmal sind, in um so stärkerem Masse darunter leidet.

Consequenterweise steht auch Zimmermanns Vorschlag zur Heilung der Accomodationsstörungen unter demselben Gesichtspuncte. Er proponiert die Incision resp. Excision der verknöcherten Membrana secundaria, wonach sich eine Bindegewebsmembran bilden könnte, die den Accomodationsbedingungen durch ihre relative Beweglichkeit entsprechen würde. Die Operation soll nach seiner Angabe nicht allzuschwer auszuführen sein.

Referat.

Masalitinow, G. A.: Der Bau der Kapsel des Echinococcus hydatidosus, soweit sie von den Geweben des Trägers geliefert wird. Eine pathologisch-histologische Untersuchung. Aus dem pathologisch-anatomischen Kabinet der Charkower Universität (Prof. N. F. Melnikow-Raswedenkoff). Mit 2 farbigen Tafeln. Charkow 1909. Sep. - Abd. aus dem Charkower medic. Journal. Jg. 1908.

Beim Sammeln des Materials zur vorliegenden Arbeit erwies es sich, dass die Ehinococcusfälle in Charkow gar nicht so selten sind, wie es den Literaturangaben nach zu sein schien. Dies erklärt sich daraus, dass eine Anzahl von Fällen nicht zur Veröffentlichung kamen, sich aber beim Durchforschen der Berichte der Kliniken, Hospitäler und pathologischen Anstalten der Stadt Charkow finden liessen. So ergaben sich statt der 22 aus der Literatur bekannten Fälle — 178. Das Studium von 22 Fällen, mit mehr oder weniger detaillierten Krankengeschichten, Sectionsbefunden, sowie genauen histologischen Untersuchungsergebnissen, unter Verwertung von 17 weiteren Präparaten aus der Sammlung des pathologisch-anatomischen Instituts der Universität, führten den Verf. zu Anschauungen über den Bau der Kapsel, soweit sie bei Echinococcen vom Träger geliefert wird, die ein nicht geringes Interesse nicht nur für den Anatomen, sondern auch für den Kliniker, zumal den Chirurgen haben müssen.

Die Chitinkapsel des Echinococcus hat nach M. eine giftige, necrotisierende Wirkung auf das Gewebe des Trägers, woher man wohl in allen Organen der Chitinkapsel anliegend eine Schicht necrotischen Gewebes findet, dem häufig Kalkpartikel eingelagert sind. Darauf folgt kernloses fibröses Gewebe. In frischen Fällen findet sich Ablagerung von Fibrin, kleinzellige Infiltration und Gefässneubildung. Im Muskel, fehlt die straffe fibröse Kapsel. Einzelne Chitinschollen werden von epithelioiden Zellen und Riesenzellen umlagert.

Aus einem Fall von Bauchfellechinococcus geht hervor, dass die Weiterverbreitung der Echinococcen durch die Blutgefässe vor sich geht und hier eine Wucherung stattfindet.

Bei der Kapselbildung in der Leber tritt zu der giftigen Wirkung des Chitins eine gleiche Wirkung der aus eröffneten Gallengängen ausströmenden Galle hinzu. Infolge dessen kommt es nicht zur Ausbildung einer straffen fibrösen Kapsel, sondern es findet ein Process ähnlich dem bei Lebercirrhose statt mit Atrophie der Leberzellen durch Druck und Granulationsgewebsbildung, sowie Wucherung von Gallengängen. Die sich vergrössernde Echinococcusblase übt einen hinreichenden Druck auf die offenen Gallengänge aus, um diese bis zu einem gewissen Grade verschlossen zu halten; wird aber der Blaseninhalt etwa durch Operation entleert, so klaffen dieselben und es kommt zu einem continuierlichen Gallenabfluss, der die Heilung hintanhält und den Organismus schwächt und daher nicht selten ein letales Ende zur Folge hat. Wird bei der Operation die Chitinhülle vollkommen entfernt, so kommt es zu kräftiger Granulationsgewebsbildung, ebenso wenn der Sack vereitert; sonst aber hindert die combinierte necrotisierende Wirkung der Chitinhülle und der Galle die Granulations- und Nervenbildung.

Ucke.

Bücherbesprechungen.

H. Schlöss: Leitfaden für Irrenpfleger. Vierte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1909. Preis 1,50 Mark.

Diese für die österreichischen Landesirrenanstalten preisgekrönte Schrift kann neben den anderen in deutscher Sprache existierenden Leitfäden zum Unterricht für das Pflegepersonal in Irrenanstalten bestens empfohlen werden. Sie bringt auf 112 Seiten die notwendigsten Daten über Bau und Verrichtung des menschlichen Körpers, über die allgemeine Krankenpflege und die specielle Irrenpflege. Zu den besonderen Vorzügen des Buches gehört das Hervorheben der Leitsätze durch fetten Druck und die Beigabe von Textillustrationen.

Michelson.

Dr. Orlowski (Berlin): Die Schönheitspflege, 2. Aufl. Würzburg. Curt Kabitsch. (A. Stubers Verlag). 1909. Preis 2 Mark 50 Pf. 120 Stn.

So wichtig die Pflege der Haut für die Gesundheit, so wenig sympathisch sind alle die Versuche populäre Bücher zu bringen, in denen nicht die Gesundheit, sondern die Schönheitspflege der Haut berücksichtigt wird, Begriffe, die sich nicht stets decken. Wenn nun gar derartige Bücher gleichzeitig für Aerzte und gebildete Laien geschrieben werden, so wird der Zweck nach der einen oder der anderen Richtung nicht erreicht. Auch in dem vorliegenden Büchlein, das jedenfalls wohl vorherrschend von Laien, namentlich Damen gekauft wird, ist viel zu viel darin, was nicht eigentlich für den Laien, z. B. die ausführliche Gesichts-Massage, mit Abbildungen, während ihr Wert wissenschaftlich noch nicht festgestellt, wohl aber von Masseusen etc. gern materiell exploitiert wird. Solche Bücher blieben lieber ungeschrieben.

Petersen.

Protocollauszug der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 20. April 1909.

Anwesend 19 Mitglieder und 2 Gäste.

P. 4. Haller stellt einen 16-jähr. jungen Mann vor mit chronischer Indurativpneumonie der ganzen linken Lunge.

Nach den Angaben der Mutter hat Pat. mit 3 Jahren Variola vera durchgemacht und seitdem ist er lungenleidend. Der Thorax weist kein deutliches Retrecissement auf, doch die linke Hälfte beteiligt sich an den Atembewegungen garnicht. Ueber der ganzen linken Lunge ist dumpfer Percussionsschall, nur längs dem Sternum ein Streifen hellen Schalls, der dem vicariierenden Emphysem der rechten Lunge entspricht. Das Herz ist stark nach links gezogen, der Spitzenstoss in der vorderen Axillarlinie. Im 2. Intercostalraum in der Mamillarlinie ist die Pulsation der verlagerten und freigelegten Pulmonalis zu fühlen. Die Auscultation ergibt rauhes, bronchiales und bronchialähnliches Atmen, hier und da etwas Rasseln. — Für gewöhnlich geht es dem Pat. gut, er hat wenig Auswurf. Zu Zeiten hat er gefiebert und hat dann mehr Auswurf, auch übelriechende Sputa gehabt. — Die Sputumuntersuchung (nach Biedert) ergab keine Tuberkelbacillen. Der Pat. suchte die Fürsorgestelle auf, um Gewissheit zu erlangen, ob er an Tuberculose leide oder nicht.

Die chron. Lungenindurationen sind Bindegewebshyperplasien: die Wucherung beschränkt sich nicht nur auf das interstitielle Bindegewebe, sondern die Bindegewebspfröpfe wachsen auch in die Alveolen und Bronchioli hinein, sie füllend und unwegsam machend. Bei Tuberculose fassen wir die Induration als Heilungsprocess auf, nach Pneumonien sprechen wir von Carrificatio, nach Auffassung englischer Aerzte tritt die Induration oft als Ausdruck einer constitutionellen Disposition, der Fibromatosis, auf, ferner finden wir Lungencirrhose bei Diabetes, Malaria, Syphilis, Actinomycose, als Folge von Bronchiectasie und Bronchostenose, endlich als pleurogene Lungencirrhose.

Lungencomplicationen bei Variola sind ja nichts seltenes: metastat. Abscesse, Gangrän, Pneumonien. Eine Pneumonie ist wohl auch hier die Ursache gewesen. Es könnte sein, dass hier trotz fehlender Bacillen eine Verbindung von Cirrhose mit Tuberculose vorliegt; es kommt vor, dass solche Pat. sich jahrelang gut fühlen, ihr Ernährungszustand sich hält und erst bei beginnender Ulceration sich die schwarzen Sputa mit Parenchymfetzen sowie vereinzelte Bacillen sich zeigen

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und sich spät erst die wahre Natur des Grundleidens offenbart. Hier könnte es sich nur um geringe tuberculose Processe handeln, die im indurierten Gewebe liegen und wenig Gelegenheit zum Aufflammen haben, da die gleichmässige Induration ihnen kein Lebensmaterial bietet. Wie gut der Fortfall der Atmungsfläche einer ganzen Lunge ertragen wird, sehen Sie an diesem Pat., der nur bei schnellem Gehen und Treppenlaufen stärkere Dyspnoe als normal zeigt und vollkommen leistungsfähig ist. Die Prognose wird für ihn erst ungünstig, wenn Complicationen durch Ulceration oder eine Secundärinfection durch Tuberkelbacillen erfolgt.

Discussion:

Greiffenhagen fragt, ob hier therapeutische Versuche, etwa mit Thiosinamin, in Aussicht genommen sind.

Meder hält die anamnestischen Daten nicht für sicher; es könnte sich um einen angeborenen Defect der linken Lunge handeln.

Dehn hat einen Fall beobachtet, wo congenitale Hypoplasie der ganzen linken Körperseite bestand und wo im Röntgenbild auch die ganze linke Lunge weniger lufthaltig war als die rechte. Er fragt, ob dieser Pat. durchleuchtet worden.

Haller: Es liegt kein Grund vor, den präcisen ätiologischen Angaben der ganz intelligenten Mutter zu misstrauen. Bei congenitaler Anlage hätte unbedingt eine Scoliose resultieren müssen. Es ist überhaupt auffallend, dass hier keine in die Augen springende Thoraxdifformität entstanden: der Schrumpfungsprocess muss nicht sehr stark sein und spät eingesetzt haben, sonst wäre auch trotz Fehlen von Pleuraadhäsionen wenigstens die viereckige Thoraxform mehr ausgeprägt. Der Pat. ist nicht durchleuchtet worden, da ein ähnlicher Fall Hallers vor 2 Jahren durch die Durchleuchtung keine Förderung der Diagnose erfahren. Es soll aber nachgeholt werden. Therapeutische Massnahmen, auch Thiosinamininjectionen, wären wenig aussichtsvoll, die Verhütung von Complicationen ist das Wichtige.

P. 5. Wistinghausen demonstriert einen Fall von isolierter Luxation des Metatarsus I.

Dem vorgestellten Pat. fiel ein schweres Gewicht auf den linken Fuss. Die klinischen Symptome der Luxation waren deutlich: ein Defect des Fussgewölbes und ein Vorsprung in der Planta ped. Die Röntgenphotographie zeigt die vollständige Luxation des proximalen Endes des Metatarsus I unter Absprengung eines kleinen Knochensplitters, der von den starken Bändern oben festgehalten wird. Diese Luxationen sind leicht zu reponieren, jedoch schwer in der richtigen Stellung zu fixieren. Der Verband wurde so angelegt, dass der Fuss plantarwärts gebeugt stand und die Sohle wurde mit Filz gründlich gepolstert. Jetzt, nach einem Monat, kann der Pat. gut gehen und die 2. Röntgenphotographie zeigt ein vollkommenes Heilungsresultat: offenbar ist der kleine abgesprengte Splitter wieder angewachsen.

P. 6. Wistinghausen stellt einen Pat. mit geheilter abdominaler Schussverletzung vor.

Der Bauer wurde am 23. III unweit der Stadt von Räubern überfallen und erhielt einen Browningschuss in die linken Nates. Es traten gleich Schmerzen im Leibe auf und er hatte die Empfindung, dass im Leibe was caput sei. Etwa 2 Stunden nach der Verletzung wurde er im Hospital eingeliefert: Leib mässig aufgetrieben, Einschuss an den linken Nates; kein Ausschuss, aber die rechte Inguinalgegend sehr empfindlich und vorgetrieben: nach einem Hautschnitt wurde hier die Kugel extrahiert. Laparotomie: es fanden sich 12 Löcher im Dünndarm, 2 im Coecum, 2 im Mesenterium (nahe am Darm). Die Löcher waren klein, nur wo der Darm schräg getroffen grösser, sie lagen paarweise oder zu 4. Es war Kot in die Bauchhöhle ausgetreten. Vernähung der Löcher, gründliche Bauchtoilette, Tampons. Die Operation dauerte etwa 2½ Stunden. Die ersten Tage danach bestand noch Lebensgefahr, dann aber erholte er sich gut. — Der Knochen ist nicht verletzt worden, der Ischiadicus könnte aber wohl lädiert sein, da er über Vertauben der Zehen und Ameisenlaufen in den Beinen klagt.

Discussion:

Greiffenhagen fragt, ob bei der Operation der ganze Darm successive eventeriert wurde und wie der Darm nachbehandelt werde, ob mit Ruhigstellung oder nicht.

Wistinghausen: Der Darm wurde nicht ruhig gestellt: Der Pat. bekam Atropin mit Morphium, am 3. Tage war Gasabgang, am 4. — Stuhl. Der Darm wurde systematisch abgesucht, um ja kein Loch zu übersehen (was leicht passiert) und später Därme und Peritoneum gründlich mit Sublimattupfern (1:1000) ausgewaschen.

Greiffenhagen bestätigt, dass Sublimatlösung ohne Nachteil zur Desinfection der Bauchhöhle angewandt werden kann.

P. 7. Wistinghausen: Ileus infolge von Darmverengerung durch Adhäsionen.

Der Kranke hatte auf dem Lande Atropin mit Morphium bekommen und bot keine stürmischen Erscheinungen, auffallend waren starke peristaltische Wellenbewegungen, die schräg über das Abdomen von links oben nach rechts unten verliefen. Nach Lavement erfolgte reichlicher Stuhl; daraufhin wurde die Operation auf den nächsten Tag verschoben. Am nächsten Morgen trat Koterbrechen ein, der Pat. collabierte und die Peristaltik nahm ab. Auf dem Operationstisch konnte keine Peristaltik mehr ausgelöst werden. Nach Auspackung der Därme fand man in der Ileocoecalgegend kurz vor der Bauhinschen Klappe sehr derbe Adhäsionen, die vom Mesenterium zum Peritonäum des kleinen Beckens über den Darm hin zogen und den Darm um seine Längsachse (Wringverschluss) gedreht hatten. Ob das Lumen ganz verschlossen war, konnte nicht festgestellt werden, wahrscheinlich nicht. Es wurde eine Anastomose zwischen Colon transversum und Ileum angelegt. Der Pat. starb aber bald darauf an Darmlähmung und Intoxication vom Darm aus.

Discussion:

Greiffenhagen fragt, ob die Därme noch spiegelnd waren und warum Enterosnastomose und nicht Lösung vorgenommen wurde. Er hat vor kurzem einen ähnlichen Fall operiert, wo die Adhäsionen mit dem Paquelin leicht zu trennen waren.

Wistinghausen: In der Bauchhöhle war wenig klares Exsudat, das einige Flocken enthielt. Die Adhäsionen waren so derb und fest, dass ihre Lösung nicht möglich war und die anfänglichen Versuche aufgegeben werden mussten.

P. 8. W. Blacher hält seinem angekündigten Vortrag über Leberabscess nach Appendicitis.

Der Kranke, ein Matrose, erkrankte am 20. October mit Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, Diarrhoe und Schüttelfrost; es stellte sich Icterus ein, vorübergehende Schmerzhaftigkeit in der rechten Ileocoecalgegend, Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend, parenchymatöse Nephritis; 2 Tage vor dem Tode war in der Gegend der Gallenblase eine schmerzhafte Resistenz zu fühlen, welche zu der Diagnose einer infectiösen Cholecystitis Anlass gab; am 24. October trat unter Erbrechen, Singultus, Coma und starkem Icterus der Exitus letalis ein. Die Section ergab eine perforative eitrige Appendicitis und multiple Leberabscesse, welche gelben Eiter enthielten. Durch Ausschluss der übrigen, in der Leber vorkommenden eitrigen Processe wie idiopathischer und traumatischer Leberabscess, vereiterte Echinococcuscysten und arterielle Embolie, kommt Vortr. zum Schluss, dass es sich um Cholangitis oder Thrombophlebitis gehandelt haben konnte; da nun der Eiter keine Gallenbeimischung enthielt, müsste erstere ausgeschlossen werden. Es lag also eine Pylethrombophlebitis vor, deren Ausgangspunct die Appendicitis war. Nach kurzer Beschreibung des klinischen Bildes, unter dem die Pylethrombophlebitis gewöhnlich verläuft, werden die Schwierigkeiten, die sich im gegebenen Falle für die richtige Diagnose ergaben, besprochen, vor allen Dingen das Fehlen einer objectiv nachweisbaren Lebervergrösserung und die äusserst zweideutigen Symptome von Seiten des Appendix; kann aber klinisch die Diagnose einer vorhergegangenen Appendicitis nicht gestellt werden, so ist auch die Diagnose einer Pylethrombophlebitis fast unmöglich.

Nachdem Vortr. die Bedeutung der zuerst von Dieulafoy beschriebenen Thrombose der Appendicularvenen für das Zustandekommen der Leberabscesse erwähnt hat, geht er auf die Bedeutung der Mikroorganismen bei Entstehung der Metastasen über: es ist anzunehmen, dass die Mikroorganismen, die die Leberabscesse hervorbringen, identisch mit den Erregern der Appendicitis sind, doch sind wir über letztere wenig orientiert, da sich der bacteriologischen Untersuchung des Appendicitiseiter grosse Schwierigkeiten in den Weg stellen. Durch Opsoninbestimmungen hat Kotzenberg den Schluss gezogen, dass hauptsächlich das B. coli commune, in seltenen Fällen Strepto- und Staphylococcen die Erreger der Appendicitis sind. Bei Untersuchungen von Eiter aus Leberabscessen sind von zwei Autoren (Dieulafoy und Achard) Reinculturen von Colibacillen, von einem (Fränkel) Reinculturen von Staphylococcen gefunden worden. Vortr. hat im beschriebenen Falle gleichfalls den Eiter bacteriologisch untersucht und Colonien von Streptococcen und Colibacillen erhalten. Nachdem kurz auf die Beziehungen zwischen dem bacteriologischen Befunde und der Krankheitsdauer hingewiesen wurden, werden vom Vortr. histologische Präparate demonstriert, welche den Eiterungsprocess in der Leber in den verschiedenen Stadien, von der Infiltration des periportalen Bindegewebes bis zur Bildung von necrotischen Herden im Lebergewebe, veranschaulichen.

(Autoreferat).

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discussion:

Haller hat einen ähnlichen Fall in der Diaconissenanstalt beobachtet. Bei der Section fand sich eine alte perforative Appendicitis mit geringer eitriger Einschmelzung längs dem Ligam. vesico-umbilic. d., kleine Nabelhernie und mehrere grosse Abscesse in der Leber und einige kleine in der Milz. Eine klinische Diagnose hatte nicht gestellt werden können, da der Pat. moribund eingeliefert wurde.

P. 9. Armsen: 1 Fall von kryptogenetischer Pyämie.

Der Pat. war plötzlich erkrankt mit Schüttelfrost und einem kurze Zeit anhaltenden Schmerz im Abdomen. Als A. den Pat. sah, war die Temperatur unregelmässig, die Untersuchung des Abdomens ohne Befund. Pyramidon hielt die Temperatur in mässiger Höhe, der Puls war langsam. Die bacteriologische Typhusreaction blieb negativ. Am 11. Tage seines Aufenthalts in der Klinik trat der 1. Schüttelfrost auf; nun traten täglich 1—2—4 Mal sehr heftige bis zu ½ Stunde dauernde Fröste auf und die Temperatur schwankte zwischen 37° und 40—41°. Die Blutuntersuchung ergab keine Plasmodien aber Streptococcus Rosenbach. Wo das Coccendepot liege, blieb unklar.

Der Pat. erhielt 13 Injectionen à 10 cbctm. Parke-Davissches polyvalentes Streptococcenserum und 1 Mal Aronsonsches Serum. Das Bild blieb aber dadurch unbeeinflusst. Der Puls ging etwas in die Höhe, ab und an wurde über etwas Schmerzen rechts von der Mittellinie im Abdomen zwischen Nabel und Rippenbogen geklagt. Der Organbefund blieb negativ. Nun erhielt er Collargolklysmen, später intravenöse Collargolinjectionen (7 Mal). Die Schüttelfröste wurden unter dieser Behandlung kürzer und milder. Der Schmerz in der Oberbauchgegend war nun constant, zugleich machte sich hier eine Resistenz immer deutlicher. Von der Operation und Eröffnung des wahrscheinlichen intraperitonealen Abscesses wurde abgesehen, da das Befinden etwas besser wurde und die Schüttelfröste 12 Tage lang sistierten. Wie sie wieder einsetzten, erinnerte sich V. einer Empfehlung des Jodipins von Sick: Sick gibt an, dass durch intramusculäre Injectionen von Jodipin Eiterungen sistieren und die Pat. sich auffallend schnell erholen. Es wurde nun 25% Jodipin, erst 10 gr., dann 5 gr. täglich injiciert. Nach der 5. Injection blieb die Temperatur normal und der Pat. erholte sich sehr schnell. Jetzt — seit etwa 4 Monaten hat er das Bett verlassen — erfreut er sich ständigen Wohlbefindens und klagt nur über eine geringe aber ständige Schmerzempfindung in der Gegend des Mac-Burneyschen Puncts.

Jodipininjectionen hat A. in einem 2. Fall mit demselben guten Erfolg angewandt: es handelte sich um eine septische Pneumonie nach Abort, wo alle andere Therapie fehlschlug, wo vom 22. December bis Mitte Januar tägliche Schüttelfröste auftraten, nach Jodipin sie mit einem Schlage aufhörten und die Pat. sich auch auffallend schnell erholte.

Discussion:

Meder glaubt, dass der 1. Fall möglicherweise ein paranephritischer Abscess gewesen sei.

Armsen: Die Nieren gaben klinisch garkeinen Anhaltspunct; es bestand geringe febrile Albuminurie sonst nichts. Auffallend war, dass man durch stärkere Palpation der erwähnten Resistenz einen Schüttelfrost direct auslösen konnte.

Greiffenhagen hat den Pat. auch behandelt und ihn am 2. Tage der Erkrankung auf dem Lande gesehen. Der landische College hatte am 1. Tage die Diagnose Appendicitis gestellt, doch Gr. fand am nächsten Tage gar keine Symptome davon. Auch Gr. bestätigt, dass man die Niere ausschliessen konnte; es hätte sich nur um einen Process an der Leber, am Pancreas oder tief im retroperitonealen Gewebe handeln können; letzteres ist es auch wohl gewesen. Jedenfalls ist es ein kleiner Herd mit sehr virulenten Bacterien gewesen. Zu erwähnen wäre noch, dass der Patient nach den Seruminjectionen ein sehr ausgesprochenes Serumexanthem bekam, das differentialdiagnostische Schwierigkeiten machte.

P. 10. Dehn demonstriert Röntgenaufnahme eines periostalen Sarcoms am Mittelfinger.

1. Secretär: Haller.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1485 Sitzung vom 4. März 1909.

Anwesend 68 Mitglieder und als Gäste die Herren Behr-Packeln, v. Mirbach, Pabow.

Das Protocoll der Sitzung vom 4. Febr. c. wird verlesen und angenommen.

Demonstrationen vor der Tagesordnung:

Dr. H. v. Krüdener: Die 30-jährige Patientin, welche ich Ihnen heute vorstelle, hat einen Cysticercus im Glaskörper des linken Auges. Vor 2 Monaten bemerkte sie plötzlich eine Abnahme des Sehvermögens, liess sich jedoch erst heute zum ersten Mal untersuchen. Ich fand die Pupille des linken Auges erweitert, durch Atropin wurde diese Erweiterung wenig verstärkt. Untersuchen Sie nun die gerade auf Sie blickende Patientin mit dem Augenspiegel, so erscheint zunächst nur das aufleuchtende Rot des Augenhintergrundes. Erheben Sie sich, das Licht immer in das Auge der Patientin fallen lassend und blicken Sie so unter einem Winkel von ungefähr 65 Grad in das Auge, so erscheint plötzlich hinter der Linse ein blauer Rand, der sich scharf von dem Augenrot abgrenzt. Blickt jetzt die Patientin gerade nach unten, so sehen Sie eine für Sie ungefähr nussgross erscheinende blaue Blase, welche vollkommen scharf conturiert ist. Beobachten Sie nun das Gebilde, so bemerken Sie, dass die runde Form sich plötzlich ändert und nach hinten und oben eine ovoide Gestalt annimmt. Ist einmal diese Veränderung im Gange, so treten rasch hintereinander erfolgende Bewegungen der Blase auf. Der Cysticercus liegt also im Aequator des Auges und gerade nach unten. Der Kopf und der deutlich sichtbare Hals sind nach hinten und oben gerichtet. Die Pupille ist nicht sichtbar und der Glaskörper leicht getrübt. Ueber den Gang der Operation werde ich mir erlauben später zu berichten. Es freut mich schon, bis jetzt constatiert zu haben, dass eine Reihe von Collegen das Entozoon und seine Bewegungen deutlich zu erkennen vermochte.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm demonstriert eine Patientin, bei der er an der durch Verbrennung verstümmelten und in einen Narbenklumpen zusammengebackenen rechten Hand eine plastische Operation ausgeführt hatte. Nach Durchschneidung der Verwachsungen wurde ein von der Natesgegend genommener Hautlappen zur Ueberflanzung auf den Handrücken verwandt und, als sich dieser als zu klein erwies, noch ein zweiter Hautlappen transplantiert. Zur Wiederherstellung der verloren gegangenen Function wurde dann im Zanderinstitute von Dr. v. Sengbusch die Nachbehandlung vorgenommen, sodass Patientin jetzt imstande ist, sowohl zu schreiben wie zu nähen. Der demonstrierte Fall beweist, welch grosse Lappen mit Erfolg überpflanzt werden können.

Hierbei ist es von Wichtigkeit, den Lappen möglichst gross zu wählen, um die Folgen einer eintretenden Schrumpfung zu vermeiden.

Dr. v. Sengbusch: Der vorgestellte Fall zeigt, dass man auch bei anscheinend aussichtslosen Fällen doch mit der Zeit bei vieler Geduld viel erreichen könne. Pat. wird jetzt nach 4 monatlicher Behandlung entlassen werden. Eine weitere Besserung ist auch nach der Entlassung noch zu erwarten.

Dr. H. Krannhals berichtet, bezugnehmend auf den in der Sitzung vom 21. Januar c. von Dr. Bosse vorgestellten Fall, in welchem es sich unter Anderem um das plötzliche Verschwinden eines anscheinend pericardialen Ergusses und Auftreten eines linksseitigen Pleuraexsudates handelte, über eine kürzlich von ihm gemachte analoge Beobachtung.

Ein junger Mann, der, halbbenommen, anamnestisch nur angeben konnte, dass er 2—3 Wochen vorher eine schwere Angina durchgemacht hätte und seitdem krank sei, bot alle physikalischen Erscheinungen eines grossen pericardialen Ergusses dar, während die Pleurahöhlen vollkommen frei erschienen und namentlich auch rechts hinten am Thorax der physikalische Befund bis auf einige Rasselgeräusche ein negativer war. Am folgenden Tage war die umfangreiche Dämpfung an der vorderen Thoraxfläche vollkommen geschwunden, der Percussionsschall als sonor zu bezeichnen, wenn auch vielleicht als etwas kurz, und es fand sich nun rechts ein umfangreicher pleuraler Erguss, hinten von der halben Scapula abwärts, seitlich von der Achselhöhle, vorn von der 4 Rippe, nach links bin zum rechten Sternalrand reichend. Herzdämpfung, klein, rundlich, mit einem Durchmesser von ca. 8 ctm. fast gleichmässig um die linke Mammilla; Herzstoss deutlich fühlbar (am Tage vorher kaum angedeutet). Die Probepunction ergab ein eiteriges Exsudat der rechten Pleurahöhle. Pat. wurde der Rippenresection unterworfen und starb ca. 2 Wochen nach derselben, nachdem sich in den letzten Lebenstagen die Erscheinungen einer frischen Pericarditis eingestellt hatten. Bei der Section fand sich: Reste des Empyem der rechten Pleurahöhle, eiterige Mediastinitis, frische hämorrhagisch-seröse Pericarditis.

Dr. Kr. meint, dass es sich hier überhaupt nicht um einen pericardialen Erguss, sondern nur um eine Mediastinitis gehandelt habe, die in den rechten Pleuraraum durchgebrochen sei.

Dr. Hampeln schliesst sich hinsichtlich der Deutung des referierten Falles Dr. Krannhals an und bemerkt, dass die Form der hier festgestellten Dämpfung seiner Ansicht nach nicht das Vorhandensein eines pericardialen Exsudates be-

Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weise. In dem von Dr. Bosse seiner Zeit mitgeteilten Falle mag es sich um Aenliches, wie hier, gehandelt haben.

Dr. Stender demonstriert drei Fälle von Dystrophia musculorum progressiva. Nach kurzem Rückblick auf die Literatur (Erb, Strümpell) erörtert Redner die moderne Lehre Jendrassiks von den «vererbten Degenerationen» (heredo—degenerative Nervenkrankheiten) und betont, dass die Auffassung Jendrassiks fast durchweg in die neuere Literatur Eingang gefunden habe.

Die vorgestellten Fälle zeigten das typische Bild der Dystrophie. Die Krankheit habe sich bei dieser Familie durch 4 Generationen vererbt.

Dr. Ed. Schwarz erinnert an die Familie Taukel, die er im Verein vor Jahren demonstriert habe; dieselbe zeigte gleichfalls in vollkommener Weise das familiäre Auftreten durch mehrere Generationen hindurch; der Grossvater der zahlreich erkrankten Familienglieder zeigte nur ein hauptsächlich halbseitiges Befallensein der einen Körperseite, ein seltenes Vorkommnis: seine Tochter hatte Atrophien hauptsächlich der Muskeln des Schultergürtels. Die Degeneration hatte sowohl bei Vater als auch Tochter in einem verhältnismässig frühen Stadium und im jugendlichen Alter Halt gemacht und sich bis in ein hohes Alter nicht weiter entwickelt; dafür waren aber die Kinder, 4 von fünfen, fast alle erkrankt; die älteste Tochter am hochgradigsten.

Ob das Nervensystem direct an der Degeneration beteiligt, sei nicht mit Sicherheit zu behaupten. Es wäre auch möglich und auch wahrscheinlich, dass die Veranlagung des Muskels selbst eine so schwache sei, dass die physiologische Function schon ihn zum allmählichen Schwinden bringe; es wären dafür ins Feld zu führen die Muskelhypertrophien, die zu gleicher Zeit im Anfangsstadium zu beobachten seien; die Waden und der m. deltoideus hypertrophierten am regelmässigsten.

Beide Familien, die jetzt vom Collegen Stender und die damals vom Vortragenden vorgestellten, waren jüdische; daraus sei nicht der Schluss zu ziehen, dass das jüdische Volk besonders häufig befallen sei. Referent habe damals auch über eine adlige Familie aus Kurland berichten können, in welcher von 5 Söhnen 4 erkrankt waren. Beim ältesten, bei dem fast alle Muskeln schon geschwunden waren, zeigte sich eine merkwürdige Erscheinung; die Lordose, die auch bei dem heute vorgestellten Kranken zu sehen sei, war bei demselben besonders hochgradig ausgebildet gewesen und beim Fortschreiten des Processes war auch diese so hochgradig geworden, dass das Kreuzbein sich nach oben klappte, so dass das Becken ganz nach oben geklappt war.

Referent erinnert an die in letzter Zeit viel discutierte Theorie der «Aufbrauchs-Krankheiten» von Edinger; diese Dystrophia musc. progr. sei vielleicht ein gutes Beispiel für dieselbe.

Was die Diagnose anlange, so sei in einigermassen ausgesprochenen Fällen dieselbe sehr leicht. Nur in atypischen Fällen wären Schwierigkeiten vorhanden. So habe Referent im vorigen Sommer ein lettisches Mädchen in seiner Abteilung beobachten können, das nur Atrophie der Oberschenkelmuskulatur zeigte.

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz hält seine angekündigten Vorträge über: a) Trauma und Lues cerebri und b) Kriminelles Vergehen und Lues cerebri.

Dr. M. Schönfeldt. Wie ich bereits in der betr. Discussion auf dem livl. Aerztetage betont, erscheint der Fall für die Frage «Lues cerebri» und «Criminalität» nicht verwendbar.

Dr. Schwarz berichtet auch heute über 3 Phasen verschiedenartiger psychischer Alienation: die erste Periode ist eine typische hypomanische Exaltation: Pat. kaufte sich pornographische Producte, wurde obscön, reiste unstät umher, um ganz unnötiger Weise in den verschiedensten Orten einen Angestellten zu engagieren etc.; dann aber schildert uns Dr. Schwarz einen typischen (depressiven) Hemmungszustand, den er selbst im Stadtkrankenhause zu beobachten Gelegenheit gehabt: Pat. sitzt stumpf und teilnamlos da, kümmert sich um nichts, spricht wenig etc. Die nächste Phase (Exaltation) von der wir wiederum hören, führt wegen der Geldverschleuderung etc. zu dem criminellen Delikt, welches Dr. Schwarz in einen specifischen Zusammenhang zur Lues cerebri bringt. M. E. nach muss der Fall als eine circuläre Psychose (Cyclothymie) aufgefasst werden, wobei die luetische Gehirnaffection nur als ein im Allgemeinen schädigendes, schwächendes Moment in Frage käme. Das eine antiluetische Therapie, namentlich verbunden mit dem geregelten Leben im Krankenhause, dem vor allen Excessen bewahrten Pat. während seiner Exaltationsphase grossen Nutzen gebracht, bedarf keiner weiteren Begründung.

(Autoreferat.)

Dr. Ed. Schwarz: Die Annahme des Collegen Schönfeld, auf welche er seine Deductionen aufbaue, dass es sich um einen «Erregungs-Zustand» gehandelt habe, wenigstens das erste Mal—beim «ersten Anfall»—könne er durch eigene Beobachtung nicht erhärten. College Schönfeld habe ja den Kranken nie gesehen. Vortragender habe ja den Kranken während seiner «Anfälle» in den Anfangsstadien auch nicht gesehen, dafür aber beidemale genau im Krankenhause während der späteren Stadien beide «Anfälle» gesehen und beobachtet. Auch College Redlich habe während des zweiten «Anfalls» durchaus den Eindruck gehabt, als ob es sich um einen Mann mit organischem Hirnleiden handele, der in seiner Intelligenz und seinem moralischen Vermögen gelitten habe, bei dem aber Zeichen von progr. Paralyse nicht zu constatieren waren. Und der Zustand war während der ersten Erkrankung ein ganz ähnlicher; das zweite Mal ist nur ein Defect zurückgeblieben, was das erste Mal nicht beobachtet worden war; ein Defect der ihn aber nicht hindere, seinen jetzigen Posten mit Erfolg auszufüllen. Vortragender erinnert an Kranke Nonne's, bei denen das Bild ein ganz und gar Gleiches war; bei dem einen war in einer Universitätsklinik die Wahrscheinlichkeits-Diagnose einer atypischen Form einer progr. Paralyse ausgesprochen worden; Pat. heilte mit Defect aus; auch 8 Jahre später war noch keine Paralyse zum Vorschein gekommen, aber die bekannt gewordene Diagnose hinderte ihn, einen Posten zu bekommen, obgleich seine Intelligenz ihn durchaus befähigt hätte «in nicht leitender Stellung (er war Bank-Director gewesen) einen Posten auszufüllen (Nonne Beob. 261). Diese Erkrankung dieses Mannes würde dem Zustande entsprechen, den der besprochene Kranke das zweite Mal durchmachte. Nonne referirt in seiner Beob. 107 einen anderen Fall «einfacher Demenz», in dem die Diagnose auch lange schwankte, der aber auch ausheilte und nach 8 Jahren «noch völlig gesund» war! «Das intellectuelle und ethische Verhalten des Herrn war auch für eine tiefer gehende Beobachtung ein durchaus normales und dem früheren Niveau entsprechendes»! Das Krankheitsbild und der Verlauf desselben bei diesem Kranken sähe dem Zustande, den der besprochene Kranke während seines ersten «Anfalls» darbot, durchaus ähnlich; nur das bei den Nonneschen Fällen keine Recidive beobachtet worden seien. Dass aber Recidive mit ganz gleichen Symptomenbildern, also wohl denselben Processen an dem gleichen Ort, beobachtet werden, sei, wie schon betont, nichts ungewöhnliches! Sowohl der erste Kranke, als auch dieser und die an diesen Kranken sich angeschlossene Discussion zeigten nur zu klar, wie notwendig wir unzweifelhaft Ausschlag gebende Reactionen nötig hätten, die die Grundlage eines krankhaften Processes als luetisch oder nicht luetisch beweisen könnten. Der erste Kranke zeigte, wie wenig uns die bisher bekannten Reactionen Hilfe brächten, wenn sie negativ ausfielen.

Allen Forschern, die in mühevoller Arbeit nach solchen Reactionen suchen, sei der beste Erfolg zu wünschen. Absolut sichere Beweise seien gegen die Ausführungen des Collegen Schönfeld aus Mangel an solchen Reactionen somit nicht anzuführen. Bei ausbleibender specifischer Therapie dürfte aber der Ausgang in ähnlichen Fällen ein anderer sein; der jetzt zurückgebliebene sehr geringe Defect wäre ein grosser gewesen, der Mann dement und invalid und die Ursache zu diesem bejammernswerten folgenschweren Zustande wäre in der irrtümlichen Anschauung, die aus einer Stellungnahme zu diesen Fällen, wie sie College Schönfeld ausführte, hervorgehe, zu suchen sein. Vortragender betont nochmals, dass: 1) keine psychopathe Belastung vorliege (Vortragender habe Pat. viele Jahre vor seiner Erkrankung schon als jungen Menschen gekannt); 2) dass während des 2-ten Anfalls unzweifelhaft syphilitische Affectionen an Nase und Haut etc. sichtbar waren; 3) dass die Therapie einen eclatanten—glänzenden Erfolg hatte.

Diese 3 Momente betone Nonne als solche, die berechtigten, an eine specifisch körperliche Erkrankung im Gegensatz zu einer functionellen psychischen zu denken. Das exjuvantibus oft ein Schluss nicht gemacht werden dürfe, sei bekannt, dass aber 14 Touren à 8,0 Hg anstandslos von einem Manisch-Depressiven vertragen werden dürfte, dass also eine Heilung trotz des Hg anzunehmen sei, ohne dass irgend welche Hg—erscheinung unangenehmer Natur zu Tage getreten wären, erscheint doch zum mindesten sehr auffallend.

(Autoreferat).

Dr. Voss macht der Gesellschaft Mitteilung von der Verurteilung eines Collegen zu 100 Rbl. Strafe wegen nichtgesetzmässiger Entwertung von Steuermarken auf Rechnungen, da er glaubt, dass es die Mitglieder interessieren wird.

Dr. G. Kieseritzky, d. z. Secretär.

Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sitzung vom 18./III 1909.

Anwesend 65 Mitglieder und als Gast Dr. Saarfels.

Eingelaufen ist ein Schreiben des Vorstandes der Section zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom Verein zur Förderung der Volkswohlfahrt.

Um ein zuverlässiges Urteil über die factische Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Riga zu erlangen, hat die genannte Section beschlossen, eine Statistik auszuarbeiten. Durch an sämtliche Aerzte Rigas zu versendende Fragebogen sollen innerhalb jeden Monates die zur Beobachtung kommenden Fälle venerischer Krankheiten festgestellt werden.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. G. Walter einen Mann vor, bei dem er die Totalexstirpation des Larynx ausgeführt hatte, wobei die Trachea in den unteren Wundwinkel eingenäht worden war.

Dr. W. macht darauf aufmerksam, dass der Patient trotz fehlender Verbindung der Trachea mit dem Pharynx, wenn auch mit leiser Stimme, so doch deutlich sprechen könne.

Dr. v. Bergmann kann den von Dr. G. Walter eingeschlagenen Weg doch nur als einen Notbehelf bezeichnen. Auch bei totaler Exstirpation des Larynx sei stimmlich ein gutes Resultat zu erzielen. Anzustreben sei immer die Communication der Trachea mit dem Pharynx. Durch spätere Einfügung eines künstlichen Kehlkopfes, erlange dann die Stimme genügende Deutlichkeit. Anführung eines einschlägigen Falles.

Dr. Poorten demonstriert einen von ihm vor 14 Tagen supravaginal amputierten Uterus mit zahlreichen subserösen und interstitiellen Fibromen. Die Trägerin dieses Uterus hat vor 8 Wochen ein reifes lebendes Kind geboren.

Die Anamnese ist kurz folgende: 15. Juli 1908. Frau Christine G. 37 J. a. ist 6 Jahr verheiratet. Kein Abort. Im Allgemeinen gesund. Menses regelmässig, zuletzt 13. April 1908; glaubte gravid zu sein und hatte sich deswegen an einen Frauenarzt gewandt, welcher sofortige Operation geraten hatte. Ein gleicher Bescheid wurde ihr im städt. Krankenhause zu Teil. Da die Frau sich sehnlich ein Kind wünschte, ging sie nicht darauf ein.

Da an ein Ausschälen der multiplen Fibrome nicht zu denken war, der Uterus also bei einer Operation sicher hätte entfernt werden müssen und somit die Gravidität verloren gewesen wäre, da ferner keines der Fibrome voraussichtlich ein unüberwindliches Geburtshindernis abgeben konnte, die Frau ausserdem durch die Tumoren keine Beschwerden hatte, lag nach Ansicht Dr. Poortens gar keine Indication zu einer sofortigen Operation vor.

Dr. P. riet der Patientin ruhig abzuwarten. Falls am Ende der Schwangerschaft infolge von Raumbeengung bedrohliche Beschwerden eintreten sollten, habe Patientin immer noch die Aussicht, durch Kaiserschnitt von einem lebenden resp. lebensfähigem Kinde entbunden zu werden.

Im Uebrigen halte er es für durchaus möglich, dass Patientin das Kind austrage.

Die Patientin hat die Schwangerschaft unter Controlle ausserordentlich gut durchgemacht, ohne ihre häuslichen Arbeiten unterbrechen zu müssen.

Am 4. Januar 1909 trat Pat. in die Klinik nach Auftreten von Wehen und Fruchtwasserabfluss. Am 18. Beginn stärkerer Wehen. Am 22. Januar muss die Geburt wegen Störungen von seiten des kindlichen Herzens in Chloroformnarcose operativ bei 5 Markstück grossem Muttermund beendigt werden. Circa 7 cm. lange sagittale Incision in die hintere vorgewölbte Cervixwand. Vorne seitlich 2 kleinere Incisionen. Kopf in Beckenmitte. Zange.

Leicht asphyct. Knabe von 3100 gr. Gewicht.

Dammriss III Grades. Nachgeburt leicht mit Credé geboren. Fortlaufende Catgutnaht der Uterusincisionen. Naht des Dammrisses.

Wochenbett normal. Der Dammriss heilt nicht. Nach 6 Wochen machte Vortragender die supravaginale Amputation des fibromatösen Uterus und die Correctur des Dammes in einer Sitzung. Die Patientin ist nach tadelloser Heilung heute aufgestanden.

(Autoreferat).

Dr. v. Krüdener. M. H., vor 14 Tagen stellte ich Ihnen eine Frau mit im Glaskörper befindlicher Finne vor. Ich kann heute die glücklich operierte Patientin zeigen und zu gleicher Zeit das intact extrahierte Entozoon sowie den Kopf der abgetriebenen Taenia solium. Patientin hat sich also selbst inficiert, dadurch dass die Onkosphären der in ihrem Dünndarm wohnenden Taenie auf irgend einem Wege in ihren Magen gelangten, von hier mit dem Blutstrom vielleicht in die Aderhaut, dann unter die Netzhaut und nachdem der Cysticercus eine gewisse Grösse erlangt, in den Glaskörper. Es ist dieses der gewöhnliche Vorgang, welcher erfahrungsgemäss am Menschen erhärtet ist. Wir hatten ihn nach dem Winkel, unter welchem wir ihn sahen, unten an den Aequator localisiert und die Operation hat die Richtigkeit der Annahme erwiesen. Der Rectus inferior wurde temporär resecieret und, $1^{1}/_{2}$ cm. vom Hornhautrand entfernt, wurde dann der Meridionalschnitt ausgeführt. So wie das Messer aus der Lederhaut zum Vorschein kam, rollte der Blasenwurm über die Klinge. Das Auge ist reizlos, der Verband entfernt. Ueber den weiteren Verlauf, die Hebung der Sehschärfe wird an geeigneter Stelle von mir berichtet werden.

(Autoreferat).

Dr. W. Buettner: Meine Herren! Tabische gastrische Krisen stellen ja einen keineswegs seltenen Symptomen-Complex dar, werden aber merkwürdigerweise trotzdem und trotz ihres so charakteristischen Auftretens in Attacken auch noch heutzutage häufig verkannt und als selbständige Magenleiden diagnosticiert. Insbesondere werden diejenigen Fälle häufig nicht erkannt, welche im Anfalle zwar heftiges Erbrechen zeigen, sich aber nicht, wie die gewöhnliche Art der Krisen, durch intensiven gastralgischen Schmerz auszeichnen, vielmehr an Stelle der Gastralgie ein quälendes, unbestimmbares Gefühl—nicht Schmerz—im Epigastrium und einen Druck daselbst aufweisen. Der Fall, den ich Ihnen hier demonstriere, zeigt ein solches Verhalten. Er zeichnet sich ferner dadurch aus, dass eine Attacke einen derart protrahierten Verlauf angenommen hatte, dass darüber augenscheinlich der bisherige anfallsweise Verlauf von mehreren Aerzten übersehen wurde und Magenkatarrh oder Magengeschwür diagnosticiert wurde. Patientin, eine 36-jährige verheiratete Frau, gibt an, 14-jährig nach einem Typhus ca $^{3}/_{4}$ Jahre hindurch an einer Lähmung des linken Beines und auch des linken Armes gelitten zu haben: dann sei die Lähmung allmählich geschwunden. An Gliederschmerzen hat Patientin wohl hin und wieder gelitten, nicht aber an Gelenkrheumatismus. Immer ist sie etwas nervös und schwächlich gewesen. Vor 10 Jahren, 3 Monate nach ihrer Verheiratung, hatte Patientin einen Abort; sonst sollen keine Aborte vorgekommen sein. Kinder hat sie keine. Patientin weiss nichts von einer luetischen Infection. Nie hat sie einen Ausschlag bemerkt; nie wurde eine Schmiercur oder Spritzcur angewandt. An anamnestischen Daten ist bei Attacken von Magensymptomen, wie sie Patientin durchmacht, noch von Wichtigkeit die Anamnese bezüglich der Migräne: Soviel Patientin weiss, haben ihre Eltern keine Migräne gehabt. Sie selbst leidet nicht an Kopfschmerzen, nur ein Kopfdruck besteht öfters, wie z. B. jetzt, wo Patientin sich nicht im Anfalle befindet. Patientin klagt darüber, dass sie seit 2 Jahren an häufigem Erbrechen leide und dadurch immer mehr geschwächt werde. Erst auf Befragen stellt es sich heraus, dass dieses Erbrechen periodisch auftritt, so zwar, dass alle paar Monate einmal ein Anfall von heftigem Erbrechen sich einstellte, welches dann alle paar Minuten oder auch nur paar mal am Tage oder gar alle paar Tage einmal auftrat. Begleitet wurde diese Periode des Erbrechens—wie es scheint—einige Male von Cardialgien, andere Male aber oder vielmehr gewöhnlich—und das ist nun das ungewöhnliche Verhalten bei diesem Symptomen-Complexe—fehlten Cardialgien ganz und bestand ausser dem heftigen Erbrechen nur ein Druckgefühl, respective Gefühl des Pressens — nicht Schmerz — im Epigastrium. In einem solchen Zustande fand ich die Patientin bei ihrer letzten Attacke. Diese Anfälle hatten bis zu 3 Wochen Dauer. Die letzte Attacke von gastrischen Krisen — denn um solche handelt es sich hier meiner Ansicht nach — dagegen, welche ich zu sehen bekam, die—wie bereits gesagt—ein atypisches Verhalten also darin zeigte, dass Cardialgie fehlte, dagegen nur Druckgefühl im Epigastrium neben heftigem Erbrechen bestand, zeigte auch darin ein ungewöhnliches Verhalten, als sie eine ungewöhnlich lange Dauer, nämlich eine Dauer von ungefähr 3 Monaten erreichte. Es war darin eine Verzögerung des Ablaufes der Attacken gegeben, wie sie sich in analoger Weise äussert bei der Migräne als Status hemicranius, bei der Epilepsie als Status epilepticus. Kopfschmerz fehlt während der Attacke. Gürtelgefühl tritt oft während der Attacke auf, wird aber von der Patientin keineswegs mit dem Druck im Epigastrium oder mit den Cardialgien indentificiert. Im Intervall fühlt sich Patientin entweder gesund oder—da sie an allgemeiner neuropathischer Diathese leidet—sie hat Beschwerden allgemeiner Nervosität, als Kopfdruck — nicht Kopfschmerz —, auch wohl gelegentlich leichtes Druckgefühl im Epigastrium, Rückenschmerzen, Uebelkeiten u. s. w.—Solche Beschwerden erreichen aber nie eine solche Höhe, dass man z. B. bei dem Druckgefühl im Epigastrium etwa einen—wenn auch leichten—Anfall annehmen könnte. Patientin selbst weiss diesen ihren nervösen Zustand von einem Anfall zu unterscheiden. Im Augenblick fühlt sie sich zwar nicht sehr wohl, sie hat Kopfdruck, gelegentlich auch etwas Uebelkeit, aber sie befindet sich im Intervalle und sie empfindet das selbst, dass sie sich nicht im Anfalle befindet. Der letzte langdauernde Anfall endete vor ungefähr 2 Wochen.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. med. Carl Koch †.

Am 22. Juli ist Dr. Carl Koch nach anderthalbjährigem Krankenlager auf seinem Gute Kosch bei Reval gestorben. Obwohl er seit etwa einem Jahrzehnt seine hiesige Tätigkeit aufgegeben und die letzten Jahre ausserhalb Petersburgs gelebt hat, ist die Erinnerung an ihn und an sein Wirken hier am Ort doch so lebendig, dass die Todesnachricht gar Vielen nahegegangen ist, auch denen, die da wussten, dass sein Tod eine Erlösung von schweren Leiden bedeutete. Viele Familien unserer Stadt betrauern in ihm ihren einstigen langjährigen Hausarzt und Berater, unsere hiesigen Aerztekreise — den tüchtigen Collegen von lauterer Gesinnung und ehrenhaftem Charakter, viele unter uns — auch den treuen, warmherzigen Freund!

Carl Reinhold Koch wurde am 22. Januar 1841 zu Reval als Sohn einer dortigen Patrizierfamilie geboren, besuchte die Ritter- und Domschule seiner Vaterstadt, absolvierte danach die Schmidt'sche Anstalt in Fellin und studierte 1861—1869 Medicin in Dorpat, wo er 1870 auf Grund seiner unter Dragendorff's Aegide verfassten Dissertation (über den Nachweis des Curarins) zum Dr. med. promoviert wurde. Während seiner Studienzeit gehörte er der Landsmannschaft «Estonia» an, der er, wie auch der Alma Mater, sein Leben lang die Treue gehalten hat. Gleich nach beendetem Studium 1870 zog er in den deutsch-französischen Krieg, den er als Stabsarzt bei der 3. Armee mitmachte. Noch in späteren Tagen wusste er voll Begeisterung von seiner grossen Kriegszeit zu erzählen. Nach weiteren Studien im Ausland (Karlsruhe, Wien, Berlin, Basel) liess Dr. Koch sich dauernd in Petersburg nieder, wo er 1872—74 Assistent am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, dann 1874—76 jüngerer und 1876—1894 älterer Ordinator am Nikolai-Kinderhospital war, in letzterer Stellung wiederholt den Director und Oberarzt vertretend. Daneben versah er als Kinderarzt eine ausgebreitete Hauspraxis. Es lag dabei in seinem Wesen, dass er zu vielen seiner Jahreshäuser in der Folge auch in persönliche freundschaftliche Beziehung trat, denn er war eine gesellige Natur und wusste auch um sein eigenes gastliches Haus einen grossen Freundeskreis zu schaaren. Reiche, in Hospital- und Privatpraxis gesammelte Erfahrung, practischer ärztlicher Blick und ehrlich correctes Verhalten gewannen ihm das Vertrauen seiner Klienten und auch der Collegen, die ihn oft und gern zu Rate zogen. Als Consultant fungierte er auch an der Maximilian-Heilanstalt und am deutschen Alexander-Hospital, dem er seit seiner Gründung besonders zugetan war. Dem Verein St. Petersburger Aerzte und dem St. Petersburger deutschen ärztlichen Verein gehörte er als tätiges Mitglied an.

Zunehmende körperliche Beschwerden veranlassten ihn, 1894 seinen Dienst und wenige Jahre später auch seine Praxis niederzulegen. Die letzten Jahre verlebte er teils in Deutschland, teils auf seinem geliebten, als väterliches Erbe ihm zugefallenen Landsitz Kosch. Nicht lange war ihm ein Otium cum dignitate beschieden: im November 1907 erkrankte er in Eisenach im Anschluss an einen Rippenbruch an einer Pneumonie, der eine schwere Apoplexie mit Hemiplegie folgte. Eine Pneumonie war es auch wieder, die dem qualvollen Siechtum endlich ein Ziel setzte.

Am 25. Juli wurde Dr. Carl Koch in heimischer Erde, im Familienbegräbnis zu Kosch bestattet. An der Gruft ward ihm auch im Namen seiner Petersburger Collegen und Freunde ein Nachruf gewidmet.

Ehre seinem Andenken!

E. B.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat

vom 23.—25. August 1909.

Programm.

Sonntag, den 23. August.

I. Allgemeine Sitzung von 10—1 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio.

1) Eröffnung des Congresses und Wahlen.
2) Prof. Dr. J. v. Kennel (als Gast): Ueber Befruchtung und Vererbungstheorien.
3) Dr. phil. A. v. Antropow (als Gast): Ueber den osmotischen Druck und seine Bedeutung im Organismus.
4) Director Dr. Tiling: Ueber Schwachsinn.

II. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio.

1) Dr. R. von Wistinghausen: Ueber den Darmverschluss.
2) Dr. A. Keilmann: Hygiene der Geburt und des Wochenbettes.
3) Dr. v. z. Mühlen: Aufruf zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses.
4) Dr. E. Johannson: Ueber Augenverletzung und deren Entschädigung.
5) Dr. Ed. Schwarz: Das Unfallversicherungsgesetz und seine Folgen.
6) Dr. M. Schönfeldt: Die Begutachtung des traumatischen Neurotikers.
7) Dr. A. v. z. Mühlen: Ueber die Infectionswege der Tuberculose.
8) Dr. E. Mey: Ueber Krankheitsursachen und Disposition.
9) Dr. A. Treu: Die Arbeit und Beschäftigung der Geisteskranken in der Anstalt Stackeln.

Montag, den 24. August.

Combinierte Sitzung für Grenzfragen von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio.

1) Dr. W. v. Holst: Referat über die Berührungspuncte zwischen Neurologie und Gynäkologie.
2) Dr. A. Keilmann: Correferat hierzu.
3) Dr. H. Truhart: Die Beziehungen des weiblichen Sexuallebens zu den Erkrankungen des Pancreas.
4) Dr. L. Bornhaupt: Die Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis.
5) Dr. F. Holzinger: Ueber den Einfluss osmotischer Strömungen auf die Entwickelung der Bacterien.
6) Dr. J. Krannhals: Ueber die practische Verwertbarkeit der Tuberculinreaction.
7) Dr. G. v. Walter: Ueber die Berechtigung zu chirurgichen Eingriffen bei Emphysem und Tuberculose der Lungen.
8) Dr. v. Dehn: Die Lungentuberculose im Röntgenbilde.

Specialsitzung für Oto-, Laryngo- und Rhinologie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. F. Voss:

1) Dr. R. Wolferz jun.: Die Indicationen zur Aufmeisselung des Warzenfortsatzes (Referat).
2) Dr. L. Gauderer: Correferat (bei chronischen Erkrankungen).
3) Dr. F. Voss: Correferat (historische Bemerkungen).
4) Dr. R. v. Rimscha: Diagnose und Therapie des Highmorshöhlenempyem (Referat).
5) Dr. M. Kikuth: Larynxtuberculose (Referat).
6) Demonstrationen.

Specialsitzung für Dermatologie und Urologie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. G. v. Engelmann:

1) Dr. J. Eliasberg: Theorie und Praxis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Syphilis (Referat).
2) Dr. R. Biehler und Dr. J. Eliasberg: Complementablenkungsversuche bei Lepra tuber. und Lepra nervorum (Referat).
3) Dr. E. Kröger: Die Frühbehandlung der Lues.
4) Dr. S. Prissmann: Correferat.
5) Dr. M. Hirschberg: Epidemische Haarkrankheiten.
6) Privatdocent Dr. A. Paldrock: Demonstration selbstangefertigter Moulagen von Hautkrankheiten.

III. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dehio:

1) Prof. Dr. Dehio: Bericht über den diesjährigen internationalen Lepracongress in Bergen.
2) Dr. F. Voss: Sarcom des Keilbeins — ein diagnosticierbares Krankheitsbild.
3) Dr. A. Berkholz: Ueber Säuglingsernährung (Referat).
4) Dr. O. Rothberg: Ernährungsstörungen des Kindesalters auf neuropathischer Grundlage.
5) Dr. H. Hirsch: Ueber habituelle Kopfschmerzen.
6) Dr. J. Brennsohn: Die Beziehungen der Rückgratsverkrümmungen zur Schule.
7) Dr. v. Zoepffel: Die Indicationen und Contraindicationen der Seebäder.

Jahresversammlung der Unterstützungscasse der Mitglieder der livländischen Abteilung des Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Dienstag, den 25. August.

Specialsitzung für innere Medicin von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. J. Krannhals:

1) Dr. W. Hollmann: Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens (Referat).
2) Dr. W. Hollmann: Ein Instrumentarium zur objectiven Messung des diastolischen und systolischen Blutdrucks (Demonstration).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3) Dr. P. v. Hampeln: Ueber die thoracalen Richtungslinien bei der Bestimmung der Herzgrenzen.

4) Dr. R. v. Engelhardt: Zur Aetiologie des Gichtanfalls und der acuten Cholecystitis.

5) Dr. G. Kieseritzky: Ueber Leukanämie.

6) Privatdocent Dr. Schirokogorow: Die Wirkung des Jod aufs Herz (experimentelle Untersuchungen).

7) Dr. A. Schawlow: Zur Differential-Diagnose des Gelenkrheumatismus.

8) Dr. Th. Hausmann: Die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und ihre Ergebnisse.

Specialsitzung für Chirurgie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. A. v. Bergmann:

1) Dr. A. v. Bergmann: Referat über die Magenresection und die Gastroenteroanastomose.

2) Dr. W. Greiffenhagen: Therapie des Volvulus S. roman.

3) Dr. O. Brehm: Die sog. chronische Mastitis und das Mammacarcinom.

Specialsitzung für Gynäkologie und Geburtshilfe von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Professor Dr. Kessler:

1) Dr. A. Keilmann: Zur Tamponfrage (Referat).

2) Dr. A. Christiani: Correferat hierzu.

3) Dr. G. von Knorre: Carcinoma Uteri (Referat).

4) Dr. W. Ruth: Puerperalfieber.

5) Dr. A. Schneider: Ueber die innere geburtshilfliche Untersuchung.

Specialsitzung für Neurologie und Psychiatrie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. Tiling:

1) Dr. J. Schröder: Classification der functionellen Psychosen (Referat).

2) Privatdocent Dr. Idelsohn: Aphasie (Referat).

3) Dr. Ed. Schwarz: Commotio cerebri.

4) Director Dr. A. Behr: Einige Worte über die Pflege geisteskranker Männer.

5) Director Dr. A. Behr: Die Entwickelung der livländischen Heilanstalt in Stackeln in den Jahren 1907—1909.

6) Dr. W. Stieda: Ueber den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie.

Specialsitzung für Ophthalmologie von 9—1 Uhr unter dem Vorsitz von Dr. H. v. Krüdener:

1) Dr. H. v. Krüdener: Ueber Trachom und infectiöse Augenkrankheiten (Referat).

2) Dr. G. Ischreyt: Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese des Glaucoms. (Referat).

3) Dr. E. Blessig: Ueber Operation und medicamentöse Therapie des Glaucoms. (Thesen). (Correferat).

IV. Allgemeine Sitzung von 3—6 Uhr unter dem Vorzitz von Prof. Dr. Dehio:

1) Es werden kurze Resumees aller auf den Sitzungen der Specialsectionen verhandelten Fragen von den Präsides der Sectionen geliefert werden.

2) Wahl des Präses und des Ortes für den nächsten Congress.

3) Berichterstattung über die Sammlungen für das Ernst von Bergmann-Denkmal.

Jahresversammlung der livländischen Abteilung des Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Schluss des 1. Baltischen Aerztecongresses.

Die Manuscripte müssen nach Schluss der Sitzung dem Secretär in druckfertigem Zustande übergeben werden.

Diejenigen Herren Collegen, welche den ersten baltischen Aerzte-Congress mitmachen und sich eines Quartiers für die Zeit der Tagung versichern wollen, mögen ihre diesbezüglichen Wünsche spätestens bis zum 15. August der Quartiercommission bekannt geben unter der Adresse: Dr. W. Hollmann, Dorpat — Lodjenstr. Nr. 4.

— Programm für die neunte deutsche ärztliche Studienreise 3. bis 20. September 1909. (Das Büreau des Deutschen Centralcomitees für ärztliche Studienreisen befindet sich vom 28. August bis 3. September im Grand Hotel Hungaria, Budapest. Alle Anfragen sind daselbst zu richten an den Generalsecretär Dr. A. Oliven.

2. September: Vorm. $11^1/_2$ Uhr: Eröffnungssitzung im Hörsaal des physikal. Instituts, resp. Sitzungssaal der V. Section, Esterhazygasse 3—6. Eröffnungsrede, Begrüssungen und Ansprachen. Vortrag: Primarius und Priv.-Doc. Dr. Sig. v. Verlöczy: «Ueber die Thermen von Budapest». Darauf anschliessend Besichtigung der Budapester Thermalbäder und der Saxlehner Bitterwasserquellen, unter Leitung von Prof. Dr. A. v. Bokay.

3. September: Officieller Beginn der ärztlichen Studienreise:

Morgens 7 Uhr: Abfahrt von Budapest. Mittags Uhr: Ankunft in Pystian. Begrüssung, Fahrt per Wagen nach dem Franz Josef Bad. Im Vestibül des Badehauses Empfang Seitens der Badedirection etc. Vortrag: San.-Rat und Reichstagsabgeordneter Dr. von Fodor: «Die Heilmittel und Indicationen Pystians». Besichtigung der Badehäuser, der Thermal- und Schlammquellen. Spaziergang durch den Curpark zum Cursalon. Besichtigung des Arbeiter-Hospitals. Vortrag des leitenden Arztes des Hospitals Dr. Eduard Weiss. Nachmittags 5 Uhr: Abreise von Pystian. Abends 6 Uhr: Ankunft in Trenczin-Teplitz. Abends 7 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Dr. Gallia: «Ueber die Heilmittel von Trenczin». 4. September: Vorm. 8—10 Uhr: Besichtigung der Bäder und Cureinrichtungen, Führung in Gruppen. Vorm. 10 Uhr: Abfahrt von Trenczin-Teplitz. Abends 6 Uhr: Ankunft in Siofok. Besichtigung der Badecolonie, der Fischerei A. G. etc.

5. September: Vorm. 9 Uhr: Abfahrt mit Extradampfer von Siofok. Vorm. 10 Uhr: Ankunft in Balaton-Fuered, Besichtigung der Bäder und Cureinrichtungen. Abends 7 Uhr: Abfahrt von Balaton-Fuered nach Abbazia.

6. September: Morgens 7,45: Ankunft in Fiume. Morgens 9 Uhr: Ankunft in Abbazia. Vorm. $11^1/_2$ Uhr: Versammlung im Hotel Stephanie. Begrüssung durch den Sanitätsreferenten im Namen des Statthalters, durch den Bezirkshauptmann, den Curvorsteher und den Bürgermeister. Wissenschaftliche Sitzung: Vorträge: K. K. Reg.-Rat Prof. Dr. Glax: «Abbazia». Prof. Dr. Strauss: «Ueber salzarme Nahrung». Nachm. $4^1/_2$ Uhr: Besichtigung des Curortes in Gruppen (Strandwege, Parkanlagen, Lorbeerwald, hygienische Einrichtungen, Sanatorien).

7. September: Morgens $7^1/_2$ Uhr: Einschiffung am Molo zur Fahrt nach Venedig. Nachm. $5^1/_2$ Uhr: Ankunft in Venedig, Fahrt nach dem Lido. Abends $6^1/_2$ Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Dr. Cerosole: Thema vorbehalten. Abends 8 Uhr: Serenade auf dem Canale Grande bei San Marco, gegeben von der Stadt Venedig. Nachher zwangloses Zusammensein mit den italienischen Collegen.

8. September: Morgens 8 Uhr: Gruppenweise Führung und Besichtigung der Kliniken und Krankenhäuser Vorm. 10 Uhr: Besichtigung der Stadt. Nachm. $2^1/_2$ Uhr: Lagunenfahrt mit Extradampfer. Vortrag: Prof. Dr. Lumbroso: Thema vorbehalten. Abends $7^1/_2$ Uhr: Abfahrt von Venedig.

9. September: Morgens 7 Uhr: Ankunft in Genua und Einschiffung. Morgens 8 Uhr: Besichtigung der Sehenswürdigkeiten Genuas. (San Lorenzo und Sta. Annunziato. Via Garibaldi, Palazzo Rosso, Campo Santo etc. Nachmittags: Fortsetzung der Besichtigung.

Nachm. 4 Uhr: Abfahrt auf dem Reichspostdampfer des Norddeutschen Lloyd «Prinz Ludwig» von Genua.

10. September: Auf See. Vorm. 10 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His: «Chronischer Rheumatismus».

11. September: Morgens 8 Uhr: Ankunft in Algier Ausbooten. Wagenfahrt nach dem Jardin d'essai, Mustapha Supérieur. Besichtigung des Sommerpalastes des Gouverneurs, Besichtigung der arabischen Stadt (Casbah), zweier Moscheen, der Cathedrale, des Winterpalastes des Gouverneurs, des Fischmarktes und zurück über Place de Gouvernement und Boulevard de la République nach dem Hafen.

12. September: Nachm. 5 Uhr: Ankunft in Gibraltar. Besichtigungen etc.

13. September: Auf See. Vormittags 10 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: K. K. Reg.-Rat Prof. Dr. Glax: Thema vorbehalten.

14. September: Auf See. Vorm. 10 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich: «Kurorthygiene».

15. September: Auf See. Vorm. 10 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Dr. Jannes: «25-jährige Erfahrungen eines practischen Arztes über Carcinome».

16. September: Vormittags 10 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung: Vortrag: Dr. Kalischer: «Zur Prognose und Therapie der Neurasthenie». Nachm. 1 Uhr: Ankunft in Southampton.

17. September: Vormittags 11 Uhr: Ankunft in Antwerpen. Empfang. Gruppenweise Führung und Besichtigung der Kliniken, Krankenhäuser etc.

18. September: Ausflüge nach Wahl.

19. September: Auf See. Vorm. 10 Uhr: Schlusssitzung. Mitteilungen und Ansprachen der Reiseleitung.

20. September: Ankunft Hamburg. Schluss der diesjährigen deutschen ärztl. Studienreise.

— Der a. o. Professor der Militärmedicinischen Akademie, Dr. Fedorow ist zum beratenden Mitglied des Medicinalrats ernannt worden.

— Der Professor für theoretische Chirurgie an der Universität zu Tomsk, Dr. W. Mysch, ist zum Professor und Director der chirurgischen Klinik an derselben Universität ernannt.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— An der Universität zu Heidelberg wurde der Docent für Ohrenheilkunde Dr. J. Hegener zum a. o. Professor ernannt und der a. o. Professor und Assistent an der Augenklinik, Dr. E. v. Hippel, wurde als Nachfolger des emeritierten Prof. H. Schmidt-Rimpler zum o. Professor und Director der Augenklinik an der Universität zu Halle ernannt.

— Die Docenten an der Deutschen Universität zu Prag DDr. A. Margulies (Psychiatrie), K. Walko (innere Klinik) und E. Pietrzikowski (Chirurgie) wurden zu a. o. Professoren ernannt.

— Dr. Imre wurde zum a. o. Professor der Augenheilkunde an der Universität zu Klausenburg ernannt.

— Dr. A. v. Sarbó, Docent an der Universität zu Budapest, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Am 25. Juli wurde in Freiwaldau (oesterr.-Schlesien) im Beisein einer grossen Zahl von Festgästen ein Denkmal für Priessnitz feierlich enthüllt.

— Die Halbinsel Kamtschatka hat eine selbständige Medicinalverwaltung erhalten und bildet jetzt ein besonderes Gebiet.

— Infolge der vielfachen sanitären Misstände in Tomsk und der Indolenz der Stadtverwaltung hat die Regierung eine Commission einberufen zwecks Sanierung der Stadt. Zur Commission gehören Vertreter der Stadt und mehrere Aerzte.

— In Urgá (Mongolei) herrscht eine heftige Pockenepidemie. Hierdurch sowie durch die Häufigkeit anderer epidemischen Krankheiten sah sich die chinesische Localverwaltung veranlasst, sich an die russischen Behörden mit der Bitte zu wenden, einen russischen Arzt zu empfehlen, der bereit wäre, in chinesische Dienste in Urgá zu treten. Gegenwärtig hat sich bereits ein solcher Arzt gefunden, und die chinesischen Behörden haben angeordnet, dass ihm alle Kinder aus der Stadt zur Pockenimpfung zugeführt werden und auch die Kranken sich an ihn wenden sollen. Behandlung und Medicamente sind kostenfrei.

— In dem Kirgisendorf im Gebiete Uralsk, wo, wie in Nr. 30 berichtet wurde, die Bubonenpest ausgebrochen war, fanden vom 18. bis zum 22. Juli keine weiteren Erkrankungen statt. Am 22. Juli erkrankte 1 Kirgise und am 23. wieder 1. Seit dem Ausbruch der Seuche sind 17 Personen erkrankt und 14 gestorben. In dem umzingelten Dorfe befinden sich gegenwärtig 3 Kranke und 5 Gesunde unter Beobachtung.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 19. bis zum 25. Juli.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	231 (98)	3743 (1432)	16. Mai
Kronstadt	2 (—)	86 (35)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	29 (22)	628 (301)	27. Mai
» Archangelsk	56 (28)	539 (271)	13. Juni
» Wologda	26 (20)	363 (216)	19. »
» Olonez	— (—)	15 (10)	8. »
Stadt Wjatka	— (—)	3 (2)	1. Juli
Gouv. Ufa	— (—)	1 (—)	10. »
» Perm	1 (—)	2 (—)	18. »
» Estland	— (—)	4 (3)	5. »
» Kurland	5 (5)	41 (20)	1. Juli
» Livland	10 (11)	98 (43)	16. Juni
» Wilna	7 (2)	20 (10)	29. »
» Witebsk	160 (63)	871 (271)	16. »
» Twer	1 (1)	32 (16)	29. »
» Jaroslaw	32 (13)	82 (37)	24. »
» Kostroma	1 (—)	3 (1)	5. »
» Ssimbirsk	— (—)	2 (—)	27. Juni
» Moskau	— (—)	5 (1)	25. »
» Nowgorod	14 (11)	193 (106)	7. »
» Pskow	31 (18)	113 (53)	28. »
» Rjasan	— (—)	39 (25)	10. »
Stadt Tula	1 (1)	1 (1)	11. Juli
Gouv. Wladimir	— (—)	6 (5)	25. April
» Charkow	7 (2)	9 (4)	12. Juli
Finnland	— (—)	8 (2)	6. Juni
	614 (295)	6907 (541)	

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt	Gestorben	Genesen	In Behandlung.
des 23. Juli	des 24. Juli	36	8	55	451
» 24. »	» 25. »	24	6	29	436
» 25. »	» 26. »	27	14	24	425
» 26. »	» 27. »	34	9	37	540
» 27. »	» 28. »	41	12	17	425
» 28. »	» 29. »	24	11	23	415
» 29. »	» 30. »	32	10	23	415

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14274 Personen erkrankt, 5575 gestorben und 8345 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 5. bis zum 11. Juli 1909 873 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 21, Typhus exanthem. 4, Febris recurrens 8, Pocken 41, Windpocken 9, Masern 97, Scharlach 33, Diphtherie 42, Cholera 388, acut. Magen-Darmkatarrh 188, an anderen Infectionskrankheiten 42.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11029. Darunter Typhus abdominalis 259, Typhus exanth. 23, Febris recurrens 32, Scharlach 177, Masern 86, Diphtherie 147, Pocken 90, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 741, crupöse Pneumonie 117, Tuberculose 357, Influenza 147, Erysipel 122, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 45, Lepra 0, Syphilis 440, venerische Krankheiten 337, acute Erkrankungen 1736, chronische Krankheiten 1336, chirurgische Krankheiten 1304, Geisteskrankheiten 3205, gynäkologische Krankheiten 218, Krankheiten des Wochenbetts 69, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 32.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 1119 + 45 Totgeborene + 55 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 12, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 1, Pocken 6, Masern 37, Scharlach 14, Diphtherie 12, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 14, katarrhalische Pneumonie 72, Erysipelas 3, Influenza 10, Lyssa 0, Milzbrand 6, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 18, Dysenterie 9, Cholera 255, Magen-Darmkatarrh 129, andere Magen- und Darmerkrankungen 99, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 29, Hydrophobie 1, andere Todesursachen 254.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. W. Jarmarkin in Grosnyi am 17. Juli, geb. 1877, Arzt seit 1900. Er machte seinem Leben durch Selbstmord ein Ende. 2) Dr. A. Geronimus in Tolotschin (Gouv. Mogilew) am 6 Juli. 3) Dr. M. Runge, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Göttingen, früher in Dorpat.

Ich bin in Redactionsangelegenheiten Montags und Donnerstags von 6—7 Uhr abends zu sprechen.

F. Dörbeck.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: In № 30 ist auf Seite 414, Spalte 1, Zeilen 36, 54 und Spalte 2, Zeile 9 zu lesen Isotonie statt Isotomie.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

K. Schwarze. Herbert Spencer. (Aus Natur und Geisteswelt. Samml. wissensch.-gemeinverst. Darstell. B. 245). Verlag v. B. Teubner. Leipzig. 09. Preis M. 1.50.

M. Fürst. Der Arzt. (Aus Natur und Geisteswelt. Samml. wissenschaft.-gemeinverständl. Darstell. B. 265). Verlag v. B. Teubner. Leipzig. 1909. Preis M. 1.25.

An die See. Reise-Führer für die Mitglieder des Deutschen Flotten-Vereins im Jahre 1909. Verlag d. D. Flotten-Vereins. Berlin. Preis 20 Pf.

Prof. Nussbaum. E. F. W. Pflüger als Naturforscher. Verlag v. M. Hager. Bonn. 1909.

Dr. Lichtmann. Spirochaete pallida im Lichen syphiliticus. Separat-Abdruck aus: Dermatologisches Centralblatt XI. Jahrg. Nr. 1. Verlag v. Veit & Comp. Leipzig).

Проф. Долгановъ. Отчетъ особаго отдѣла по предупрежденію слѣпоты за 1907 г. С.-П. 1909 г. Попечительство Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 32 St. Petersburg, den 8. (21.) August 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Lepra im Kreise Grobin.

Von
Dr. S. Prissmann-Libau.

Während die Lepra Nord-Kurlands seit Jahrzehnten in Fachkreisen bekannt ist, hat dieselbe im Südwesten des Gouvernements (Kreis Grobin) um ihre Anerkennung gewissermassen zu kämpfen. Bis vor etwa 2 Decennien wurde der Süden Kurlands für leprafrei gehalten, erst Hellat spricht in seiner Dissertation [1]) von vereinzelten Leprafällen, die auch im Grobinschen Kreise vorkommen sollen. Jedoch war es Prof. Blaschko-Berlin [2]), der als einer der Ersten im Jahre 1896 auf einen nicht unbedeutenden Herd im Grobinschen Kreise (Rutzau) aufmerksam machte, welcher als der Ausgangspunct der Memeler Lepraendemie anzusehn wäre, — eine Ansicht, die laut Kirchners [3]) Bericht ihre volle Bestätigung gefunden zu haben scheint. Darnach sollen alle in den verschiedenen Ortschaften des Kreises Memel vorgekommenen ersten Fälle aus Russland eingeschleppt sein, wobei natürlich der Nachbarkreis Grobin in erster Reihe in Frage kommt. Einige Jahre später (1904) hielt auch ich es für angebracht, bei Gelegenheit des V. internationalen Dermatologen-Congresses in Berlin, auf dem u. A. Berichte aus aller Herren Länder über die damalige Verbreitung der Lepra erstattet wurden, in aller Kürze auch über den Gang des Aussatzes in Kurland, mit besonderer Berücksichtigung des Kreises Grobin zu referieren, wodurch die Aufmerksamkeit weiterer fachmännischer Kreise auf diesen für West-Europa ausserordentlich wichtigen, in Zunahme begriffenen Herd gelenkt werden sollte. In der sich anschliessenden Discussion hob Blaschko die grosse Bedeutung meiner Mitteilung hervor, nicht nur für Russland, sondern ganz besonders, was auch ich weiter unten nachzuweisen gedenke, für Deutschland.

[1]) P. Hellat: Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen, Dorpat 1887.
[2]) A. Blaschko: Die Lepra im Kreise Memel. Dermatol. Zeitschr. 1896.
[3]) Kirchners Bericht über Deutschland und dessen Schutzgebiete auf dem V. internat. Dermatologen-Congress. 1904.

Ja, ich bin der festen Ueberzeugung, bestände das Leprosorium bei Memel nicht, so könnte gerade dieser Lepraherd für das weitere Europa verhängnisvoll werden. Käme dagegen zum Memeler Lepraheim ein Asyl im Kreise Grobin hinzu, so wäre im Verlaufe weniger Jahrzehnte auch diese Quelle zum Versiegen zu bringen. Leider scheint es aber bei uns zu Lande mit der Gründung neuer Leprosorien etwas schwer von statten zu gehen, wenngleich gerade in allerletzter Zeit berechtigte Aussicht vorhanden ist, dass auch der Kreis Grobin für die Dauer nicht unberücksichtigt bleiben wird.

Veranlasst durch meine einschlägigen Artikel in der Tagespresse, welche ihrerseits durch eine in der lettischen Zeitung „Dsihwe" erschienene Correspondenz aus Rutzau heraufbeschworen wurden, in der über die Zunahme der Lepra, speciell am Pappensee, Klage geführt wurde, constituierte sich auf directe Initiative des libauschen Vertrauensmannes der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland, Herrn Ed. Ulich, im März dieses Jahres ein „Libausches Comitee zur Bekämpfung der Lepra" [1]), das unter Vorsitz des Wirkl. Staatsrats A. Wohlgemuth aus angesehenen Vertretern der verschiedenen in Libau ansässigen Nationalitäten sich zusammensetzt und dessen Endziel neben der Aufklärung der Bevölkerung durch Wort und Schrift über die Bedeutung und Verbreitungsart der Krankheit die Begründung und der Unterhalt einer Lepracolonie in einem der Kronswälder zwischen Libau und Rutzau ist. Wie sehr das neubegründete Comitee vom Interesse und von der Sympathie des grossen Publicums getragen wird, beweisen die zahlreichen neuen Mitglieder

[1]) Diese Comitee dürfte sich in nächster Zeit zu einer «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Süd-Kurland» erweitern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und die hochherzige Spende einer Dame, die ungenannt bleiben will, die allein unserm Lepracomitee 2000 Rbl. zur Verfügung gestellt hat, welches Capital jedoch laut Bestimmung der Spenderin als unantastbarer Baufond für ein Leprosorium im Grobinschen Kreise festgesetzt ist.

Die Gründung eines Lepraheims bei bereits bestehenden 4 Asylen in Kurland, die mitunter auch freie Plätze aufweisen, erscheint Fernstehenden gewiss für mindestens überflüssig. Bedenkt man aber, wie schwer es oft fällt, beim Fehlen eines Isolierungszwangsgesetzes die meist unintelligenten Kranken zu einem Transport nach einem weitergelegenen Lepraheim zu bewegen, da nach ihren Begriffen ein Abschub nach Talsen oder Tuckum einer Verschickung nach Sibirien gleichkommt, dann wird man mir zugeben, dass ein im Kreise Grobin gelegenes Leprosorium für die Aussätzigen dieses Kreises und vor allem auch für die Allgemeinheit ein Segen sein würde. Ich könnte auch Interessenten Briefe zur Einsicht stellen, die ich bald nach Bekanntwerden einer eventuellen Gründung eines Leprosoriums im Grobinschen Kreise, von Insassen anderer, auch in Kurland gelegenen Leprosorien erhielt, mit dem dringenden Ersuchen, sie möglichst bald nach ihrer „Heimat“ überführen zu wollen; wozu sie als aus dem Grobinschen stammend berechtigten Anspruch erheben zu dürfen glauben. Ich kann überhaupt aus Erfahrung bestätigen, dass Lepröse sich weit eher entschliessen, ein nahegelegenes Asyl aufzusuchen, in welchem sie die Ihrigen öfters zu kurzem Besuch empfangen und von wo aus sie sogar in dazu geeigneten Fällen kurzbemessene „Ausflüge“ zu Freunden und Verwandten machen können, als in entfernteren, wenn auch in demselben Gouvernement gelegenen Leprosorien Aufenthalt zu nehmen. So führte auch Neisser auf dem Berliner Dermatologen-Congress aus, dass, wenn auch überall ein Daueraufenthalt der Kranken in den Asylen erstrebt werden müsse, Beurlaubungen und zeitweise Entlassungen dabei erwünscht seien. Sie hätten sich als ganz besonders nützlich erwiesen, um den zu Internierenden den Schritt, sich in ein Lepraheim aufnehmen zu lassen, zu erleichtern. Bedenkt man noch weiter, mit welchen Schwierigkeiten ein vorschriftsmässiger Transport eines Leprösen in weitere Ferne vor sich geht und andererseits, welche Gefahr der Allgemeinheit droht, wenn ein unzufriedener Aussätziger, was ja häufig genug vorkommt, das Asyl eigenmächtig verlässt und mit grösseren Zwischenpausen die verhältnismässig weite Reise per Bahn und Wagen ohne jede Vorsichtsmassregel zurücklegt, so wird man wohl einsehen, dass auf diese psychisch, wie prophylactisch gleich wichtige Seite der Isolierungsfrage, in Anbetracht der Unmöglichkeit, auch gemeingefährliche Leprakranke zwangsweise zu internieren, schon im Interesse der Allgemeinheit weitmehr Rücksicht genommen werden müsste, als es bisher bei der Gründung von Leprosorien geschehen ist.

Um wenig oder ganz Uneingeweihten ein ungefähres Bild von der Ausbreitung der Lepra im Kreise Grobin für die letzten 10—15 Jahre zu geben, will ich im Folgenden eine tabellarische Zusammenstellung aller mir persönlich und durch die Liebenswürdigkeit der Herren Collegen mir bekannt gewordenen Fälle geben. Im Uebrigen besteht der Wert derartiger Tabellen auch darin, dass späteren Nachuntersuchern ein willkommener Ausgangspunct für weitere Beobachtungen geboten wird.

Naturgemäss kann man in dieser meiner Arbeit keine erschöpfende und absolut zuverlässige Darstellung der Verbreitung der Lepra im Grobinschen Kreise erwarten, noch können meine kurzen Ausführungen bei meist ambulatorischen Untersuchungen in klinischer oder gar ätiologischer Beziehung ernsteren Anspruch auf höhere Wissenschaftlichkeit erheben. Doch liegt zweifellos das Bedürfnis der Veröffentlichung vor, da gerade in Bezug auf die Lepra des Kreises Grobin eine Lücke im sonst ziemlich geklärten Bilde der kurländischen Lepra auszufüllen ist.

Epikritische Bemerkungen [1]).

Die in vorstehender Tabelle angeführten 46 Leprafälle verteilen sich auf 21 Männer und 25 Weiber. Der Nationalität nach sind Letten 39, darunter 19 Männer und 20 Weiber, Littauer 3 (2 Männer, 1 Weib), 2 Jüdinnen, ausserdem 1 Estin und 1 Französin. Der Geburt nach stammten aus Kurland 41, aus Littauen 3, aus Estland 1, aus Frankreich 1. Von den aus Kurland gebürtigen Fällen gehörten an: dem Grobinschen Kreise 32 Personen und zwar:

Rutzau	14 Fälle:	4 Männer,	10	Weiber
Perkuhnen	6 „	4 „	2	„
Niederbartau	3 „	3 „	0	„
Polangen	2 „	1 Mann,	1	Weib
Illjen	2 „	0 Männer,	2	Weiber,

in Aiswicken, Bernaten, Gaiken, Gawesen und Gross-Essern je 1 Fall.

Aus dem Talsenschen Kreise lebten jedoch seit Jahr und Tag im Grobinschen 2 Männer; aus dem Tuckumschen, seit 18 Jahren in Libau wohnhaft, 1 Frau.

Der Geburtsort der noch übrigbleibenden 5 in Kurland gebürtigen Personen war nicht zu eruieren, doch glaube ich nicht fehl zu gehen, wenn ich auch für sie den Grobinschen Kreis annehme.

Ordnen wir die 46 Fälle nicht nach ihrem Geburtsorte, sondern nach ihrem Wohnorte zur Zeit ihrer Erkrankung, so finden wir, dass 17 Fälle in Libau erkrankten, wenigstens sollen die Betreffenden nach ihren eignen Angaben seit 5—25 Jahren in Libau ansässig gewesen sein und daselbst die ersten Symptome bemerkt haben, — womit noch allerdings nicht gesagt ist, dass die Infection auch in Libau erfolgt sein muss.

Die aus Littauen stammenden 3 Fälle sind in Kurland nach sehr langem Aufenthalte daselbst erkrankt, 2 davon in Libau (Fall 11 und 12).

In den Fällen, in denen der genauere Erkrankungsort nicht zu bestimmen war, ist derselbe jedenfalls im Grobinschen Kreise belegen.

Von den Ehegenossen war meines Wissens mit Ausnahme eines Ehepaares (Nr. 11 und 12), von denen zuerst die Frau und ein paar Jahre später der Mann erkrankte, stets nur der eine Teil afficiert — trotz mitunter langjähriger Ehedauer. Soweit zu eruieren war, bleiben sämtliche Kinder, wenigstens im Verlaufe des ersten Lebensjahrzehnts von der Krankheit verschont. Dagegen waren nachweisbar in mehreren Fällen die Eltern und Geschwister der Patienten zweifellos leprös.

Dem Alter nach standen von den in der Beziehung bekannten 36 Fällen drei im 10—20, sechs im 20—30, fünf im 30—40, neun im 40—50, elf im 50—60 und zwei im 60—65 Lebensjahre.

Was die Krankheitsform betrifft, so habe ich in den der amtlichen Quelle entnommenen ca. 10 Fällen keine Angaben hierüber finden können, wohl aber sind in meinen und den mir liebenswürdigst überlassenen Krankheitsfällen genaue Daten vorhanden. Dabei stellt sich heraus, dass die Hälfte maculo-anästhetisch ist, während vor 5 Jahren die maculo-anästhetische Form vorzuherrschen schien. Doch konnte man sowohl damals, als auch jetzt einzelne Fälle als Lepra mixta bezeichnen, — wie überhaupt unsere dermalige Einteilung der Lepra in zwei, bezw. drei Formen in der Tat nicht dem zu entsprechen scheint, was wir in der Natur beobachten. Das

[1]) In den nachfolgenden Ausführungen will ich mich teilweise an Chomse halten: «Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands, speciell in Kurland», Mitau 1887.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Laufende №	Name *).	Heimatsort.	Beobachtungsjahr.	Alter.	Form der Krankheit.	Bemerkungen.
1	Katherine N.	Rutzau	1893	33	tuberös	
2	Hans D.	Perkuhnen	1893	44	tuberös	
3	Frau R.	Rutzau	1893	45	tuberös	
4	Peter K.	Dorbiani	1893	45	tuberös	seit vielen Jahren im Grobinschen ansässig, wo auch angeblich erkrankt.
5	Katherine P.	Perkuhnen	1893	50	tubero-maculös	
6	Fritz B.	Gaiken	1896	24	tuberös	Bacillen positiv, seit vielen Jahren in Libau wohnhaft, wo auch erkrankt.
7	Madde P.	Perkuhnen	1898	53	maculo-anästhetisch	
8	N. N.	Kreis Grobin	1899	22	maculös	wegen Lepra aus dem Militärdienst entlassen demonstriert im Aerzte-Verein (Kreisarzt Dr. Mauring).
9	Frau F.	Libau	1899	25	tuberös	Bacillen positiv, soll im Erwahlenschen Leprosorium sich befinden.
10	Schore Th.	Tuckum	1899	48	tuberös	seit 18 Jahren in Libau, wo auch erkrankt. Mann trotz langjähriger Ehe gesund.
11	Frau A.	Kownosches Gouv.	1900	54	maculo-anästhetisch	seit mehr als 20 Jahren in Libau, wo auch erkrankt †.
12	Mann A.	Kownosches Gouv.	1902	58	maculo-tuberös	seit mehr als 20 Jahren in Libau, Mann der Vorigen. Wächter am alten Zollhause †.
13	Jacob W.	Kreis Grobin	1900	52	tuberös	fast universelle Knotenbildung, Bacillen positiv, seit vielen Jahren in Libau.
14	Katherine G.	Gawesen	1901	48	maculo-anästhetisch	
15	N. N.	bei Grobin	1901	40	maculo-anästhetisch	seit vielen Jahren in Libau.
16	Frau Kr.	Bernaten	1901	45	maculo-anästhetisch	
17	Frau K.	Rutzau	1901	45	maculös	der Fall ist scheinbar in den ersten Anfängen und diagnostisch etwas zweifelhaft.
18	N. N.	Illjen	1902	31	maculo-anästhetisch	seit vielen Jahren in Libau.
19	Jacob D.	Perkuhnen	1904	60	tuberös	taubstumm, Bruder von Nr. 2.
20	Katherine P.	Rutzau	1903	40	tuberös	seit 8 Jahren in Libau, Knötchen an der Cornealgrenze.
21	Dabar R.	Perkuhnen	1903	62	tubero-maculös	eine Tochter soll gleichfalls an Lepra erkrankt sein.
22	Madde D.	Aiswicken	1903	45	maculös	seit 25 Jahren in Libau.
23	Peter Sp.	Perkuhnen	1904	50	tuberös	sehr schwere Erkankung, typischer Gesichtsausdruck, von Brauen und Wimpern keine Spur.
24	Jahn Ess.	Rutzau	1904	17	maculo-anästhetisch	in Libau seit 1898, erkrankt 1901. Enorme vitiliginöse Flecken, Brandwunden, hochgradige Anästhesie.
25	Andrei R.	Nieder-Bartau	1904	50	maculo-anästhetisch	erkrankt vor $1^1/_2$ Jahren.
26	Kerste D.	Rutzau	1904	37	tuberös	seit 12 Jahren in Libau.
27	Fritz D.	Talsen	1904	18	maculo-anästhetisch	zahlreiche pemphigoide Blasen.
28	Ewald D.	Talsen				amtliche Quelle, vermutlich Bruder des Vorigen.
29	Marie B.	Illjen	1904	50	tuberös	Erkrankungsjahr 1902.
30	Antonie P.	Gross-Essern	1904	27	tubero-maculös	1895 nach Murawjewo verzogen, seit 1898 in Libau.
31	Barbara S.	Rutzau	1904			amtliche Quelle.

*) Soweit mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis vereinbar, bin ich bereit, Interessenten die genauen Namen zu nennen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laufende №	Name.	Heimatsort.	Beobachtungsjahr.	Alter.	Form der Krankheit.	Bemerkungen.
32	Anna K.	Rutzau	1904			amtliche Quelle.
33	Wiu M.	Estland	1906	25	maculo-anästhetisch	seit mehreren Jahren in Libau.
34	Anna T.	Rutzau	1906	34		vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
35	Katherine L.	Rutzau	1906	50		vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
36	Jurre T.	Rutzau	1907	16	tuberös	vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
37	Tom St.	Rutzau	1907	30	tuberös	vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
38	Jahnis V.	Rutzau	1907	28	maculo-anästhetisch	vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
39	Anna T.	Rutzau	1907	50	maculo-anästhetisch	vom Gemeindearzt Dr. Stanchen auf Wunsch mir mitgeteilt.
40	Andreas R.	Nieder-Bartau				im Gesinde Kjunke. Dieser, wie der nächste Fall, sind mir auf Wunsch vom Gemeindearzt ohne nähere Angaben mitgeteilt.
41	Andreas Sch.	Nieder-Bartau (in Häuselerei Schua)				
42	Karl F.		1907			in Libau constatiert, auf Veranlassung des Stadtamtes nach Erwahlen abgeschoben.
43	Nicolai P.	Polangen				amtliche Quelle.
44	Petronella J.	Polangen				amtliche Quelle.
45	Frau Sch.	Schweiz	1904		tubero-maculös	hat 2 Sommer vor der Erkrankung in Rutzau gelebt. Von Beruf Lehrerin der franz. Sprache, hat Unterricht in vielen Häusern erteilt. Bacillen positiv. Wurde ins Leprosorium bei Riga geschickt, soll dasselbe inzwischen verlassen haben.
46	N. N.	Kreis Grobin	1907—1908		tuberös	von Dr. Brehm, Dr. Zoepfel und mir auf der Strasse in Libau (Weidenstr.) als zweifellos leprös erkannt, scheinbar Wäscherin. Nähere Adresse nicht zu eruieren.

Krankheitsbild der Lepra ist in jedem Falle und zu verschiedenen Zeiten ein verschiedenes. Der Patient, den wir heute als tuberös bezeichnen, bietet nach wenigen Jahren schon die Erscheinungen der Lepra mixta und später wieder die der Lepra anästhetica [1]). Die Wahrheit des ersten Teiles dieses Ausspruches habe ich mehrfach bestätigen können, dagegen will ich es erfahreneren Leprologen zu entscheiden überlassen, ob Klingmüller [2]), mit seiner Ansicht, dass viele sogenannte anästhetische Lepröse späterhin tuberös werden, Recht hat, oder ob Hansen und Glück mit ihrer Behauptung, dass fast jeder tuberös Lepröse mit der Zeit, wenn er nur lange genug lebt, anästhetisch würde, das Richtige treffen. Besonders erwähnen möchte ich noch von meinen Fällen (Nr. 5 und 7), von denen ich Fall Nr. 5 elf Jahre nach der ersten Untersuchung auf Wunsch des Gemeindearztes wieder einer Controllbesichtigung unterziehen konnte, Fall Nr. 7. 6 Jahre nach der ersten Untersuchung.

1893 stellte ich bei der Katherine P. (Nr. 5) fest, dass das Gesicht frei sei, dagegen Brust, Rücken und Unterextremitäten flache, knotige Infiltrationen aufwiesen, von denen einzelne auf dem rechten Fusse ulceriert waren. Anästhesie wenig ausgesprochen. 1904: weissglänzende, leichtfaltige Narben, an deren Peripherie vereinzelte, kleinste, braunrote Knötchen sitzen, keine Infiltrationen. Die Erkrankung scheint sichtlich im Rückgange begriffen zu sein. Patientin soll sich in ihrem Heimatsorte mit Geburtshilfe beschäftigen.

Bei der Madde P. (Nr. 7) fanden sich an Stelle der kleinen anästhetischen Flecken von 1898 bei der Besichtigung im Jahre 1904 auf beiden Oberextremitäten grössere blasse anästhetische Flecken mit stark hyperrämischem Rande, ein ebensolcher oberhalb des Nabels, die Finger der linken Hand in Contractur, an den Ellenbogen kleinere Hautdefecte, am rechten Unterschenkel stark dunkelpigmentierte Stellen von Handtellergrösse, ebenso pigmentierte kleinere Maculae zerstreut auf den Unterextremitäten. Zehen des rechten Fusses verstümmelt. Gesichtscyanose. Im Gegensatz zum vorigen tuberösen Falle, hat dieser maculo-anästhetische innerhalb der 6 Jahre grosse Fortschritte gemacht.

Sonstige beachtenswerte Facta sind unter der Rubrik „Bemerkungen" nachzulesen.

Dem Berufe nach waren fast alle meine Patienten Ackerbauer, Fischer oder kleine Krämer. Somit bestätigen auch meine Beobachtungen die alte Wahrheit, dass die Lepra sich vorherrschend in den unteren Classen der Bevölkerung ausbreitet, wenngleich in letzter Zeit auch

[1]) Glück: Protocolle des V. internat. Dermatologen-Congresses. Berlin. 1904.

[2]) Klingmüller: Protocolle des V. internat. Dermatologen-Congresses. Berlin. 1904.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fälle von Uebertragung auf Menschen in besser situierter Lebenslage nicht mehr vereinzelt beobachtet werden (conf. Nr. 45 meiner Tabelle). Ein jeder Lepröse bildet eben, wie schon auf dem I Lepracongress als These festgestellt wurde, eine Gefahr für seine Umgebung, diese Gefahr wächst, je inniger und länger andauernd die Beziehungen des Kranken zu seiner gesunden Umgebung sind und je schlechter die sanitären Verhältnisse, unter denen sie sich abspielen. Daher bedeutet ganz besonders unter der ärmsten Bevölkerung jeder Lepröse eine stete Gefahr der Uebertragung für seine Familie und seine Arbeitsgenossenschaft [1]). Bei meiner in obiger Tabelle zusammengestellten stattlichen Zahl, die natürlich der Wirklichkeit noch lange nicht entspricht, von beinahe 50 Leprösen, von denen selbstredend ein Teil inzwischen verstorben oder in Leprosorien untergebracht ist, wobei der Nachwuchs leider nichts zu wünschen übrig lassen dürfte, kann man von der Lepra des Grobinschen Kreises als von einer im Ganzen seltenen Erscheinung ebenso wenig sprechen, wie die relative Häufigkeit derselben in Abrede stellen, wenn man nicht der Wahrheit Gewalt antun will. Ferner ist aus meiner Tabelle zu ersehen, wie berechtigt ich, besonders im Herbst 1904 war, von einer wirklichen Zunahme der Lepra zu sprechen, da mir gerade in den Jahren 1903 und 1904 eine erschreckend grosse Zahl von Leprösen bekannt wurde (14 Fälle). Dabei wäre es aber verfehlt, mit Sicherheit annehmen zu wollen, dass die Lepra zur Zeit in Abnahme begriffen sei, weil laut Tabelle in den letzten Jahren (die Tabelle läuft bis zum Jahre 1907 incl.) etwas weniger Fälle verzeichnet sind. Es kann die Erklärung ungezwungen darin zu suchen sein, dass die Landbevölkerung, durch die Lectüre der lettischen Tagespresse, die sich in letzter Zeit in bester Absicht vielfach mit der Lepra und der Isolierungsfrage beschäftigt, aufgeschreckt, jetzt erst recht ihre erkrankten Angehörigen von jeder ärztlichen Berührung, wie Gemeindeärzten und ganz besonders Dermatologen fernhalten.

Will man ein zuverlässiges Urteil über die notorische Ausbreitung der Lepra im Grobinschen Kreise erlangen so muss sie auch bei uns in ihren eigenen Schlupfwinkeln aufgesucht werden, — wir müssen eben den Feind, wie auch Raphael [2]) richtig ausführt, in seiner eigenen Behausung aufsuchen und nicht warten, bis er uns auf den Leib rückt.

Wie das zu geschehen hat, will ich zur empfehlenswerthen Nachahmung ein Beispiel anführen. Vor etwa 10 Jahren wurde, wie Prof. Kirchner [3]) berichtet, der Kreisphysicus des Kreises Memel, Dr. Urbanowitz, zu einem bacteriologischen Cursus ins Berliner Institut für Infectionskrankheiten herangezogen, um die Diagnose der Lepra zu erlernen und mit der sorgfältigen Durchsuchung des Kreises beauftragt, wobei er laut ministeriellem Auftrage, jährlich zweimal den Kreis bereisen und alle Angehörigen der lebenden und inzwischen verstorbenen Leprösen auf Lepra zu untersuchen hatte [4]). Von welcher Bedeutung es demnach ist, auch eventuell inzwischen verstorbene Lepröse in eine wissenschaftlich geführte Lepraliste aufzunehmen, könnten bei dieser Gelegenheit gewisse beamtete Aerzte lernen, die da verständnislos gleich bei der Hand sind, in solch' einem Falle von „toten Seelen" zu sprechen.

Ja, man sucht durch Nachfrage bei den Gemeindevorstehern, durch Einsichtnahme in die Kirchenbücher und auf jede andere mögliche Weise die früheren Leprafälle noch nachträglich festzustellen, um über den Beginn und den Umfang einer Lepraendemie zuverlässig unterrichtet zu sein, — falls überhaupt der ernstliche Wunsch vorliegt, der wahren Ausbreitung des Aussatzes in einem lepraverdächtigen Kreise auf den Grund zu kommen. Solange nicht ernstere Schritte auch im Grobinschen Kreise zur Bekämpfung der Lepra getan werden, kann ich mich der von Prof. Kirchner ausgesprochenen Hoffnung nur in sofern anschliessen, als man in Deutschland mit der Bekämpfung des Aussatzes zwar auf dem richtigen Wege sei, nicht aber, dass in absehbarer Zeit die Lepra dortselbst als getilgt betrachtet werden könnte. Solange Aussatzherde im Kreise Grobin bestehen, droht dem deutschen Leprakreise Memel bei dem regen Grenzverkehr nach wie vor grosse Gefährdung. Die Krankheitskeime der Lepra werden bekanntlich schon lange vorher im menschlichen Organismus beherbergt, bevor sie greifbare Symptome zeitigen. In dieser Jahre und Jahrzehnte sich hinziehenden Zwischenzeit kann bei enger häuslicher Gemeinschaft (Dehio) so manche Neuinfection sich ereignen, die erst nach Jahr und Tag durch merkliche Symptome sich kundgibt, wobei natürlich bestehende Nachbarherde bei dieser Weiterverschleppung eine grosse Rolle spielen.

Nur wenn, wie auch Blaschko auf dem Berliner Congresse ausführte, im Kreise Grobin gleichfalls durchgreifende, prophylactische Massnahmen ergriffen werden, welche die auf deutscher Seite getroffenen Massregeln in wirksamer Weise unterstützen, könnte man eine radicale Ausrottung der Lepra an der russisch-deutschen Grenze erhoffen.

[1]) Protocolle der I Lepra-Conferenz. Berlin 1897.

[2]) A. Raphael. Statistisches über die Lepra in Kurland, St. Petersb medicin. Wochenschrift Nr. 38. 1908.

[3]) V. internal. Dermatologen-Congress, Protocolle.

[4]) Neisser, V. internat. Dermatologen-Congress, Protocolle.

Referate.

König: Ueber die v. Pirquetsche cutane Tuberculinimpfung und die Ophthalmoreaction bei lupösen Erkrankungen. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXXXIX. — 1908.

K. berichtet über 20 Impfungen bei Lupösen aus der Doutrelepontschen Klinik mit Alttuberculin. In allen Fällen trat Reaction von wechselnder Stärke ein. Schwerkranke reagierten stärker als leichte Erkrankungen. Bei 7 Impfungen bei anderen Krankheiten wurde 5 Mal eine positive Reaction erzielt. Impfung im tuberculösen Gewebe ist von stärkerer Reaction begleitet, als in gesundem Gewebe. Histologisch fand K. an den geimpften Stellen Entzündung vorwiegend im Subcutangewebe und um die Anhangsgebilde, hier und da tuberkelähnlichen Bau. Schliesslich wurde in 9 Fällen von Lupus die Ophtalmoreaction angestellt, die 5 Mal positiv ausfiel.

Jungmann: Indicationen der Lupustherapie nach ihrem gegenwärtigen Stande. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXXXVII—1907.

Während Finsen, Röntgen, Radium und die Aetzmethoden nur ganz kurze Berücksichtigung finden, schildert Jungmann in ausführlichen Darlegungen das von Lang in ausgezeichneter Weise technisch durchgebildete operativplastische Verfahren. Die Thiersch-Deckung wird, wo angängig, zweckmässigerweise durch Lappenplastik ersetzt. An zahlreichen illustrierten Fällen wird über mit dieser Methode erzielte Erfolge berichtet.

J. Lichtmann (Cöln).

Lahnstein: Ueber die Leistungsfähigkeit der Irrigationsendoskopie bei chronischer Urethritis. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1909. Nr. 10—11.

Die ausführliche Arbeit, die sich auf ein Untersuchungsmaterial von 260 Beobachtungen stützt, gibt eine genaue Beschreibung all der zahlreichen Einzelheiten und verschiedenen Bildungen in dem vorderen und hinteren Teil der Harnröhre, die mit dem Goldschmidtschen Urethroskop wahrzunehmen sind. Verf. untersuchte in der Pars posterior ausschliesslich mit demjenigen der Goldschmidtschen Instrumente, bei welchem die Lichtquelle senkrecht über der zu untersuchenden Partie gelegen ist. Er gibt dieser Anordnung entschieden den Vorzug vor der anderen, bei der die

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lichtquelle hinter dem für die Betrachtung freiliegenden Abschnitte des Instruments angebracht ist. Ueber den Wert der Methode kommt der Autor zu folgenden Resume: «Die durch Goldschmidt geschaffene Irrigationsurethroskopie bedeutet eine wertvolle Bereicherung der endoskopischen Untersuchungsmethoden der Harnröhre. Sie vermittelt eine einwandfreie topographische Uebersicht der Pars posterior urethrae und der an diese angrenzenden proximalen und distalen Nachbarabschnitte. Insbesondere ermöglicht sie den Nachweis auch kleiner über die Oberfläche der Schleimhaut hinausragender Wucherungen und Zottenbildungen, sowie circumscripter Infiltrate, letztere durch die leichte Erkennungsmöglichkeit des von ihnen abgesonderten katarrhalischen Secrets. Für die Endoskopie der Pars anterior stellt sie eine wertvolle Ergänzung der bisherigen endoskopischen Methoden dar, indem sie auch geringe Niveauunterschiede der Oberfläche sichtbar macht. Feinere Einzelheiten der Oberflächenveränderung, insbesondere solche, welche sich bei Tiefeninfiltraten finden, vermag sie jedoch nicht so klar zur Anschauung zu bringen, wie die bisherigen endoskopischen Untersuchungsmethoden.

Lichtmann.

Bücherbesprechung.

Prof. Dr. Paul Ostmann: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende. Mit 100 Abbildungen, 43 Kurven und 51 Hörreliefs. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1909. Preis M. 18.

«Ein Lehrbuch soll lehren, Rat erteilen und zu eigener Arbeit anregen». Diese Aufgabe hat dem Verfasser bei der Abfassung des Buches vorgeschwebt und ist in seinem Werke in hohem Grade erfüllt. Dank seiner reichen eigenen Erfahrung und vorzüglichem Lehrtalent hat es Verfasser verstanden, ein wirkliches Lehrbuch der Ohrenheilkunde zu schaffen, welches das ganze Gebiet der Otologie nach dem heutigen Stand der Wissenschaft in klarer und erschöpfender Form darlegt. Im allgemeinen Teile werden zunächst die verschiedenen Untersuchungsmethoden des Gehörorgans, seine functionelle Prüfung, allgemeine Symptomatologie und Therapie bei Erkrankungen des schallleitenden und schallempfindenden Apparates ausführlich besprochen. In diesem Teile hat auch die Operationslehre Aufnahme gefunden, wodurch eine geschlossene Bearbeitung des zweiten Abschnittes, des speciellen Teiles, ermöglicht wurde. Die Darstellung der verschiedenen Krankheitsformen des äusseren, mittleren und inneren Ohres und ihrer Complicationen ist eine überaus klare, übersichtliche und stellenweise geradezu meisterhafte. Ein besonderer Abschnitt, etwa 70 Seiten, ist den Erkrankungen des Gehörorgans bei den Allgemeinerkrankungen gewidmet. Hochinteressant sind fernerhin die Seelenstörungen infolge von Ohrerkrankungen, die in den Lehrbüchern für Ohrenheilkunde nur selten berücksichtigt werden. Es folgen darauf die Gewerbe- und Berufskrankheiten des Ohres, seine Schädigungen durch Intoxicationen etc. etc., worauf wir hier nicht näher eingehen können.

Ostmanns Werk ist ein vorzügliches Lehrbuch der Ohrenheilkunde, das dem practischen Aerzte hiermit angelegentlich empfohlen sei. Bei der sehr guten Ausstattung und einem Umfange von 533 Seiten ist sein Preis ein sehr mässiger.

A. Sacher.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

(Fortsetzung).

Der objective Befund vor ungefähr 1½ Monaten—am 5/II. a. c. sah ich Patientin zum ersten Male—ist ebenso wie jetzt, abgesehen von dem wechselnden Verhalten, ob Krisen oder Intervall, folgender: Mangelhaft ernährte Frau. Sie hat eine ganz leichte Vergrösserung der inguinalen, cubitalen und cervicalen Drüsen. Lungen O. B. Die Zahl der Pulse während des Anfalles und ausserhalb derselben differiert nicht wesentlich. Herz: Spitzenstoss in der construierten Mammillarlinie im V. Intercostalraume; nach rechts absolute Dämpfung fast bis zur Medianlinie reichend. An der Spitze präsystolisches Geräusch, I Ton verstärkt. Ueber dem ganzen Herzen diastolischer Ton gespalten. Puls klein, ca. 65 in der Minute. Also wohl Mitralstenose. Dieser Befund interessiert uns hier nicht weiter, abgesehen davon, dass wir hier eine Coincidenz von Tabes und Herzklappenfehler (und zwar Mitralfehler), wobei in der Anamnese Gelenkrheumatismus nicht vorzuliegen scheint, constatieren. Das Herz befindet sich im Stadium der Compensation. An den Brachialarterien keine deutlichen Veränderungen im Sinne der Arteriosclerose gefunden. An den Abdominalorganen constatieren wir eine rechtsseitige, sehr bewegliche Niere, eine Wanderniere; sonst noch eine ausgesprochene Gastroptose. Nach Brausepulver steht die obere Magengrenze ca. 2. Querfinger über Nabelhöhe, die untere Magengrenze ungefähr 4 Querfinger unter dem Nabel. An diesen selben Partien konnte ein anderes Mal Plätschern nachgewiesen werden. Untersuchungen des Mageninhaltes führte ich während und ausserhalb des Anfalles aus und zwar am 7/II während des Anfalles, wobei sich am Morgen früh auf nüchternen Magen derselbe als leer erwies; das Spülwasser zeigte keine freie HCL, nur ganz schwach saure Reaction, keine Speisereste. Am selben Tage wurde darauf ein Ewald—Boassches Probefrühstück verabfolgt, dessen Untersuchung keinerlei Besonderheiten ergab, nämlich normalen Schichtungsquotienten, nicht vermehrten Schleim, kein Blut, keinen schlechten Geruch, A = 55, Reaction auf freie HCL in normaler Stärke positiv. Ausserhalb des Anfalles im Intervalle untersuchte ich heute den Mageninhalt, wobei der nüchterne Magen genau ebensowenig Abweichungen von der Norm zeigte, wie bei der Untersuchung am 7/II. Eine darauf heute vorgenommene Expression nach dem Probefrühstück zeigte auch einen ähnlichen Befund, wie am 7/II. nur dass A=40 war. Die HCL—Reaction war auch heute ausgesprochen positiv. Eine Harn-Untersuchung von heute zeigte normales Verhalten. Der Harn ist klar, Spec. Gew.—1011, ausgesprochen sauer, kein Eiweiss, kein Zucker.— Die Untersuchung des Nervensystems an verschiedenen Tagen seit dem 5/II zeigt ausser dem Verhalten der Magensymptome annähernd das gleiche Resultat: Keine Atrophie der Muskulatur; rohe Kraft der Muskulatur nicht sehr wesentlich geschwächt, jedoch leichte Ermüdbarkeit der Beine; anscheinend schon eine Andeutung von atactischem Gange; auch vermag das linke Bein nur einen schlechten Kreis zu beschreiben. Die Arme zeigen keine Ataxie. Romberg ist ausgesprochen positiv. Von sensiblen subjectiven Erscheinungen finden sich ausser denen durch die Krisen bedingten noch lancinierende Schmerzen in den Beinen (schon seit Jahren), schiessende Schmerzen in den Armen, Gürtelgefühl. Eine objective Prüfung der Sensibilität zeigt verhältnismässig nicht starke Veränderungen. Der Tastsinn zeigt Abweichungen nur an wenigen umschriebenen Partien am Thorax über dem Epigastrium, indem leichte Berührung hier nicht empfunden wird. Der Ortssinn ist jedenfalls nicht erheblich alteriert; ebenso fanden sich bei Prüfung des Temperatursinnes keine auffallenden Veränderungen. Bei Prüfung des Schmerzsinnes der Haut fanden sich hypalgetische resp. analgetische Partien an den lateralen Flächen der Oberschenkel und an einigen engumschriebenen Partien der medialen Fläche des linken Unterschenkels. Der Patellar-Reflex ist beiderseits erloschen. Der Achillessehnen-Reflex fehlt gleichfalls beiderseits. Der Augenbefund (Dr. Johannson) war am 28/II folgender: Pupillen beiderseits gleich weit, mittelweit (ca. 2 Wochen später war die linke Pupille aber weiter, als die rechte). Rechte Pupille reagiert auf Licht träge, auf Accomodation normal; linke Pupille auf beides nicht. Links Parese des Musculus rectus internus; rechts Parese des internus und superior. Beim Blick in die Ferne und in der Ruhelage der Augen divergieren die Augenaxen und sieht dabei das rechte Auge nach temporalwärts unten. Rechts ist die Parese stärker, als links. Exophthalmus nicht sicher. Opthalmoskopische Untersuchung: Pupillen beiderseits etwas blass. Die Psyche ist nicht in auffallender Weise alteriert. Vor 2 Jahren bestanden Blasenstörungen, die sich später nicht mehr in deutlicher Weise wiederholt haben. Keine Mastdarmstörungen. Keine trophischen Störungen. Eine kahnförmige Einziehung des Leibes während des Anfalles fand sich nicht. Seit 4 Monaten hat Patientin keine Regel, die sich bis dahin regelmässig einstellte. Aber der Uterus hat normale Grösse und normale Lage. Pat. ist also nicht gravid.

Meine Herren! Wir haben also einen zweifellosen Fall von Tabes vor uns und sehen dabei periodisch auftretende Magensymptome. Und daraus ergibt sich auch die Auffassung dieser periodisch auftretenden Magensymptome als gastrische Krisen meiner Ansicht nach von selbst. Denn meiner Ansicht nach ist nicht das Magensymptom oder die Magensymptome an sich charakteristisch für Krisen, sondern die Art des Auftretens, die periodische Art des Auftretens. So stört denn auch das von dem gewöhnlichen Bilde der gastrischen Krisen, die sich ja gewöhnlich als heftige Cardialgie mit Erbrechen äussern, Abweichende in diesem Falle, indem in manchen Anfällen zwar heftiges Erbrechen besteht, aber die heftige Cardialgie fehlt und sich an deren Stelle ein Druckgefühl im Epigastrium setzt, nicht an der Auffassung dieser Attacken als gastrische Krisen. Der Fall erinnert an das Leydensche periodische

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Erbrechen. Einige der von Leyden unter diesem Namen publicierten Fälle waren ja auch nur symptomatische Fälle, nämlich gastrische Krisen bei Tabes. Die Attacken im vorgeführten Falle etwa als Symptom einer Hysterie oder Neurasthenie aufzufassen, ist natürlich ganz und gar nicht angängig, denn wollte man die gezwungene Annahme machen, dass hier die Attacken nicht von der Tabes abhingen und nur zufällig mit derselben coincidierten, so könnte man Attacken mit so ausgesprochener Periodicität doch nicht als neurasthenisches oder hysterisches Symptom auffassen, sondern müsste eben neben der Tabes ein genuines periodisches Erbrechen als selbständige, von der Neurasthenie resp. Hysterie unabhängige Neurose annehmen. Denn das nervöse Erbrechen bei der Neurasthenie oder der Hysterie wird auf die Dauer nicht eine charakteristische, sondern nur eine atypische Periodicität zeigen. Aber es könnte eingewandt werden, dass die Attacken auf reflectorischem Wege, von einem der ptotischen Organe (Magen selbst oder Wanderniere) hervorgerufen würden. Nun, ich meine, dann könnten die Attacken nicht in so charakteristischen Perioden auftreten, nicht so scheinbar unmotiviert beginnen und aufhören. Diese auf reflectorischem Wege hervorgerufenen Attacken würden vielmehr öfters einen Grund zum Auftreten des Anfalles erkennen lassen, die Anfälle könnten zwar auch periodisch auftreten, aber in völlig atypischer Periodicität. Eine Möglichkeit freilich, dass nervöse Attacken ähnlicher Art, die an sich ganz atypisch periodisch auftreten würden, echt typisch periodisch auftreten können, indem sie sich an den Ablauf der Menses halten, hat auf unseren Fall ja keine Anwendung. Wohl aber wäre, wenn keine tabischen Zeichen vorliegen würden, und somit dieses periodisch auftretende Erbrechen als eine genuine Krankheit imponieren würde, die Differentialdiagnose zwischen genuinem periodischem Erbrechen und der Migräne schwierig. Die Migräne kann sich nämlich als Migräne—Aequivalent sehr wohl ähnlich äussern. Um eine neben der Tabes bestehende genuine Migräne oder Migräne—Aequivalent handelt es sich in unserem Falle nicht, denn weder scheinen die Eltern an Migräne gelitten zu haben, noch auch namentlich bestehen die Symptome seit der Jugend. Das periodisch auftretende Erbrechen trat vielmehr erst vor 2 Jahren auf.

(Autoreferat.)

Dr. Ed. Schwarz: Die Ausführungen des Herrn Collegen seien genau diejenigen, die der Neurolog ja so oft zu beobachten Gelegenheit habe; die gastrischen Krisen machten bei Vorhandensein von anderen tabischen Symptomen in der Diagnose keine Schwierigkeiten; wenn solche fehlten und die erste gastrische Krise das erste Symptom der Tabes sei, so kann die Diagnose oft schwer sein. Die Anfälle seien aber, wenn typisch verlaufend, doch auch direct als tabische meist zu erkennen. Doch kämen sehr ähnliche Zustände bei chronischem Alcoholismus vor. Zweimal seien solche vom Referenten beobachtet worden. Der eine Kranke, den Referent bis zum Tode unter Beobachtung hatte, habe 2 oder 3 Mal den tabischen Krisen sehr ähnliche Brechanfälle gehabt, die Tage lang dauerten, es habe sich später beim Kranken keine Tabes entwickelt. Derselbe starb an Tuberculose im Krankenhause.

Dr. v. Engelhardt macht darauf aufmerksam, dass Pal in seinem bekannten Buch über Gefässkrisen angibt, während der Krise erhöhte Gefässspannung bis zu 220 mm. gefunden zu haben. Redner wünscht zu erfahren, ob der Vortragende beim demonstrierten Falle Blutdruckbestimmungen ausgeführt und ob blutdruckerniedrigende Mittel, wie Natrium nitrosum angewandt worden seien.

Dr. O. Stender hält die von Dr. Büttner in seinen referierten Fällen angegebenen periodisch wiederkehrenden Krisen gleichfalls für ein Symptom der Tabes. In den weitaus meisten Fällen sei die Zugehörigkeit zur Tabes nachweisbar. Bei der Diagnosenstellung sei die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis auf Lymphocytose nicht zu unterlassen. Es gebe Fälle von beginnender Tabes, die mit Krisen einhergehen, welche letztere dann lange Zeit das einzige klinische Symptom der Tabes sein können.

Therapeutisch macht Redner auf das neuerdings empfohlene Adrenalin in der Behandlung von tabischen Krisen aufmerksam.

Dr. Ed. Schwarz hat das auf der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte proponierte Adrenalinum muriaticum versucht. In einigen Fällen schien bei den ersten Gaben eine Erleichterung des Zustandes einzutreten; irgend einen wirklichen Erfolg hat er aber nicht gesehen; helfen tue nur Morphium.

Dr. H. Idelsohn weist auf einen Fall. hin, in dem von specialistischer Seite die Diagnose auf eine Tabes gestellt worden war und wo sich dennoch bei der Operation eine narbige Strictur am Pylorus fand (Dr. v. Bergmann).

Dr. J. meint, man könne beim Vorhandensein gastrischer Krisen auch an chirurgische Complicationen denken, wie das der referierte Fall beweise.

Dr. W. Buettner: Dr. Idelsohn möchte ich erwidern, dass in dem von ihm angeführten Falle, bei dem es zur Operation kam, wobei sich eine narbige Pylorusstenose fand, es doch sicher nicht die periodisch wiederkehrenden Magensymptome sein konnten, die auf ein Ulcus hindeuteten. Im Gegenteile, richtig periodisch auftretende Magensymptome weisen mit so grosser Wahrscheinlichkeit auf eine nervöse Basis derselben hin, dass dieses periodische Auftreten im Allgemeinen eine Contraindication zu operativen Eingriffen abgeben wird. Allerdings wird man sich ja vorstellen können, dass periodisch auftretende Magensymptome, z. B. die periodische Hypersecretion, namentlich wenn sie sich in langdauernden Anfällen abspielen sollte, ein Ulcus secundär hervorrufen könnte. Dann wird man ausser den von der ursprünglichen periodischen Hypersecretion hervorgerufenen Symptomen andere, nämlich Ulcus-Symptome, wie z. B. continuierlichen Magensaftfluss und andere continuierlich und dauernd auftretende Symptome erwarten dürfen. (Oder das secundär gebildete Ulcus würde latent verlaufen, in welchem Falle es aber nicht zu diagnostizieren wäre). Ob solches in dem vom Collegen Jdelsohn angeführten Falle zutraf, führte der College nicht aus. Oder es könnte zweitens neben der periodischen Hypersecretion, unabhängig und nicht von dieser hervorgerufen, ein Ulcus bestehen. Das Ulcus wird aber in solchem Falle nicht der Grund für das echt periodisch auftretende Erbrechen oder für die periodisch auftretende Hypersecretion sein. Diese werden vielmehr ihre eigene Aetiologie haben und das Ulcus wird nur die Rolle als befördernde und als Gelegenheits-Ursache zur Auslösung des Auftretens der echt periodischen Magensymptome spielen.

An die Bemerkung Dr. Stenders anknüpfend möchte ich bemerken, dass in zweifelhaften Fällen, ob es sich um Tabes-Symptom oder genuine periodische Magenneurose handelt, die Wassermannsche Serum-Reaction ganz besonders geeignet erscheinen würde, die Frage zu lösen.

Die von Dr. v. Engelhardt erwähnte Monographie Pals «Gefässkrisen» ist mir bekannt. Soviel mir erinnerlich ist, hat Pal nicht in allen Fällen von gastrischen Krisen erhöhte Gefäss-Spannung gefunden. In meinem Falle habe ich keine instrumentelle Blutdruckmessung vorgenommen. Der Radialpuls war klein, leicht unterdrückbar. Es lag ja gleichzeitig Mitralstenose vor.

(Autoreferat.)

Dr. A. v. z. Mühlen: Ein Fall von Oesteomyelitis des Schädelknochens im Anschluss an Stirnhöhleneiterung, sowie Einiges zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterungen. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Dr. R. von Rimscha: Indicationen zur operativen Eröffnung der chronischen Stirnhöhlenentzündungen.

Dr. v. Rimscha demonstriert 2 Pat., die er chron. Stirnhöhlenempyeme wegen nach Killian operiert hat. Bei beiden Pat. ist die Operation wegen heftiger Kopfschmerzen, fester Nase mit Eiterungen aus der Nase gemacht worden. Die eine Pat. war vorher 9 Wochen stationär von einem Collegen behandelt worden, in welcher Zeit Schwellungen des oberen Augenlides und derselben Gesichtsseite allmählich zurückgingen, während d. Kopfschmerzen bestehen blieben. Nach der Operation sind beide Pat. von ihren Beschwerden vollkommen befreit und fühlen sich gesund. Bei dem zweiten Pat. ist ein auffälliger Wechsel der Gemütsstimmung zu verzeichnen, sein finsteres Wesen ist gewichen, worauf die pflegende Schwester des Diakonissenhauses aufmerksam machte, ohne danach gefragt zu werden. Bei beiden Pat. ist der kosmetische Effect der Operation vorzüglich. Die Spuren der Operation sind nur bei genauerer Besichtigung bemerkbar.

Dr. v. Rimscha hält darauf seinen angekündigten Vortrag: «Die Indicationen zur operativen Eröffnung der chron. Stirnhöhlenentzündungen».

Vortragender führt aus, dass erst, seitdem Killian seine Operationsmethode angegeben hat, die Indicationen zur operativen Eröffnung der chron. Stirnhöhlenentzündungen wesentlich erweitert worden sind. Alle früheren Methoden — erwähnt seien nur die von Kuhnt und Jansen — haben nicht befriedigt. Die Riedelsche Methode gibt vorzügliche Heilungsresultate, doch scheussliche Entstellungen. Nachdem Vortrag. kurz die Killiansche Methode geschildert, referiert er über seine an 11 nach dieser Methode operierten Fällen gemachten Erfahrungen. Hinsichtlich der Entstellung hat sich die Methode vorzüglich bewährt. Selbst bei sehr grossen Stirnhöhlen, wo man mit dem Schnitt in d. Augenbraue nicht auskommt, ist der kosmetische Effect zufriedenstellend, bei kleinen und mittelgrossen Höhlen vorzüglich. Hinsichtlich der Heilung möchte Vortrag. ein abschliessendes Urteil noch nicht fällen, doch sind alle Pat. von ihren Beschwerden vollkommen befreit; auch das objective Resultat ist zufriedenstellend.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auf 2 Gefahren weist Vortrag. hin, die durch die Verletzung der lamina cribrosa zu befürchtende Meningitis und das durch die Ablösung der Sehne event. entstehende Doppeltsehen. Obschon Vortrag. an seinen 11 Fällen kein Mal Meningitis und nur einmal vorübergehendes Doppeltsehen erlebt hat, glaubt Vortragender dennoch dieser Gefahren wegen auf den Ernst der Operation hinweisen zu müssen. Der ganze Eingriff muss als gross bezeichnet werden, doch ist die Operation gut vertragen worden; die Beschwerden sind sehr geringfügig gewesen. Vortrag. präcisiert seine Stellungnahme zur Behandlung resp. operativen Eröffnung von chron. Stirnhöhlenentzündung in folgenden Sätzen:

1. Jede chron. Stirnhöhlenentzündung ist keine ungefährliche Erkrankung und muss daher unter ständiger Controlle des Arztes stehen.
2. Die einzige Aufgabe der endonasalen Behandlung besteht darin, dass für freien Abfluss aus der Stirnhöhle in die Nase gesorgt wird, was durch Beseitigung von Polypen und Schwellungen resp. hohe Amputation des vorderen Endes der mittleren Muschel geschehen und wodurch bei der günstigen anatomischen Lage der Stirnhöhle mit der Ausflussöffnung am tiefsten Punct eine Ausheilung zustande kommen kann.
3. Spülungen resp. Aetzungen bei Stirnhöhlenentzündungen sind zwecklos, eine Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus zu verwerfen.
4. Ist ein freier Abfluss aus der Stirnhöhle in d. Nase einer engen Nase wegen nicht herstellbar oder hören trotz freien Abflusses die Beschwerden der Pat. nicht auf resp. wird dieser freie Abfluss durch Polypenneubildung immer wieder verlegt, so ist die operative Eröffnung indiciert.
5. In vielen Fällen wird man gern die Entscheidung zur Operation den Pat. selbst überlassen, nachdem man ihn über den Ernst der Operation orientiert hat.
6. Von allen Operationsmethoden ist die Killiansche die beste, es sei denn, dass grosse Zerstörungen uns zur Riedelschen Radicaloperation zwingen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung vom 1. April 1909.

Anwesend 34 Mitglieder.

Eingelaufen ein von der Geschäftsstelle des Keppler-Bundes ausgegebenen Blattes — den Fall Brass — Häckel darstellend.

Dr. P. Klemm stellt ein ca. 14-jähr. Mädchen vor, bei der er eines ausgesprochenen doppelseitigen Plattfusses wegen durch einen geringfügigen operativen Eingriff diese Difformität beseitigt hat.

An der medialen Seite des Fusses — dem os naviculare entsprechend — sieht man eine ca. 3 Ctm. lange horinzontal verlaufende Narbe. Aus dem os naviculare ist an dieser Stelle ein keilförmiges Stück excidiert worden und dadurch ein ausgezeichnetes Fussgewölbe hergestellt worden.

Redner empfiehlt diese Art des Eingriffes, da die verschiedenen orthopädischen Massnahmen wenig Aussicht auf Erfolg zeigen.

Discussion über die auf der vorigen Sitzung (v. 18. März c.) gehaltenen Vorträge der Herren v. z. Mühlen und v. Rimscha.

Dr. P. Klemm wünscht die Ansicht des Vortragenden über die Indicationsstellung gerade im acuten Stadium zu erfahren. Sollen derartige Fälle operiert werden und zu welchem Zeitpunct?

Dr. Voss: Auf das Hauptmoment, die Indicationsstellung bei der acuten Stirnhöhlenentzündung wolle auch er hinweisen. Seiner Ansicht nach sei von Dr. v. z. Mühlen in seinem Vortrage die Indication zu weit gestellt worden. Der von Dr. Klemm angeführte Fall von schnell sich entwickelnder Meningitis im Anschluss an Stirnhöhlenentzündung gehöre zu den sehr seltenen. Wenn bei jeder acuten Stirnhöhlenentzündung operiert werden solle, müsse man auch bei jedem Schnupfen die Aufmeisselung vornehmen. Die Gefahr der Infection der Dura durch die Probepunction sei nicht zu unterschätzen.

Ein abschliessendes Urteil über die Indicationsstellung bei der acuten Stirnhöhlenentzündung sei deswegen nicht möglich, weil diese Frage noch in der Entwickelung begriffen ist.

Dr. C. Brutzer meint, dass Dr. v. Rimscha, die Bedeutung der Röntgenbilder zu wenig gewürdigt habe. Von Wichtigkeit sei es vor einer Operation die Grösse der Stirnhöhle zu kennen.

Dr. v. z. Mühlen wendet sich gegen Herrn Dr. Voss, und hebt hervor, dass es ihm vollkommen fern gelegen habe, die Anbohrung und Durchspülung der Stirnhöhle in jedem Falle, auch in den acuten, empfohlen zu haben. Im Gegenteil hat er direct betont, dass nur in denjenigen Fällen, in welchen auf andere Weise eine Diagnosenstellung nicht möglich sei, die Anbohrung zu empfehlen wäre. Die Stirnhöhlenerkrankungen sind augenscheinlich kein so ganz harmloses Leiden, wie man vielfach glaube, und mancher Fall von ganz unaufgeklärter Meningitis mag auf eine nicht erkannte oder nicht genügend gewürdigte Stirnhöhleneiterung zurückzuführen sein. Soeben hat er einen derartigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt. — Er müsse sich auch gegen die durch die Fränkelsche Schule in Berlin vertretene Ansicht wenden, nach welcher in specialistischen Kreisen die conservative Behandlung der Stirnhöhleneiterung immer mehr und mehr an Anhängern gewinne. Die soeben von Gerber veröffentlichte Monographie über Erkrankung der Stirnhöhlen und deren Folgezustände ergäbe, dass gerade das Gegenteil der Fall sei. Immer häufiger werde chirurgisch vorgegangen und zwar mit Recht. Seit der Publication der Killianschen Operationsmethode und deren zahlreichen Modificationen müssen die Resultate als so günstige bezeichnet werden, dass man mit gutem Gewissen zur Operation zuraten kann. So könne auch er hervorheben, dass er in einer nicht ganz geringen Anzahl von Operationen keinen Misserfolg zu beklagen habe.

(Autoreferat).

Dr. v. Rimscha: Auch ich habe College Mühlen so verstanden, als ob er die Probepunction der Stirnhöhle verallgemeinern wollte. Ich weise nur auf die Erfahrungen hin, die wir mit der Probepunction der Highmorshöhle gemacht haben. Die Probepunction der Highmorshöhle ist einfach, schmerzlos. Es liegt darum nahe, dass von derselben ausgiebiger Gebrauch gemacht wird. Anfangs begnügte man sich damit, die Highmorshöhle durchzublasen, und hielt die Highmorshöhle für gesund, falls das Blasengeräusch frei, hauchend war. Dann hiess es, das Durchblasen genüge nicht, man müsse durchspülen, dann ging man noch weiter und behauptete, man müsse 2 Liter durchfliessen lassen und erst dann könne man eine gesunde Highmorshöhle von einer kranken unterscheiden. Ja ich habe sogar gehört, dass man trotz alledem, wenn auch nach 2 Litern das Spülwasser klar abfliesst, die Spülung fortsetzt mit der Motivierung, dass durch das Spülen dem Pat. Erleichterung geschafft würde. Das ist nun Unfug. Diese Erfahrungen auf die Stirnhöhle übertragen, dürften bei der Probepunction der Stirnhöhle unvergleichlich schlimmere Folgen haben. Ich stimme College Mühlen bei, dass die Diagnose der Stirnhöhlenerkrankung unter Umständen grosse Schwierigkeiten bereiten kann. Aber im Wesentlichen kommen doch nur die Fälle in Betracht, die einer eventuellen Operation unterzogen werden sollen. Diese Fälle können dann auch einer Probeeröffnung unterzogen werden, woran sich dann bei positivem Resultat die Operation anschliesst. Bei Pat. die wegen geringer Beschwerden so wie so nicht operiert werden sollen resp. sich nicht operieren lassen, hat die Probepunction einen fraglichen Wert, denn die Gewissheit, dass seine Beschwerden auf einer Erkrankung der Stirnhöhle beruhen, macht den Pat. bestimmt nicht glücklicher.

Andererseits gebe ich zu, dass in Ausnahmefällen eine sichere Diagnose, wie sie die von College Mühlen angegebene Probepunction ermöglicht, durchaus erwünscht ist und für diese Ausnahmefälle können wir die uns vorgeführte Probepunction mit Freuden begrüssen.

(Autoreferat).

Dr. F. Voss freut sich, dass Dr. v. z. Mühlen die in seinem Vortrage so erweiterte Indicationsstellung im obigen Sinne wieder einschränkt.

Dr. von Krüdener demonstriert:

a) eine 45-jährige Patientin mit einem Sarcom der Chorioidea und b) eine 30-jähr. Frau mit einem Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus der linken Seite.

Als Seitenstück zu dem hier, auf der vorletzten Sitzung demonstrierten Cysticercus im Auge, stelle ich Ihnen hiermit eine 45-jährige Patientin mit sehr ähnlichem Augenspiegelbefund vor. Auch hier ragt mitten in den Glaskörperraum hinein eine runde, scharf abgegrenzte Neubildung, jedoch fehlt die Eigenbewegung und die Farbe ist hier braunrot, dunkel gesprenkelt. Es handelt sich um ein Sarcom der Chorioidea.

Die zweite, 30-jährige Patientin, welche ich Ihnen vorstelle, leidet an einem Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus der linken Seite. Sie hatte vor einem Monat hochgradigen Husten und Schnupfen. Als sie hierbei eines Tages einen heftigen Niesanfall gehabt, merkte sie plötzlich, dass ihr linkes Auge vortrat und zu gleicher Zeit entstand ein Schwirren in der Augengegend. Sie sehen links leichten Exophtalmus, die Venen des Oberlides sind stark gefüllt und

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

diese Füllung nimmt noch zu, wenn Patientin mit gebeugtem Kopfe dasitzt. Bei Auscultation vernimmt man über dem Processus mastoideus ein deutliches systolisches Blasen, welches sofort schwindet, wenn man die linke Carotis am Halse comprimiert. Wir haben hier den seltenen Fall einer Spontanruptur der Carotis bei einem sonst vollkommen gesunden Individuum. Die Risswunde des Gefässes ist klein, das Blut ergiesst sich in den Sinus cavernosus und wird hierbei in die obere Orbitalvene gepumpt, auf solche Weise entsteht nun das Oedem des oberen Lides. Die untere Orbital-Vene hat ausgiebigere Abflusswege, daher ist ihr Gebiet weniger gestaut. Während nach Trauma Carotisrupturen nicht selten sind, ich erinnere hier an die Fälle von Nelaton (Sturz aus dem Wagen) Blessig 1877 (Fallen von der Treppe), von Bergmann (Ruptur beider Carotiden durch umstürzenden Baum), kommen sie durch die hier stattgefundene forcierte Bewegung wohl nur ganz ausnahmsweise zustande. Wegen Rigidität der Gefässe beobachtet man sie gelegentlich mehr im höheren Lebensalter. Die Therapie wird hier in Unterbindung des Gefässes bestehen.

(Autoreferat.)

Dr. E. Johannson berichtet über einen operierten Fall von Sarcom der Chorioidea, der nach einem halben Jahre nach ausgeführter Enucleation unter den Erscheinungen von Lebermetastasen zu Grunde ging (Pat. fand sich erst 1 Monat nach gestellter Diagnose zur Operation des Sarcoms ein).

Dr. v. z. Mühlen erwähnt eines mit Dr. Siegmund gemeinsam beobachteten Falles von Carotisaneurysma, bei dem Redner nach zuerst ausgeführter methodischer Compression auf der correspondierenden Seite die Carotis communis unterbunden hatte. Nach 1½ Jahren erfolgte die Unterbindung der Carotis interna der anderen Seite.

Dr. L. Bornhaupt demonstriert 6 Ascariden und eine Anzahl von Gallensteinen, die bei der Operation eines acuten Choledochusverschlusses im Anfall von einer 66-jährigen Patientin gewonnen worden sind. 4 Würmer befanden sich im Choledochus und 2 im Ductus hepaticus. Der Choledochus war durch mehrere Steine verlegt. Die Gallenblase, die geschrumpft und mit der Umgebung fest verbacken war, ist mit den Steinen, die sich in ihr befanden, entfernt worden. Der Ductus hepaticus ist drainiert worden. Die Pat. starb am 14. Tage nach einer doppelseitigen Pneumonie. Bei der Autopsie wurden zerstreute Eiterherde — in beiden Lungen nachgewiesen.

Ferner werden Stücke von einem necrotischen Pancreas demonstriert, die in einer grossen Eiterhöhle gefunden worden waren. Die Eiterung, die vom Schwanz des Pancreas ausgegangen war, befand sich unter dem Diaphragma links retroperitoneal und breitete sich nach unten der Beckenschaufel entlang fast bis zum linken Lig. Poupartii aus. Die grosse Höhle war mit fäculent stinkendem Eiter ausgefüllt, in dem die Pancreassequester schwammen. Die Pat. ist 58 Jahre alt, fettleibig. hatte vor 8 Wochen einen acuten Anfall durchgemacht, der mit Schmerzen im Epigastrium namentlich links einsetzte; die Schmerzen strahlten nach hinten in die Gegend der Schulterblätter aus, dabei hatte 8 Tage lang eine Verhaltung von Stuhl und Winden bestanden. Der Anfall ist als eine Gallensteinkolik gedeutet worden. Darauf traten Erscheinungen auf, die eine linksseitige Pneumonie vermuten liessen, bis schliesslich der behandelnde Arzt eine Resistenz im Epigastrium links fand. Am Tage der Operation befand sich die Pat. in einem recht desolaten Zustande: Puls 140, Temp. 39,3°. trockene Zunge, livide Verfärbung der Wangen, Erbrechen, beschleunigte Respiration, stark aufgetriebenes Abdomen. Grosse Resistenz und Dämpfung in der linken Bauchhälfte. Exsudat in der linken Pleura unten. Punction der Pleura ergab seröse Flüssigkeit, die keine Mikroorganismen enthielt (Dr. P. Praetorius). Im fäculent riechenden Eiter der Abscesshöhle befanden sich Streptococcen und Bacterium coli comm. ähnliche Mikroorganismen. Die in der Eiterhöhle vorgefundenen Gewebsfetzen sind von Dr. Arthur Schabert als Pancreassequester erkannt worden. Die Eiterhöhle ist breit eröffnet und tamponiert worden. Es sind ca. 12 Tage nach der Operation vergangen und der Zustand der Pat. scheint sich zu bessern, so dass Hoffnung auf ihre Genesung vorhanden ist.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall nicht um eine Gallensteinkolik und nicht um eine Pneumonie, sondern um eine acute, partielle Entzündung der Bauchspeicheldrüse und zwar des Pancreasschwanzes. Der Process hatte zur Eiterung geführt und das erkrankte Stück des Pancreas hat sich als Necrose abgestossen. Diese Form der acuten Pancreatitis unterscheidet sich von derjenigen, die in 2 mal 24 Stunden zum Tode führen kann, wenn sie nicht in den ersten Stunden der Erkrankung operativ behandelt wird. Sich auf die Fälle acuter Pancreatitis stützend, die zur Eiterung führen, hatte Körte zuerst die abwartende Therapie empfohlen. Jedoch zwingen uns die rapid letal verlaufenden Formen von acuter Pancreatitis zum frühzeitigen energischen Eingreifen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die ordentlichen Professoren der Militär-Medicinischen Akademie, wirklicher Staatsrat, Dr. med. N. Tschistowitsch und Staatsrat Moissejew sind zu beratenden Mitgliedern des Medicinalrats ernannt.

— Charkow. Der Privatdocent Dr. A. Tscherewkow, ist zum Professor der Physiologie an der Universität ernannt.

— Der Professor der Anatomie an der deutschen Universität zu Prag, Dr. R. Fick, ist als Nachfolger Hochstetters zum o. Professor der Anatomie an der Universität zu Innsbruck ernannt.

— Berlin. Zum Dekan der Medicinischen Facultät ist für das Jahr 1909/10 Prof. Bumm gewählt. — Prof. Steyrer ist zum Director der medicinischen Klinik in Greifswald ernannt.

— Breslau. Zum Dekan der medicinischen Facultät ist Prof. Hürthle gewählt. — Der Privatdocent für Hygiene, Dr. Heymann, ist zum Professor ernannt. — Der Privatdocent an der Universität Greifswald und Oberarzt der dortigen medicinischen Klinik, Dr. Allard, wurde zum Oberarzt der Medicinischen Klinik in Breslau ernannt.

— Zu Mitgliedern der Kaiserlichen Leopoldinischen-Karolinischen deutschen Akademie der Naturforscher in Halle a. S. wurden erwählt: die Professoren Dr. G. Schleich, Director der Augenklinik, und Dr. K. Jacoby, Director des pharmakologischen Instituts an der Universität zu Tübingen.

— Königsberg. Der Privatdocent Dr. P. Stenger, ist zum a. o. Professor und Director der Poliklinik für Ohrenkrankheiten ernannt.

— New-York. Dr. R. Burton-Gritz ist zum Professor der Physiologie ernannt.

— In Paris wurde am 20. Juli ein Denkmal für P. Brouardel enthüllt.

— In Vienne (Dauphiné, Departement Isère) wird dem grossen Arzt und Polyhistor Michael Servetus ein Denkmal gesetzt. Servetus (oder Miquel Servetó) war ein Bekämpfer des Arabismus und erklärte in seinem in Vienne (Viennae Allobrogum) 1543 erschienenen theologischen Werk Christianismi restitutio, dass das Blut aus dem rechten Ventrikel nicht, wie bisher angenommen wurde, einfach durch das Septum in den linken Ventrikel tritt, sondern durch die Vena arteriosa (A. pulmonalis) in die Lunge gelangt und von hier hellgefärbt, durch die Arteria venosa (V. pulmonalis) in das linke Herz getrieben wird. Wegen der erwähnten theosophischen Schrift und einer früher erschienenen «De trinitate erroribus» von der Geistlichkeit angefeindet und verfolgt, wurde er am 27. October 1553 in Genf auf Anstiften Calvins verbrannt.

— Der Präsident des Orthopädischen Instituts Rizzoli in Bologna S. Michel in Bosco teilt mit, dass seit dem 1. Januar d. J. ein Wettbewerb um den Preis Humberts I eröffnet ist. Der Preis beträgt 3500 Lire und wird für die beste Arbeit oder Erfindung in der Orthopädie zuerkannt. An dem Wettbewerb können Aerzte aller Nationen teilnehmen, wozu sie sich bei dem Präsidenten des Instituts Rizzoli in Bologna, G. Bacchelli, zu melden haben.

— Die 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte findet vom 19. bis zum 25. September in Salzburg statt. An die Versammlung schliesst sich eine Ausstellung der wissenschaftlichen Hilfsmittel des Unterrichts und der Forschung an. Anfragen sind an die Geschäftsführung der 81. Versammlung D. N. u. A. in Salzburg (Rathaus) zu richten.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
vom 26. Juli bis zum 1. Aug.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	210	(77)	3953	(1509)	16. Mai
Kronstadt	—	(1)	87	(37)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg .	47	(27)	675	(328)	27. Mai
» Archangelsk . .	23	(12)	608	(314)	13. Juni

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung nnd Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn der Epidemie.	Beginn der Epidemie.
Gouv. Wologda . . .	25 (9)	446 (241)	19. Juni
» Olonez	2 (1)	20 (14)	8. »
Stadt Wjatka	— (–)	3 (2)	1. Juli
Gouv. Ufa	— (—)	1 (—)	10. ›
» Perm	— (1)	8 (1)	18. »
› Estland. . . .	— (—)	4 (3)	5. »
» Kurland . . .	2 (2)	88 (39)	1. ›
» Livland . . .	9 (2)	111 (52)	16. Juni
» Wilna	25 (8)	45 (17)	29. ›
» Witebsk . . .	162 (63)	1240 (440)	16. »
» Smolensk . . .	— (—)	14 (5)	12. Juli
» Mogilew . . .	1 (1)	1 (1)	28. »
› Twer.	8 (—)	53 (19)	29. Juni
» Jaroslaw . . .	49 (18)	148 (63)	24. »
» Kostroma . . .	1 (1)	4 (2)	5. Juli
Stadt Nishnij Nowgorod	2 (1)	2 (1)	30. ›
Gouv. Ssimbirsk. . .	— (–)	5 (1)	25. Juni
› Moskau	— (—)	5 (1)	25. ›
› Nowgorod . .	19 (13)	244 (131)	7. »
» Pskow	19 (9)	132 (62)	28. »
› Rjasan	— (—)	39 (25)	10. »
Stadt Tula	— (—)	1 (1)	11. Juli
Gouv. Wladimir . . .	— (—)	6 (5)	25. April
› Charkow . . .	— (—)	15 (7)	12. Juli
Finnland	— (—)	8 (2)	6. Juni
	604 (246)	7963 (3322)	

— Die Erkrankungen an der Pest im Kirgisendorf im Gebiete Uralsk dauern fort. Seit dem Ausbruch der Epidemie sind 22 Kirgisen erkrankt und 21 gestorben; 1 krankes Kind befindet sich in Behandlung. In anderen Gegenden des Gebietes Uralsk sind laut Meldung des Gouverneurs keine Erkrankungen an der Pest vorgekommen.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 30. Juli	des 31. Juli	20	13	19	402
» 31. »	› 1. Aug.	32	8	28	398
› 1. Aug.	» 2. ›	24	10	20	392
› 2. ›	› 3. ›	30	11	33	373
› 3. ›	» 4. ›	30	9	29	365
› 4. ›	› 5. ›	29	10	33	351
» 5. ›	› 6. ›	27	10	22	346

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14466 Personen erkrankt, 5585 gestorben und 8534 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 12. bis zum 18. Juli 1909 674 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 13, Typhus exanthem. 2, Febris recurrens 8, Pocken 6, Windpocken 2, Masern 87, Scharlach 39, Diphtherie 55, Cholera 283, acut. Magen-Darmkatarrh 126, an anderen Infectionskrankheiten 53.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 10899. Darunter Typhus abdominalis 232, Typhus exanth. 13, Febris recurrens 32, Scharlach 177, Masern 66, Diphtherie 172, Pocken 74, Windpocken 0, Milzbrand 0, Cholera 586, crupöse Pneumonie 102, Tuberculose 365, Influenza 120, Erysipel 114, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 41, Lepra 0, Syphilis 465, venerische Krankheiten 356, acute Erkrankungen 1775, chronische Krankheiten 1342, chirurgische Krankheiten 1299, Geisteskrankheiten 3205, gynäkologische Krankheiten 230, Krankheiten des Wochenbetts 93, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 32.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 935 + 33 Totgeborene + 77 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 1, Pocken 8, Masern 37, Scharlach 5, Diphtherie 13, Keuchhusten 9, crupöse Pneumonie 18, katarrhalische Pneumonie 56, Erysipelas 11, Influenza 1, Lyssa 0, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 3, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 29, Dysenterie 1, Cholera 181, Magen-Darmkatarrh 91,* andere Magen- und Darmerkrankungen 74, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 61, Marasmus senilis 24, Hydrophobie 1, andere Todesursachen 211.

— Verbreitung der Cholera. In Moulmain (Britisch-Ostindien) starben vom 11. April bis zum 26. Juni 11 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Ostindien erkrankten vom 13. bis zum 19. Juni an der Pest 885 Personen und starben 766. — Auf der Insel Trinidad sind in Port of Spain im Laufe des Juni und Juli 4 Pestfälle vorgekommen, die alle tötlich verliefen. — Auf der Insel Terceira (Portugal) erkrankten im Juni 4 Personen, von denen 2 starben. — In Aegypten erkrankten vom 17. bis zum 23. Juli 12 Personen, von denen 7 starben.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Wyschnij Wolotschok am Flecktyphus Dr. P. Kibardin, geb. 1874, Arzt seit 1903. 2) In Danilowo (Gouv. Jaroslaw) Dr. N. Sokolow, geb. 1879, Arzt seit 1906. 3) In Marienburg (Livland) Dr. J. Neumann, geb. 1860, Arzt seit 1895. 4) In Münster i. W. der bekannte Psychiater, Prof. emer. Dr. F. Meschede, früher Director der psychiatrischen Klinik an der Universität zu Königsberg, im Alter von 77 Jahren. 5) In Wien Prof. Dr. A. v. Rosthorn, Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik an der Universität zu Wien. 6) Prof. v. Bollinger in München, geb. 1843, Docent seit 1874.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen. Auch werden die Herren gebeten, etwaige Berichtigungen und Ergänzungen zu dem biographischen Album ebenfalls dem Präses einzusenden.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Проф. Залѣскій. Заслуги Д. И. Менделѣева въ области народнаго образованія и просвѣщенія Россіи. С.-П. Типограф. Александров. 1908 г.

Carl Wegele. Diätetische Küche für Magen- und Darmkranke. V. Aufl. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909.

Dr. Sikemeier. Die Behandlung der chirurg. Tuberculose mit Marmorekserum. Sonderabdruck a. d. Medicin. Klinik. 1909. Nr. 28. Verlag v. Urban & Schwarzenberg. Berlin.

Маг. фарм. Таль. Изслѣдованіе спрессованныхъ лекарственныхъ таблетъ. Отдѣльн. оттискъ изъ „Военно-Медиц. журнала" Авг. Сент. 1908. С.-П.

Dr. Profanter. Ueber Appendicitis, Pseudo-Appendicitis nervosa und Adnexerkrankungen in differential-diagnostischer Beziehung. Separatabdruck a. d. Wiener klin. Wochenschrift. XXII. Nr. 11. Verlag v. Braumüller. Wien u. Leipzig.

Dr. Shukowsky. Ueber Lebercysten im Kindesalter. Sonderabdruck a. Archiv f. Kinderheilkunde. Band L. Verlag v. Enke. Stuttgart.

Н. Г. Гавриловъ. Къ вопросу о механизмѣ дѣйствія мочегонныхъ. Одесса. „Экономическая" типографія. 1908.

Р. Э. Регель. Ячмени съ гладкими остями. Юрьевъ. 1909. Типографія Маттисена.

Dr. Schneider. Ein Beitrag zur Behandlung der Typhusbacillenträger. Separ.-Abd. aus d. «Strassburger medic. Zeitung». 6. Heft. 1909.

М. Брезовскій. О вліяніи возраста заболѣванія на исходъ первичныхъ дефектъ-психозовъ. Диссертація. Юрьевъ 1909 г. Типографія Бергмана.

В. П. Казанцевъ. Къ морфологіи нѣкоторыхъ скелетныхъ частей костистыхъ рыбъ. Юрьевъ 1908. Типографія Маттисена.

Э. Ф. Матисенъ. Къ вопросу о разницѣ развитія гніенія при скоропостижной и агональной смерти. Диссертація. Юрьевъ. 1909. Типо-литогр. Лаакмана.

Н. Бурденко. Матеріалы къ вопросу о послѣдствіяхъ перевязки venae portae. Юрьевъ 1909. Типографія Бергмана.

Б. Гриневецкій. Изслѣдованія надъ реотропизмомъ корней. Трудъ Общ. Естествоиспыт. при Императорскомъ Юрьевскомъ Университетѣ. XIX. Юрьевъ. 1908. Типогр. Маттисена.

Seventh Annual Report (1908—1909) of the Imperial Cancer Research Fund.

E. Bashford and Murray. The Incidence of Cancer in Mice of Known Age. Reprinted from the Proceedings of the Royal Society, B. Vol. 81. 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 33 St. Petersburg, den 15. (28.) August 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Frage vom Choleraheilserum.

Bericht über die Herstellung von Choleraserum nach dem Verfahren von Mag. veter. I. Schurupow, dem Reichs-Medicinalrate vorgestellt von der Commission der Proff. W. Podwyssotzki, W. Sirotinin und M. Janowski unter dem Vorsitze

von

Dr. L. Berthenson.

Die Frage über die Herstellung von Heilserum nach dem Verfahren von Schurupow wurde von der Verwaltung des Ober-Medicinalinspektors dem Reichs-Medizinalrate zur Begutachtung überwiesen. Diese Frage war vom Direktor des Instituts für experimentelle Medizin, Prof. Podwyssotzki, angeregt worden, welcher gleichzeitig um die Anweisung von 15121 Rbl. aus den Mitteln der „Allerhöchst eingesetzten Commission zum Kampfe gegen Pest und Cholera zum Zwecke der Verfertigung des Serums ansuchte.

Zur vorläufigen Beratung der Angelegenheit erwählte der Medicinalrat eine Commission, bestehend aus den Mitgliedern desselben W. Podwyssotzki, W. Sirotinin und M. Janowski unter dem Vorsitze von L. Berthenson und erteilte dem Vorsitzenden das Recht, Fachmänner, deren Beteiligung ihm erwünscht schien, zur Commission hinzuzuziehen.

Die von Medicinalrate erwählte Commission nahm zunächst Kenntnis von dem auf diese Frage bezüglichen Memorandum des Directors des Instituts für experimentelle Medicin von 12. Dec. 1908, welches folgende Daten enthält:

„Zu den wenigen Mitteln, über welche die Wissenschaft zum Kampfe mit der Cholera verfügt, muss das Choleraheilserum gerechnet werden". „Auf dem Fort Kaiser Alexander I" der Kronstadter Festung *) schritt der Chef des Laboratoriums I. Schurupow seit dem Juli des laufenden Jahres, nach einem von ihm etwas abgeänderten Verfahren, zur Immunisierung von Pferden mit Cholera-Endotoxinen und zur Herstellung von Choleraserum. Mitte August wurde von der „Allerhöchst eingesetzten Commission zum Kampfe mit Pest und Cholera" der Gehilfe des Chefs des genannten Laboratoriums A. Berdnikow zur Prüfung des neuen Choleraserums am Menschen nach Zarizyn abkommandiert. Gleichzeitig wurde und wird bis jetzt das Serum von Dr. Stülern im Obuchow-Hospital erprobt. Wie aus der in Nr. 37 des „Russkij Wratsch", September 1908, veröffentlichten vorläufigen Mitteilung Dr. Berdnikows und der soeben in der Redaction des „Archiv für biologische Wissenschaften" befindlichen ausführlichen Arbeit desselben Verfassers, sowie auch aus dem Vortrage Dr. Stülerns in der December-Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg ersichtlich ist", berichtet weiter das Memorandum Podwyssotzkis, „ist dem auf dem Fort „Alexander I" von I. Schurupow verfertigten Choleraserum die Bedeutung eines Mittels zuzusprechen, welches den Verlauf des Choleraprozesses günstig beeinflusst und die Sterblichkeit herabsetzt. Zwar kann die Frage durch die genannten Prüfungen noch nicht als endgiltig entschieden betrachtet werden, doch berechtigen dieselben immerhin zur Fortsetzung der Anwendung des neuen Serums, als des einzig vorhandenen specifischen Mittels, für den Fall der im Sommer 1909 zu erwartenden neuen Eruption der Choleraepidemie".

Zum Schluss wird im Memorandum noch auf Folgendes hingewiesen: Die Herstellung das Choleraserums wurde im Herbste des laufenden Jahres auf dem Fort „Alexander I" vom Institut für experimentelle Medicin aus eigener Initiative und auf eigenes Risiko unternommen. Dieses Serum wurde an alle Städte des Wolgagebietes und wird auch gegenwärtig an die Hospitäler Petersburgs kostenfrei geliefert. Dabei sind aber die Kosten für Anschaffung und Unterhalt der Pferde und Versuchstiere, den Einkauf von Nährböden und drgl. bis

*) Isolierte Abteilung des Instituts für experimentelle Medicin, speciell eingerichtet für Pest-Untersuchungen. L. B.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu einer Summe von mehr als 10000 Rbl. angewachsen, weshalb das Institut ein bisher noch nicht befriedigtes Gesuch um Rückerstattung, wenn auch nur der Hälfte dieser Ausgaben, eingereicht hat. Das Institut, sowie das Laboratorium auf dem Fort „Alexander I", welches eine genau festgesetzte Bestimmung hat, könne solche Extrakosten nicht tragen. Daher wäre eine weitere Herstellung von Choleraserum dem Institut für experimentelle Medicin nur dann möglich, wenn die „Allerhöchst eingesetzte Commission zum Kampfe mit Pest und Cholera" hierüber eine bestimmte Verfügung träfe und eine gewisse Geldsumme zur Serumbereitung anweise. Die Entscheidung dieser Frage dürfe nicht lange aufgeschoben werden, denn die Immunisierung der Pferde nehme mehrere Monate in Anspruch, und man müsse den im Winter eingetretenen Stillstand benutzen um zum Frühling und Sommer eine möglichst grosse Menge Serum herzustellen".

„Für die Immunisierung von 10 Pferden zum Zwecke der Serumgewinnung und für die zugehörigen Laboratoriumsversuche zur Feststellung der Stärke des Serum würden die Ausgaben, laut des beigegebenen, vom Chef des Laboratoriums auf dem Fort „Alexander I" aufgestellten Kostenanschlag, sich auf 15121 Rbl. belaufen. Sollte die Zahl der zu immunisierenden Pferde vergrössert werden, so würden die Ausgaben, laut § 1 des Kostenanschlags, um die für Anschaffung und Unterhalt der Pferde notwendige Summe, sowie, laut § IV des Anschlags, um den Wert der zur Abfüllung des Serumüberschusses erforderlichen Flacons anwachsen.

Nach dem Verlesen des Memorandums von W. Podwyssotzki unterbreitete L. Berthenson der Commission seinen Vortrag folgenden Inhaltes:

„Bekanntlich lässt sich bei Tieren durch Einverleibung von lebenden oder abgetöteten Choleravibrionen eine Immunität gegen Cholera hervorrufen. Darauf fussend, begann man nicht nur die gleichen Impfungen an Menschen vorzunehmen um sie vor der Infection zu schützen, sondern versuchte auch noch das Blutserum immunisierter Tiere (oder von Menschen, die die Cholera überstanden hatten) zur Heilung von Cholerakranken zu verwenden. Allein so einfach sich die Frage der Präventivimpfung löst, so verwickelt gestaltet sich die Frage des Choleraheilserums.

Gegenwärtig, sagt Hetsch im bekannten Handbuch von Kolle und Wassermann (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, Bd. VI, T. 2, Choleraimmunität, pag. 1121, Jena 1904) steht fest, dass das Blutserum von choleraimmunisierten Menschen und Tieren specifisch bacteriolytische Eigenschaften besitzt, doch hat dasselbe, wie von Pfeiffer unwiderleglich nachgewiesen ist, keine antitoxischen Eigenschaften. Wenn es daher auch leicht gelingt Tiere und Menschen gegen eine gleichzeitige oder spätere Infection mit Choleravibrionen sogar durch äusserst geringe Mengen von Serum zu schützen, so sind doch auch grosse Dosen des stärksten Choleraserums nicht imstande dieselben von Tode zu retten, wenn bereits ausgesprochene Choleraerscheinungen aufgetreten sind.

Infolge des Mangels an Antitoxinen im Choleraserum, sagt ferner Hetsch, sind für die therapeutische Verwendung von Choleraserum beim erkrankten Menschen von vornherein die Grenzen sehr enge. Und so ist denn auch bei allen ein ausgesprochenes Vergiftungsbild zeigenden Fällen, der Erfolg ein durchaus negativer gewesen [1]). Es ist sogar anzunehmen, dass hier Seruminjectionen direct schädlich wirken können, weil sie durch plötzliche Zerstörung vieler Vibrionen eine Ueberschwemmung des Körpers mit deren Giftstoffen zur Folge haben würden.

Die Serumtherapie könnte nur bei Anwendung antitoxischer Präparate Aussicht auf Erfolg haben. Verschiedene Autoren, namentlich Kitasato, Behring und Ransom [1]), Metschnikoff, Roux und Taurelli-Salimbeni [2]), behaupten zwar durch Immunisierung von Tieren gegen besondere Choleragifte antitoxische Sera erzielt zu haben, aber über therapeutische Erfolge mit diesen Präparaten ist später nichts verlautet, weshalb Hetsch annimt, dass die auf sie gesetzten Hoffnungen der Autoren sich nicht erfüllt haben.

Ausser den obenerwähnten Daten führen Kolle und Hetsch in ihrem neuesten Werke (Die experimentelle Bacteriologie und die Infectionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre, II. Auflage, Berlin und Wien, 1908) noch an, dass es Mac-Fadyean, wie er angibt, gelungen sei aus den Choleravibrionen durch Zerstörung derselben bei sehr niedrigen Temperaturen (—180° C.) ein lösliches Toxin zu erhalten, durch welches er bei Tieren die Bildung eines Antitoxins hervorrufen konnte. Obgleich diese Angabe Mac-Fadyeans noch von niemandem nachgeprüft worden ist, so halten Kolle und Hetsch doch für erwiesen, dass Mac-Fadyean mit dem Endotoxin des Choleravibrio zu tun hatte, und meinen, dass sein Serum wirklich antitoxische Eigenschaften besitzen könne.

Meinerseits kann ich hinzufügen, dass antitoxische Sera ausserdem noch von Brau und Denier [3]) im Institut Pasteur (Paris), Prof. Kraus (Wien), Prof. Kolle (Bern), Mag. veter. Schuropow und Herrn Dzerzgowski (St. Petersburg) hergestellt worden sind.

Die Ueberzeugung, dass ein bactericides Serum zur Behandlung Cholerakranker untauglich ist, hat in der letzten Zeit die Forscher zu neuen Versuchen mit antitoxischen Präparaten veranlasst. Bevor ich jedoch auf diese Versuche eingehe, muss ich des Streites erwähnen, welcher sich zwischen den verschiedenen Gelehrten über die Natur der Toxine des Choleravibrio entspann.

Während Pfeiffer und seine Schule an der Ansicht festhalten, dass der Choleravibrio kein eigentliches Toxin, d. h. kein giftiges Product seiner Lebenstätigkeit, ausscheidet, sondern bloss ein Gift in seinem Körper enthält, welches erst nach Zerstörung des Bacillus frei wird (Endotoxin), behaupten Metschnikow, Kraus und andere, dass der Cholerabacillus ebenso wie der Diphtheriebacillus ein lösliches Toxin produciert (Ektoxin).

Prof. Kraus (Ueber Toxine und Antitoxine des Choleravibrio. Experimentelle Grundlage einer antitoxischen Choleratherapie; Wiener klin. Wochenschrift, 1907, Nr. 42, pag. 1280) fand, dass nach Injection von Ektotoxinen des Choleravibrio im Tierkörper Antitoxine auftreten, und dass das von solchen Tieren gewonnene Serum nicht nur die Ektotoxine der Choleravibrionen, sondern auch deren Endotoxine neutralisiert. Bezüglich des Vibrio „El Tor" hält Kraus für bewiesen, dass diese Abart des Cholerabacillus eine Eigenschaft besitzt, welche dem echten Choleravibrio abgeht. Die Vergiftungserscheinungen nach Injection von Toxinen des Cho-

[1]) Freymuth (Drei Cholerafälle, behandelt mit menschlichem Heilserum; Deutsche medicinische Wochenschrift, 1893) stellte therapeutische Versuche an Menschen auch mit dem Blutserum von Choleraconvalescenten an (20—50 cc.). Von drei so Behandelten starb einer trotz wiederholter Einspritzungen; die beiden anderen genasen (Hetsch, l. c.).

[1]) Ransom: Choleragift und Choleraantitoxin, Deutsche medic. Wochenschr. 1895.

[2]) Metschnikoff, Roux et Taurelli-Salimbeni, Toxine et antitoxine cholériques. Annales de l'Institut Pasteur 1896.

[3]) Brau et Denier: Recherches sur la toxine et l'antitoxine cholériques; Annales de l'Institut Pasteur, 1906, t. 20, Nr. 7, pag. 578.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

leravibrio treten beim Versuchstiere stets erst nach Verlauf von 6—24 Stunden auf und soviel Toxin man auch injiciert, diese Incubationszeit lässt sich nicht unterdrücken. Der El Tor-Vibrio hingegen scheidet ein Toxin aus, welches wie ein chemisches Gift sofort nach seiner Einführung (nach 8—30 Minuten) zur Wirkung gelangt. Nach Kraus gehören demnach die El Tor-Vibrionen zwar zur Choleragruppe, welche durch das Fehlen von Toxinen mit hämolytischer Wirkung (Hämotoxine) charakterisiert ist, unterscheiden sich jedoch vom echten Choleravibrio durch die Fähigkeit ein „acut wirkendes" Toxin zu producieren.

Ferner ist Kraus der Ansicht, dass die Antitoxine, die sich nach Einspritzung der Toxine des El Tor-Vibrio bilden, nicht nur die letzteren sondern auch Toxine des echten Choleravibrio neutralisieren. Auf Grund dieser Tatsache, sowie deshalb, weil die El Tor-Toxine leichter zu gewinnen sind und sich besser halten lassen, als die Toxine des gewöhnlichen Cholerabacillus, bedient sich Kraus der El Tor-Toxine zur Immunisierung der Tiere, von denen er sein Choleraheilserum gewinnt.

Pfeiffer und Friedberger (Zur Erage der Endotoxine und Antitoxine bei Cholera und Typhus; Centralblatt f. Bacteriolog. u. Parasitenk. etc. 1908. Bd. 47, H. I, pag. 98) wiederholten die Kraus schen Versuche mit dessen antitoxischem Choleraserum, wobei sie sich des von Kraus selbst vermittelst der El Tor-Vibrionen hergestellten Präparates bedienten. Die Wirkung dieses Serums verglichen sie mit derjenigen eines rein bactericiden Serums, welches von einem Kaninchen durch einmalige Injection einer minimalen Menge Choleracultur erhalten war. Sowohl bei Vergiftung der Meerschweinchen mit Cholera-Endotoxinen (durch Injection abgetöteter Culturen), als auch bei der Infection derselben mit lebenden Vibrionen unterschied sich die Wirkung des Kraus schen antitoxischen Serums durch nichts von der Wirkung des rein bactericiden, vom obenerwähnten Kaninchen gewonnenen Serums. Wurden die Sera bald nach der Einverleibung des Giftes injiciert, so blieben die Tiere am Leben einzig und allein infolge der bactericiden Eigenschaften der Sera. Dass aber das antitoxische Serum von Kraus ebenfalls bactericid ist, liess sich durch besondere Versuche nachweisen. Schliesslich gelangten Pfeiffer und Friedberger zur Ueberzeugung, dass das Kraus sche Serum überhaupt keine Antitoxine gegen das Cholera-Endotoxin enthält, und dass dasselbe bei der Cholerainfection nur soweit wirkt, als es bactericid ist.

Den soeben genannten Argumenten Pfeiffers stellte Kraus in Gemeinschaft mit Russ (Ueber Toxine und Antitoxine des Choleravibrio; Centralbl. f. Bacteriolog. etc. 1908, Bd. 45, 1. Abt. (Originale), H. 4, pag. 332) die Behauptung entgegen, dass Meerschweinchen, an welchen die bisherigen Versuche (sowohl von Kraus, als auch von Pfeiffer) angestellt waren, für derartige Versuche eigentlich überhaupt nicht tauglich sind, da sie eine allzu grosse Empfindlichkeit der Cholera gegenüber besitzen. Auf Grund neuer Versuche, die nun an Mäusen angestellt waren, erklärt Kraus und Russ, dass die letzteren Tiere nach einer Infection mit der dreifach tötlichen Dosis Choleragift am Leben bleiben, selbst wenn ihnen das antitoxische Serum erst 2 Stunden nach der Einführung des Giftes injiciert wird, während Meerschweinchen sich nicht mehr retten liessen, wenn das Serum ½ Stunde nach der Infection angewandt wurde.

Indem ich mich bezüglich der Laboratoriumsversuche auf das Gesagte beschränke, will ich zu den Beobachtungen übergehen, welche bei der Anwendung des Choleraheilserums am Menschen gemacht worden sind.

Von dem Wunsche geleitet, über die an Kranken gemachten Beobachtungen möglichst vollständige Angaben zu erhalten und ein möglichst reiches Material zur Beurteilung des Choleraheilserums überhaupt, sowie des von Mag. veter. I. Schurupow hergestellten Serums im Speciellen, zur Hand zu haben, habe ich mich nicht damit begnügt, die bereits in der Presse erschienenen, übrigens noch recht dürftigen, Daten zu sammeln, sondern habe mich ausserdem brieflich an alle diejenigen Institutionen und Personen gewandt, welche in Russland Choleraserum angewandt haben, mit der Bitte, mir über die angestellten Beobachtungen und die erzielten Resultate Mitteilung zu machen.

Ausserdem befragte ich einige der auf diesem Gebiete competentesten Forscher, die Prof. Pfeiffer (Königsberg), Kolle (Bern) und Metschnikoff (Paris), um ihre Meinung über die Bedeutung der Choleraheilsera. Da die Gutachten dieser Gelehrten die Frage von der theoretischen Seite beleuchten und von den Laboratoriumsversuchen, von welchen bereits die Rede war, handeln, so will ich zunächst diese Gutachten wiedergeben.

Prof. Pfeiffer schreibt folgendes:

„Den Wert des Cholera-Heilserums bemesse ich sehr niedrig. Die Cholera ist nach Koch, dem ich durchaus beipflichten muss, eine acuteste Enteritis, bedingt durch die Invasion des Darmepithels durch die Koch schen Vibrionen. Der Organismus schützt sich gegen diese primäre Infection durch die von mir entdeckten bacteriolytischen Schutzkörper, ist aber ohnmächtig gegen die im Gefolge der Vibrioneninvasion einsetzende Choleravergiftung. Ich habe das Choleragift als ein Endotoxin charakterisiert und nachgewiesen, dass echte Antitoxinbildung gegen dieses Endotoxin leider nicht erreichbar ist. Die gegenteiligen Behauptungen von Metschnikoff, Mac-Fadyean, Kraus und anderen haben der Kritik nicht standgehalten.

„Meiner Auffassung nach liegen die Verhältnisse so, dass die Cholerasera prophylactisch wirksam sind, dass vielleicht auch noch im ersten Beginn des Choleraprocesses, ehe die Choleravergiftung einsetzt, ein gewisser Erfolg zu erwarten ist, dass aber im ausgesprochenen Stadium algidum die Aussichten für eine Beeinflussung der Krankheit durch Serum ungünstig liegen.

„Auch Kraus hat bei den von ihm in Petersburg mit sogenanntem antitoxischem Serum behandelten Kranken eine Mortalität von 50 % beobachtet, und es gehört schon ein hoher Grad von Optimismus dazu, in diesem Resultat einen Erfolg zu sehen.

„Das Serum des Herrn Schurupow kenne ich nicht, glaube aber keineswegs, dass es besser sein wird, als seine Vorgänger.

„Ganz anders beurteile ich die active Immunisierung gegen Cholera, der ich eine grosse Bedeutung beimesse".

Prof. Kolle brachte seine Ansicht über das Choleraheilserum in folgenden 9 Puncten zum Ausdruck:

1. „Die auf verschiedene Weise hergestellten Sera besitzen neben bactericiden auch antitoxische Eigenschaften. Sie lösen die Cholerabacterien auf, verklumpen sie und machen sie für die Aufnahme durch Phagocyten geeigneter. Das sind die Haupteigenschaften aller Cholerasera. Daneben besitzen sie aber auch antitoxische Wirkungen, mittelst deren sie die Endotoxine der Choleravibrionen neutralisieren.

2. „Die Cholera des Menschen ist ein Infectionsprocess des Darmepithels, der zur Vergiftung führt. Die Vergiftung ist bedingt durch die Endotoxine der Vibrionen, welche beim Zerfall der Vibrionen frei werden.

3. „Es ist klar und wird durch Tierversuche bewiesen, dass Choleraserum beim Cholerainficierten gewiss nicht schaden kann.

4. „Bei einer Krankheit, der wir therapeutisch so

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ohnmächtig gegenüberstehen, wie der Cholera, sollte die Anwendung des Choleraserums, welches nach obigen Principien hergestellt ist, frühzeitig bei jedem bacteriologisch festgestellten Falle angewandt werden und zwar in möglichst grossen Dosen.

5. „Die Behauptungen von Kraus bezüglich eines antitoxischen Serums sind nicht bewiesen und enthalten Widersprüche.

6. „Kraus muss noch aufklären und beweisen, weshalb das Toxin eines Vibrio, der mit dem Choleravibrio nicht identisch ist, sondern artverschieden von ihm, das supponierte Toxin des Choleravibrio neutralisieren kann.

7. „Die Secretion eines echten Toxins seitens des Gholeravibrios ist eine hypothetische Annahme von Kraus.

8. „Es liegen bisher keine Beweise dafür vor, dass die Anwendung der Serumtherapie auch bei schwer mit Cholera vergifteten Menschen contraindiciert wäre.

9. „Ich empfehle die Herstellung des Choleraserums nach den von Pfeiffer und mir und nach den in letzter Zeit von meinen Mitarbeitern Carrière und Tomarkin im Tierversuch ermittelten Tatsachen" [1]).

Prof. Metschnikoff endlich schreibt:

„Vom Serum des Herrn Schurupow habe ich eine Vorstellung blos nach dem von ihm in der Nr. 40 des „Russkij Wratsch" veröffentlichten Artikel. In demselben behauptet er vollkommen unbegründet und unrichtig, der Choleravibrio produciere kein lösliches Toxin. Schurupow ist die Geschichte mit den Krausschen Arbeiten, wie es scheint, nicht bekannt. Der letztere bestand lange Zeit hartnäckig darauf, dass der Choleravibrio keine lösliches Toxin ausscheide, und gab erst dann nach, als ihm von hier (aus Paris) das ganze zur Gewinnung desselben nötige Material zugesandt wurde". „Angesichts der Leichtigkeit, mit der sich solch ein lösliches Toxin gewinnen lässt, liegt gar keine Notwendigkeit vor, zu der von Herrn Schurupow angewandten alten Methode (Anwendung von Alkalien) zu greifen, um so mehr, da bei der letzteren ein Toxin mit sehr sonderbaren Eigenschaften erhalten wird". „Das von Schurupow angewandte Kontrollverfahren, bei welchem er das Serum 12—18 Stunden früher als das Toxin injiciert, ist fehlerhaft, da unter solchen Bedingungen jedes Serum eine gewisse antitoxische Wirkung ausübt". „Der Aufsatz des Herrn Schurupow im „Russkij Wratsch", welcher nach dem Geständnis des Verfassers selbst an Unvollständigkeit leidet, enthält sehr sonderbare Behauptungen. So teilt Schurupow z. B. mit, sein Serum heile Meerschweinchen 6 Stunden nach der Toxininjection, während er einige Zeilen vorher versichert, dass in seinen Versuchen schon nach 6—8 Stunden der Tod durch Vergiftung eintrat: eine Heilung 2 Stunden vor dem Tode oder gar im Moment des Todes ist doch undenkbar!"

„Da sich an jungen Kaninchen eine intestinale Cholera hervorrufen lässt, welche der menschlichen sehr ähnlich ist, so ist es notwendig, bevor man ein Choleramittel empfiehlt, dasselbe an diesen Tieren zu prüfen. Das ist von uns auch bezüglich des Choleraserums des Pasteurschen Instituts im Jahre 1896 getan worden. Nichts Aehnliches hat Herr Schurupow zugunsten seines Serums angeführt.

„Ueber die Anwendung des letzteren beim Menschen können Sie natürlich besser urteilen als ich. In der Literatur fand ich die Angaben des Herrn Haller („Wratschebnaja Gaseta" 1909, Nr. 1, pag. 28), welcher auf Grund seiner Erfahrung das Wiener und das Pariser Serum dem Kronstädter vorzieht, da es ihm scheine, als sei das letztere weniger antitoxisch".

„Was das Choleraserum des Pariser Instituts betrifft, so ist seine Präventivwirkung gegen die intestinale Cholera junger Kaninchen bewiesen, ebenso wie seine antitoxischen Eigenschaften, doch ist dieses Serum vom Ideal noch weit entfernt und wir sind hier bemüht es zu vervollkommenen" [1]).

Aus den bacteriologischen Instituten der Kaiserlichen Moskauer Universität und der Charkower medicinischen Gesellschaft liefen folgende Antworten ein:

Dr. N. Berestneff (Moskau) teilte mit, dass er persönlich keine Beobachtungen über Choleraheilserum angestellt habe, und Dr. Nedrigailow (Charkow) antwortete folgendes:

„Serum an Menschen anzuwenden, hatte ich keine Gelegenheit, doch wurde im Bacteriologischen Institut ein Serum hergestellt, welches, wie sich bei den Untersuchungen erwies, ebenso wie die Sera aller anderen Laboratorien, starke bactericide und sehr schwache antitoxische Eigenschaften besass. Für die Behandlung der Cholera jedoch ist es gerade wichtig ein antitoxisches Serum anzuwenden". Die Frage, ob ein bactericides Serum bei Cholerakranken angewandt werden dürfe, entscheidet Nedrigailow in bejahendem Sinne, macht aber zur Bedingung, dass „die Anwendung desselben den Charakter einer wissenschaftlichen Beobachtung trage und vor der Hand nur in Hospitälern vorgenommen werde, welche auf wissenschaftlicher Höhe stehen".

Ueber die Resultate, die mit dem Choleraserum an Menschen erzielt worden sind, lasse ich die untenstehenden Daten folgen, welche sich auf die Sera von Denier, Salimbeni, Kraus und Schurupow beziehen [2]).

Serum von Denier.

Dieses Serum, welches unter der Leitung von Roux im Pasteurschen Institut hergestellt war, wurde von seinem Erfinder selbst in Manilla im staatlichen Krankenhause angewandt. Die Resultate der Behandlung Cholerakranker mit und ohne Serum sind in der Arbeit Strongs „The investigations carried on by the Biological Laboratory in Relation to the Suppression of the Recent Cholera Outbreak in Manila" (The Philippine Journal of Science, vol. II, 1907, Nr. 5, pag. 415) veröffentlicht, in welcher sich folgende Angaben finden: Von 21 Kranken, die nicht mit Serum behandelt wurden, starben 13 (72 %); von 16 mit antitoxischem Serum Behandelten starben 11 (75 %), und von 5 Kranken, die bactericides Serum erhielten, starben 2 (40 %). Aus diesen Daten schliesst Strong, dass das antitoxische Serum ungünstig wirkt, da Denier bei seiner Anwendung eine erhöhte Sterblichkeit notierte, und dass hinsichtlich des bactericiden Serums infolge der geringen Zahl von Beobachtungen vor der Hand sich keine Schlüsse ziehen lassen.

Serum von Salimbeni (Paris).

Dieses Serum wurde im Jahre 1908 im Marien-Hospital zu St. Petersburg an 12 Kranken angewandt.

---

[1]) Die Veröffentlichung der von Tomarkin und Carrière im Berner Seruminstitut angestellten Serum-Heilversuche mit verschiedenen Choleraserumarten wird in Kürze erfolgen.

[1]) Im Briefe Prof. Metschnikoffs findet sich ausser dem oben Gesagten noch seine Ansicht über die Choleraimpfung. Angesichts des besonderen Interesses dieser Meinung, die mit der vorhin erwähnten Meinung Pfeiffers in striktem Widerspruch steht, führe ich sie hier an. «Ich überzeuge mich mehr und mehr», schreibt Metschnikoff, «von der Unwirksamkeit der Choleraimpfungen. Noch unlängst wurden in meinem Laboratorium durch Hitze (60°) getötete Choleraculturen an jungen Kaninchen geprüft, und das Resultat war ein vollkommen negatives. Diese Tatsache bestätigt meine früheren Erfahrungen in dieser Frage. Und auch das Lesen der Literatur über die Schutzimpfungen ist weit davon entfernt von ihrem Nutzen zu überzeugen». L. B.

[2]) Ueber die Sera von Dzierzgowski und Kolle sind die vorhandenen Erfahrungen noch so spärlich; dass ich von ihnen nicht reden kann. L. B.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Von den letzteren starben 9 oder 75 %. Die Gesamtsterblichkeit der Kranken, bei denen die Cholera bacteriologisch festgestellt war, war geringer (64 %), doch wäre hier ein Vergleich der Procentzahlen nicht statthaft, da das Serum ausschliesslich in besonders schweren, hoffnungslosen Fällen zur Anwendung kam (briefliche Mitteilung von Dr. Trojanow von 16. Jan. 1909).

Sodann wurde mit dem Salimbenischen Serum im Alexander-Hospital zur Erinnerung an den 19. Februar 1861 behandelt. Von 67 Kranken starben 42 oder 62,7 %, während die nicht mit Serum behandelten eine Mortalität von ca. 66 % ergaben. Das Serum wurde grösstenteils unter die Haut gespritzt, in einer Quantität von 40—120 cc.; nur in 4 Fällen wurde dasselbe in die Venen infundiert, in einer Menge bis zu 300 cc., und diese 4 Fälle verliefen alle tötlich (briefliche Mitteilung von Prof. W. Dobroklonski vom 23. März 1909).

Ferner kam das Salimbenische Serum in der von Prof. N. Tschistowisch geleiteten Klinik für acute Infectionskrankheiten an der Kaiserlichen Militär-Medicinischen Akademie zur Anwendung. Zur Beobachtung kamen 15 schwere Fälle mit algidem Stadium. Das Serum wurde in Dosen von 100—300 cc. unter die Haut gespritzt. Es starben 8 Patienten oder 53,3 % (briefliche Mitteilung von Prof. N. Tschistowitsch von 22. März 1909).

Auch im Peter-Pauls-Hospital zu St. Petersburg wurden im Jahre 1908 Cholerakranke mit Salimbenischem Serum behandelt, doch sind die aus diesem Hospital vom Oberarzte Prof. G. Smirnow und vom Leiter der Choleraabteilung Prof. A. Lewin zugestellten Zahlen einander widersprechend, weshalb ich dieselben hier nicht anführe. In einem Puncte jedoch stimmen die Proff. Smirnow und Lewin überein, nämlich, das sowohl das Salimbenische, als auch die anderen Sera (von Schurupow und Dzierzgowski) keinen merklichen Einfluss auf den Verlauf der Cholera ausübten, weder im Sinne einer Erleichterung der Krankheitssymptome noch im Sinne einer Herabsetzung der gewöhnlichen Mortalitätsziffer.

In Saratow hat Dr. P. Haller mit dem Salimbenischen Serum im Jahre 1908 6 Patienten behandelt. Von diesen, unter denen sich übrigens keine hoffnungslosen Fälle befanden, starben 2 oder 33,3 % (briefliche Mitteilung vom 22. Januar 1909).

Schliesslich gibt Dr. W. Taranuchin, welcher das Salimbenische Serum in einigen Fällen angewandt hat, an, dass er befriedigende Resultate erzielt habe. Angaben darüber, wo seine Beobachtungen angestellt wurden, sowie sonstige Details fehlen in seiner brieflichen Mitteilung vom 22. Januar 1909.

Serum von Kraus (Wien).

Dasselbe wurde von Prof. W. Wyssokowitsch im Jahre 1907 angewandt. Nach den Angaben von Schurupow („Zur Frage von der Gewinnung von Choleraserum", „Russkij Wratsch" 1908, Nr. 40, pag. 1313, russisch) hielt Wyssokowitsch, auf Grund der erhaltenen Resultate es nicht für möglich, dem Serum eine heilende Bedeutung zuzuerkennen: die mit Krausschem Serum behandelten Kranken starben in demselben Verhältnisse wie diejenigen, die nach andern Methoden behandelt wurden.

Von den 7 Cholerakranken, die P. Haller in Saratow mit Krausschem Serum behandelt hat, sind 3 oder 43 % gestorben (schriftliche Mitteilung vom 22. Januar 1909).

Auch im weiblichen Obuchow-Hospital zu St. Petersburg wurden Cholerakranke mit dem genannten Serum behandelt. Hier starben von 54 mit Serum behandelten 29 (53,7 %). Von 562 nicht mit Serum behandelten starben 274 (48,7 %). Ein Vergleich der angeführten Mortalitätsziffern ist jedoch nicht statthaft, da, wie Dr. W. Kernig mitteilt, zur Serumbehandlung die schwersten Fälle ausgesucht wurden (briefliche Mitteilung vom 17. Jan. 1909).

Im Maria-Magdalenen-Hospital zu St. Petersburg wurde das Kraussche Serum an 53 Kranken als subcutane Injection in Mengen von 40 bis 100 cc. pro dosi angewandt. Von den Behandelten starben 32 oder 60,37 %. Unter den nicht mit Serum Behandelten betrug die Sterblichkeit 69,4 %. Allein auch hier sind die Procentzahlen nach Aussage der Aerzte, welche die Kranken beobachteten, nicht ganz gut vergleichbar, da die nicht mit Serum behandelten Fälle der Periode des Anstieges und des Höhepunctes der Epidemie angehörten, wogegen die mit Serum behandelten in die Periode der Abnahme der Epidemie fielen. Im allgemeinen äussern sich die Aerzte des genannten Hospitals über das Serum folgendermassen:

1. „Die Seruminjectionen sind mit keinerlei schädlichen Nebenerscheinungen verknüpft".

2. „Nach der Seruminjection war in einigen Fällen eine Besserung des Allgemeinzustandes des Patienten zu beobachten: die Cyanose nahm ab, der Puls wurde kräftiger, die Extremitäten wärmer, das Befinden besser. Allein nach Verlauf von 12—18 Stunden verschlimmerte sich dieser Zustand meist von neuem und eine Wiederholung der Seruminjection hatte dann schon keinen merklichen Erfolg mehr. („Versuch mit Choleraserum von Prof. Kraus", von Jegunow, Wereschtschagina, Wigdortschik, Pawlowa und Stukowa aus der therapeutischen Abteilung von Privatdoc. N. Ketscher am Maria-Magdalenen-Hospital. „Russkij Wratsch", 1908, Bd. VII, Nr. 41, pag. 1358, russisch).

Später wurden im Maria-Magdalenen-Hospital noch weitere 12 Kranke mit Serum behandelt und zwar wurden diesmal sofort nach der Aufnahme ins Krankenhaus den Patienten grosse Dosen des Serums, bis zu 300 cc., in die Venen infundiert. Von diesen 12 Kranken starben 6 oder 50 %. „Der Gesamteindruck", erklärt der Leiter der therapeutischen Abteilung des Maria-Magdalenen-Hospitals, Privatdoc. N. Ketscher, ist der, dass ein grosser Nutzen von der Anwendung des Serums angesichts des allzu acuten Verlaufes der Choleraintoxication nicht zu erwarten ist" (briefliche Mitteilung von Dr. Ketscher vom 4. März 1909).

A. Jegunow (Ueber intravenöse Eingiessungen von Choleraserum des Prof. Kraus zu Heilzwecken; „Russkij Wratsch", 1909, Bd. VIII, Nr. 11, pag. 361, russisch) veröffentlicht einen Bericht über die letztere Gruppe von Kranken, d. h. über die im Maria-Magdalenen-Hospital intravenös mit Serum behandelten. Unter denselben starben von 12, wie schon erwähnt, 6 (50%). Die Schlussfolgerungen Dr. Jegunows sind diese:

1. „Intravenöse Eingiessungen von Serum in Mengen bis zu 140 cc. auf einmal, zugleich mit 500—700 cc. Salzlösung (9,0:1000) haben für den Kranken keine schädlichen Folgen und sind von keinen Nebenwirkungen begleitet".

2. „In den Fällen, wo nach der ersten Seruminfusion keine Besserung eintrat, hatte eine wiederholte Infusion von 80—120 cc. Serum ebenfalls keinerlei Erfolg".

3. „In den Fällen, wo die Patienten nach der ersten Seruminfusion wohlbehalten das algide Stadium überstanden und nach 1—2-tägiger Anurie die Harnabsonderung sich wieder einstellte, konnte eine wiederholte Seruminfusion (80—120 cc.) weder dem Eintreten des typhösen Stadiums vorbeugen, noch auch die Schwere der sich entwickelnden parenchymatösen Nephritis, welche den Tod herbeiführte, verringern".

4. „Diejenigen Fälle, in denen nach der ersten Infusion eine schnelle Besserung eintrat und der nephriti-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sche Harn bald einem normalen Platz machte, geben keine Anhalspuncte zur Annahme, dass die Besserung eine Folge der Serumtherapie sei".

5. „Die Herabsetzung der Sterblichkeit unter den mit Serum behandelten (von 75% auf 50%) kann nicht als solides Argument zu Gunsten des Serums angesehen werden, da die Beobachtungen zu wenig zahlreich sind".

6. „Die Serumtherapie hob die Notwendigkeit der üblichen symptomatischen Behandlung nicht auf".

7. „Die Leichen der nach der Serumbehandlung Gestorbenen boten das nämliche pathologisch-anatomische Bild dar, wie es überhaupt während dieser Choleraepidemie beobachtet wurde".

8. „Eine heilende Wirkung des Serums von Prof. Kraus bleibt auch nach dem Versuche seiner Anwendung im Maria-Magdalenen-Hospital an leichteren Kranken, die am meisten und vor allen anderen, eines Heilmittels bedurften, vollkommen unbewiesen".

Schliesslich ist die Wirkung des Kraus schen Serums an Cholerakranken in St. Petersburg auch von Prof. Kraus selbst, der zu diesem Zwecke von der oesterreichischen Regierung nach Russland entsandt worden war, beobachtet worden [1]).

Prof. Kraus (Ueber den derzeitigen Stand der ätiologischen Diagnose und der antitoxischen Therapie der Cholera asiatica; Wiener klin. Wochenschr. 1909, Bd. 22, Nr. 2, pag. 43) machte über die Resultate seiner Serumtherapie in Petersburg folgende Mitteilung. Behandelt wurden im ganzen 119 Fälle; unter ihnen 70 subcutan und 49 intravenös. Von den subcutan Behandelten starben 58%; von den intravenös Behandelten von 50% (Maria-Magdalenen-Hospital, 12 Fälle) bis 51,3% (weibl. Obuchowhospital, 35 Fälle). Da das Serum ausschliesslich bei schweren Fällen angewandt wurde, ist Kraus geneigt demselben einen gewissen Erfolg zuzuschreiben welcher, wie er meint, bei intravenöser Application deutlicher zutage trat.

Aus seinen Beobachtungen zieht Kraus den Schluss, dass das Serum, angesichts der ausserordentlichen Empfindlichkeit der Menschen der Cholerainfection gegenüber, nur dann wirksam sein kann, wenn es in den ersten Stunden nach der Infection in Anwendung kommt, — mit anderen Worten, den ungenügenden Erfolg der Serumbehandlung sieht Kraus in der zu späten Anwendung des Serums [2]). Dass aber die Zeit der Anwendung des Serums von Bedeutung ist, sagt Kraus, darf uns nicht wundern. Ist doch auch das Diphtherieheilserum, an dessen Heilkraft ja niemand zweifelt, unwirksam, wenn es zu spät, etwa am dritten oder vierten Krankheitstage in Anwendung kommt. Bei der Cholera zählt die Zeit, während welcher die Serumtherapie geboten ist, infolge des äusserst acuten Verlaufs dieser Krankheit, nicht nach Tagen, sondern nach Stunden (wie beim Tetanus).

Serum von Schurupow.

I. Schurupow („Zur Frage von der Gewinnung eines Choleraheilserums", „Russkij Wratsch", 1908, Nr. 40, pag. 1313 russisch) äussert sich über sein Serum folgendermassen:

„Das von mir erhaltene Choleraserum besitzt entschieden eine Heilwirkung. Dieses Serum ist nicht bactericid und kann daher, in den menschlichen Organismus gebracht, selbst in grossen Dosen keinerlei schädliche Folgen herbeiführen, ausser etwa einer Urticaria, welche ja überhaupt bei Serumbehandlung beobachtet wird".

Die ersten Nachrichten über Resultate der Behandlung mit Schurupowschem Choleraserum erschienen in der Presse im Herbste 1903 in Form einer Notiz im „Russkij Wratsch" (1908, Bd. VII, Nr. 33, 16. August, pag. 1117) folgenden Inhalts:

„Dr. Berdnikow teilt aus Zarizyn über die Anwendung von Serum bei der Behandlung Cholerakranker sehr erfreuliche Daten mit. Die Mortalität ist unter den nicht mit Serum Behandelten bedeutend grösser als unter den Behandelten. Für die Zeit vom 6. bis zum 11. August betrug die Sterblichkeit der Nichtbehandelten 52%, die der Behandelten 20%. Gegenwärtig hat das Institut für experimentelle Medicin Choleraserum zum Zwecke seiner Prüfung ausser dem zu diesem Behufe abkommandierten Dr. Berdnikow noch folgenden Personen zugesandt: Prof. Sabolotny nach Astrachan, Privatdoc. Taranuchin nach Ssaratow, Dr. Haller nach Ssaratow und Dr. Parijskij nach Rostow am Don".

Einige Zeit nach der genannten Notiz veröffentlichte Dr. Berdnikow, der zur Erforschung der Wirkung des Serums auf Menschen nach Zarizyn und Rostow am Don entsandt worden war, im „Russkij Wratsch" (Versuch der Anwendung im Zarizyner Cholerahospital von Choleraserum, hergestellt von Mag. veter. I. Schurupow im Laboratorium auf dem Fort „Alexander I" in Kronstadt; 1908, Nr. 37, pag. 1213) genauere Daten, welche jedoch lange nicht so günstig waren, wie die oben genannten. Berdnikow behandelte die Kranken mit den Serumdosen, welche Schurupow angegeben hatte, und verringerte dieselben bei wiederholter Anwendung, wenn der Fall günstig verlief. Von 20 mit Serum Behandelten starben 7 und genasen 13; der Procentsatz der Gestorbenen betrug 35, der der Genesenen 65. Von 28 nicht mit Serum behandelten Kranken waren im Hospital 64% gestorben und 36% genesen. Die mit Serum behandelten Cholerakranken unterschieden sich hinsichtlich der Intensität der Krankheitserscheinungen nicht von den nicht mit Serum behandelten, die zur Controlle dienten.

Ausser den soeben angeführten Daten teilt A. Berdnikow in seinem Bericht an den Ober-Medicinalinspector noch folgende mit:

Von 14 weiteren in Zarizyn mit Serum behandelten Kranken starben 10, also 71,4%. Dieses ungünstige Resultat erklärt Berdnikow durch schwächere Wirkung der zweiten Sendung des Serums.

In Rostow am Don behandelte Berdnikow 9 Personen mit Serum. Von diesen starben 8, d. h. 88,9%, während von 8 Kranken, die ohne Serum behandelt worden waren, nur 4 gestorben waren, also 50%.

In seiner Abhandlung im „Archiv für biologische Wissenschaften" (Zur Frage von der Serumtherapie der Cholera asiatica, Bd XIV, H. 5) teilt Berdnikow bezüglich der letzten Gruppe von Kranken (d. h. der in Rostow am Don behandelten) etwas abweichende Zahlen mit, nämlich: von 10 mit Serum Behandelten starben 9 (90%) und von 8 Controllpatienten 5 (62,5%).

Berdnikow zieht folgende Schlüsse über der Heilwirkung des Serums:

„Stellt man die Resultate der Serumbehandlung zusammen", sagt er, „so fällt der Unterschied zwischen den Resultaten der ersten Gruppe und denen der beiden anderen auf. Während wir in der ersten Gruppe ohne

[1]) Hier muss bemerkt werden, dass die von Kraus veröffentlichten Beobachtungen, die er am weiblichen Obuchow-Hospital und am Maria-Magdalenen-Hospital angestellt hat, sich auf dieselben Kranken beziehen, von denen bereits oben in den Berichten der DDr. W. Kernig und N. Ketscher die Rede war.
L. B.

[2]) Kraus erklärt übrigens den Menschen für ebenso choleraempfindlich wie das Meerschweinchen. Wenn dem so ist, so muss das antitoxische Serum zur Behandlung von Menschen untauglich sein, da die ungünstigen Resultate der Serumtherapie an Meerschweinchen nach Kraus' eigener Meinung nur darin ihre Erklärung finden, dass diese Tiere für derartige Versuche allzu empfindlich gegen Cholera sind.
L. B.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mühe mehr als ermutigende Erfolge erblicken können, wurde der Verlauf der Erkrankung in den beiden letzten Gruppen selbst durch grosse Dosen des Serums nicht beeinflusst" [1]). „Um diese Tatsache zu erklären, müssten wir die Art der Herstellung des Serums, sowie der Prüfung seiner verschiedenen Portionen im Laboratorium ausführlich durchnehmen. Diese Frage aber gehört nicht in den Rahmen meines Aufsatzes und ich glaube, sie wird durch genaue Mitteilungen Schurupow's selbst aufgeklärt werden.

„Ich kann meinerseits", fährt Berdnikow fort, „sagen, dass, nach dem vorhandenen Material zu urteilen, das nach dem von I. Schurupow eingeführten Princip hergestellte Serum, den Verlauf der Cholera in günstigem Sinne zu beeinflussen und die Sterblichkeit bedeutend herabzusetzen vermag".

Berdnikow schliesst seinen Aufsatz mit folgenden Sätzen:

1) „Die Mehrzahl der statistischen Ergebnisse über die Choleramortalität verdienen kein Zutrauen, weil die Diagnose den modernen Forderungen der Wissenschaft nicht entspricht".

2) „Für vergleichbar dürfen nur die Ziffern derjenigen Hospitäler gehalten werden, welche sich in gleichen Lebensbedingungen befinden und an die Diagnose der Cholera die gleichen Anforderungen stellen".

3) „Die gegenwärtige Therapie der Cholera ergibt Resultate, mit denen man sich auch temporär nicht begnügen darf 50—60% Sterblichkeit)".

4) „Die Versuche über Behandlung der Cholera mit antiendotoxischem Serum geben Grund, in allernächster Zukunft eine bedeutendere Besserung in den Resultaten der Choleratherapie zu erwarten".

Noch schlechtere Resultate als Berdnikow, bei dem im Mittel die Sterblichkeit 58,8% betrug, erzielten die DDr. Haller und Parijski.

Bei Dr. Haller in Saratow starben von 13 Kranken, die er mit Schurupowschem Serum behandelte, 10, was 77 % ausmacht (briefliche Mitteilung vom 22. Januar 1909). In seinem Aufsatze „Beobachtungen über Serumtherapie der Cholera" („Wratschebnaja Gaseta", 1909, Nr. 1, pag. 26) schreibt Haller, das Schurupowsche Serum habe schwächere Resultate ergeben, als die Sera von Kraus und von Salimbeni, und das erstere scheine ihm weniger antitoxisch zu sein als die letzteren, doch fügt er selbst hinzu, dieser Unterschied könne möglicherweise davon abhängen, dass er das Schurupowsche Serum in geringeren Dosen, meist subcutan und nicht intravenös und bei einer grossen Zahl von aussichtslosen Kranken angewandt habe [2]).

Dr. Parijski teilte mit, dass nach den im Städtischen Krankenhause zu Rostow am Don angestellten Beobachtungen die Behandlung der Cholerakranken mit antitoxischem Serum bei gleichzeitigen Kochsalzinfusionen keinen ausgeprägten Unterschied im Vergleich zur Behandlung mit Kochsalzinfusionen allein erkennen liess. Der gleichen Meinung ist nach der Angabe Dr. Parijskis auch Prof. Wyssokowitsch. Aus dem Vortrage des Dr. N. Kusnezow in der Gesellschaft der Aerzte von Rostow und Nachitschewan am Don, am 9. December 1908 (im Excerpt von Dr. Parijski eingesandt) ist ersichtlich, dass von 20 mit Schurupowschem Serum behandelten Kranken 17 gestorben und 3 genesen sind, was eine Mortalität von 85 % ergibt.

Prof. D. Sabolotny wandte das Schurupowsche Serum (in Astrachan) in 7 Fällen an, von denen 6 letal verliefen (88,7 %) (briefliche Mitteilung vom 18. Januar 1909).

Auch in den Petersburger Hospitälern wurde das Schurupowsche Serum angewandt, und zwar mit sehr verschiedenem Resultat: während z. B. im männlichen Obuchow-Hospital die Gesamtsterblichkeit bei der Serumtherapie 30 % ausmachte, betrug dieselbe im Botkinschen Baraken-Hospital 71,1 %.

Die Beobachtungen im männlichen Obuchow-Hospital teilt Dr. Stülern in 2 Serien. In der ersten Serie (55 Fälle, darunter viele schwere und mit Alcoholismus sowie chronischen Krankheiten complicierte) war die Mortalität 43,6 %. In der zweiten Serie (23 Fälle, darunter 2 fulminante, 4 mit sehr acutem Verlauf, 17 mit mehr oder weniger schwerem Stadium algidum) betrug die Mortalität 17,4 %. In der zweiten Serie, welche ein so günstiges Resultat ergab, wurde das Serum in bedeutend grösseren Dosen angewandt als in der ersten Serie, in welcher die von Schurupow selbst angegebenen Dosen eingehalten wurden.

Das Gesamtresultat der im männlichen Obuchow-Hospital angestellten Beobachtungen ist nach den Angaben des Oberarztes Dr. A. Netschajeff und des Dr. W. Stülern (briefliche Mitteilungen vom 22. und 19. Januar 1909) folgendes: von 90 Kranken, welche mit Schurupowschem Serum unter gleichzeitiger Anwendung von intravenösen Kochsalzinfusionen behandelt waren, starben 31 (34,4 %); von 1252 Kranken, die blos Infusionen von Salzlösung erhalten hatten, starben 526 (42,0 %).

Im ausführlichen Bericht über die Cholerakranken, welche im männlichen Obuchow-Hospital mit Schurupowschem Serum behandelt waren, veröffentlicht M. Tuschinski („Die ersten 5 Monate der Choleraepidemie 1908/9 nach dem Material des männlichen Obuchow-Hospital; „Russkij Wratsch" 1909, Bd. VIII, Nr. 10, pag. 325, Nr. 11, pag. 365) folgende Daten: Die Beobachtungen beschränken sich nicht, wie in den oben erwähnten Berichten der DDr. Netschajeff und Stülern auf die Zeitperiode bis zum 31. Dezember 1908, sondern erstrecken sich bis zum 22. Januar d. J. (inclusive). Die Zahl der mit Serum und reichlichen Kochsalzinfusionen Behandelten betrug 153; von denselben waren 46 Kranke oder 30 % gestorben. Vergleicht man die Mortalität der mit Serum Behandelten mit derjenigen ohne Serum Behandelter, so ergibt sich folgendes interessante Resultat: Da das Serum in leichten Cholerafällen nicht angewandt wurde, schliesst Dr. Tuschinski, um einen richtigen Vergleich anstellen zu können, aus der Zahl der nicht mit Serum behandelten Kranken alle leichten Fälle aus; die im weiteren angeführten Zahlen beziehen sich daher nur auf schwere und mittelschwere Fälle. Von 742 derartigen Kranken, die weder Serum, noch systematische intravenöse Infusionen von Kochsalzlösungen erhalten hatten, starben 407 Personen, oder 54,9 %; von 193 Patienten, welche zwar systematische Kochsalzlösungen, aber kein Serum bekommen hatten, starben 64 Personen oder 33,2 %; von 153 Kranke endlich, an denen sowohl Infusionen als auch Serum angewandt worden war, starben 46 Personen oder 30,0 %. „Vergleicht man diese Daten", sagt M.

---

[1]) Mir scheint, dass man bei den beiden letzten Gruppen, in denen von 14 Personen 10 und von 10 Personen 9 starben, wohl kaum vom Fehlen einer Beeinflussung des Kranheitsverlaufes durch das Serum, sondern vielmehr von einer Beeinflussung desselben in ungünstiger Weise reden kann. L. B.

[2]) In demselben Aufsatze bringt Dr. Haller eine Zusammenstellung der Daten bezüglich der 3 von ihm benutzten Sera von Schurupow, Kraus und Salimbeni. «Alle desperaten Fälle verliefen tötlich sowohl bei der Serumbehandlung (7 Personen), als auch ohne dieselbe (5 Pers.); von den «schweren Fällen» starben bei der Serumbehandlung 34 % (4 Pers. von 11) und von den «mittelschweren» 50 % (4 von 8); in leichten Fällen wurde das Serum nicht angewandt. Wie wenig diese Ziffern infolge der geringen Zahl von Beobachtungen bedeuten, ist daraus ersichtlich, dass die «schweren Fälle» der Cholera eine geringere Sterblichkeit ergaben, als die «mittelschweren». L. B.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Tuschinski, „so fällt der Unterschied in der Mortalität bei der Behandlung mit Serum und Infusionen einerseits und bei Abwesenheit dieser Behandlung andererseits stark in die Augen"... „Der Umstand, dass beim Vergleich der Behandlung mit Kochsalzinfusionen allein und derjenigen mit Infusionen und Serum gleichzeitig, sich ein wenn auch geringer Unterschied der Mortalität zugunsten der letzteren Behandlungsweise ergibt, ferner die Abhängigkeit der Sterblichkeit von den Mengen des eingeführten Serums, die Beobachtung, dass die Prognose um so besser ist, je früher das Serum zur Anwendung kam, sowie dass algide Cholerakranke mit Serum behandelt, nicht in das typhöse Stadium gelangen, und endlich, dass diejenigen, welche gleich zu Anfang der Erkrankung in Behandlung kamen und Serum erhielten, alle gesund geworden sind: — das alles", bemerkt weiter Tuschinski, „scheint mir dafür zu sprechen, dass das Serum eine Heilkraft besitzt und auch fernerhin angewandt zu werden verdient".

Im Alexander-Hospital zur Erinnerung an den 19. Februar 1861 wurde das Schurupowsche Serum an 74 Patienten angewandt, von denen 45 starben (60,9 %). Das Serum wurde fast ausschliesslich unter die Haut gespritzt, in Dosen von 30 bis 120 cc. auf einmal Erst gegen Ende der Epidemie begann man grössere Serumdosen, 180—250 cc. anzuwenden. Von 9 so behandelten Kranken starben nur 3 (33,3 %). Auf Grund der von den Aerzten dieses Hospitals über die Sera von Schurupow und Salimbeni gemachten Beobachtungen kommt Prof. Dobroklonski zu folgenden Schlüssen:

1. „Das Serum hat, auch in grossen Dosen angewandt, keine schädliche Wirkung und ruft keine Nebenerscheinungen hervor". 2. „Die Behandlung mit subcutanen Seruminfusionen setzt die Sterblichkeit bei der Cholera nicht herab". 3. „Von einer Anwendung grosser Dosen Schurupowschen Serums lassen sich günstigere Resultate erwarten". 4. „Eine Fortsetzung der Heilversuche mit Choleraserum erscheint notwendig" (briefliche Mitteilung vom 23. März 1909).

Im Botkinschen Barackenhospital wurden laut Mitteilung des Oberarztes Dr. S. Possadski mit Schurupowschem Serum 45 Kranke behandelt, darunter 41 mit „schwerem Stadium algidum" und 4 mit „algidem Stadium von mittlerer Schwere". Von den Behandelten genasen 13 und starben 32; die Sterblichkeit betrug 71,1 %. Ein solches Resultat, meint Dr. S. Possadski „gibt das volle Recht, die Beobachtungen über Schurupowsches Serum fortzusetzen, da bei der algiden Form der Cholera im Jahre 1908 die Gesamtsterblichkeit 83,9 % betrug" (in dem von ihm geleiteten Hospital).

Mit Schurupowschem Serum wurde auch im Peter-Paul-Hospital behandelt, jedoch in einer geringen Zahl von Fällen und gleichzeitig mit Salimbenischem Serum. Der Gesamtresultate der in diesem Hospital vorgenommenen Serumbehandlung erwähnte ich bereits oben; getrennte Angaben über das Schurupowsche Serum kann ich nicht liefern, da es nicht gelang, dieselben zu erhalten.

Schliesslich wurde das Schurupowsche Serum noch in Kronstadt im Marine-Hospital angewandt. Aus den Mitteilung des Oberarztes W. Issajew ist ersichtlich, dass von 34 mit diesem Serum Behandelten 20 Personen oder 58,8 % gestorben sind. Die Resultate waren im ganzen bessere, wenn das Serum gleichzeitig mit relativ grossen Mengen physiologischer Salzlösung ($2^1/_2$ Liter) in die Venen infundiert wurde, wobei Eingiessungen von gleichen Mengen Salzlösung allein in ungefähr gleich schweren Fällen eine „analoge Wirkung" ausübten. Eine unbestreitbare specifische Heilwirkung des Serums, im Vergleich mit der üblichen Behandlungsweise mit grossen intravenösen Infusionen wurde nach Aussage von Dr. Jssajew nicht beobachtet.

Die nämlichen Resultate lieferten im Kronstädter Marinehospital auch andore Sera und zwar: die Sera von Kraus, Salimbeni, das dortige Hospitalsserum (von Bielonowski und Werzbitzki), dasjenige von Kolle, das Pestserum des Instituts für experimentelle Medicin, normales Pferdeserum, sowie schliesslich das Serum eines Patienten, der soeben die Cholera durchgemacht hatte.

Was nun die Prüfung der verschiedenen Sera im Laboratorium anbelangt, so ergaben die Versuche, schreibt Dr. W. Issajew, die folgenden Resultate, die für die Beurteilung der Sera gewiss von Interesse sind. Die Sera von Schurupow, Salimbeni und Kraus agglutinierten die Cultur des Choleravibrio in Verdünnung von 1:5000, das Serum von Kolle aber 1:10000. Die an Meerschweinchen geprüfte Schutzkraft, sowie die Heilkraft bei gleichzeitiger Infection, war für die Sera von Schurupow und Salimbeni $^1/_{10}$ cc., Kraus $^1/_{50}$ und Kolle $^1/_{100}$ cc.

Zum Schluss sollte ich vielleicht, auf Grund der angeführten Daten eine allgemeine Abschätzung der Serumtherapie der Cholera vorführen, doch muss ich angesichts der vielfach sich widersprechenden Angaben, der vollkommenen Unsicherheit der statistischen Berechnungen, die sich auf sehr kleinen Zahlen und ein ungleiches Krankenmaterial stützen, sowie auch der Verschiedenheit der Anwendungsart des Serums und der Dosierung desselben, von einem Gesamturteil abstehen und mich darauf beschränken, die untenstehende Tafel ohne Commentarien zu den in derselben enthaltenen Ziffern zu bringen.

Zur Klärung der Frage von der Bedeutung des Schurupowschen Choleraheilserums trugen ferner die nachträglichen Angaben bei, welche die zur Sitzung der Commission geladenen Herren: Prof, N. Tschistowitsch, DDr. S. Possadski, A. Berdnikow, W. Stülern und Mag. veter. I. Schurupow, persönlich mitteilten.

Dr. Stülern brachte eine Zusammenstellung der mit dem Schurupowschen Choleraheilserum im männlichen Obuchow-Hospital erzielten Gesamtresultate für die ganze Zeit der Serumanwendung: von 187 mit Serum Behandelten waren 56 gestorben, die Mortalität betrug 29,9 %. Das Serum wurde stets in die Venen infundiert in Mengen von 100—200 cc., zusammen mit 2—3,5 Litern physiologischer Kochsalzlösung, wobei gleichzeitig noch 60—100 cc. Serum mit 100—500 cc. Salzlösung unter die Haut gespritzt wurde. In dieser Form wurden die Einspritzungen bei Bedarf 2—3 Mal wiederholt [3]).

Wichtig für die Beurteilung der Resultate der Therapie mit Schurupowschem Serum sind folgende Angaben Dr. Stülerns: das Eintreten des ty-

---

[1]) In der erst nach beendigter Abfassung dieses Vortrages erschienenen Veröffentlichung Dr. Stülerns («Weitere Beobachtungen über die Heilwirkung des Choleraserums von Mag. veter. I. Schurupow»; «Russkij Wratsch», 1909, 25. April, Nr. 17, pag. 561—567, russisch) finden sich genauere Angaben über die verwendeten Serumdosen. Obwohl die intravenös einverleibte Einzeldosis die angeführten 200 cc. nicht überstieg, so erreichte, da die intravenösen Infusionen bisweilen bis zu 5 Mal wiederholt wurden und das Serum noch ausserdem 1—2 Mal täglich unter die Haut gespritzt wurde (bei eintretendem typhoïdem Stadium bis zu 7 Tagen nach einander), die Gesamtmenge des einem Kranken während der ganzen Cur einverleibten Serums in einigen Fällen 1000 cc.; die maximale Menge betrug sogar 1390 cc.

L. B.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

phoïden Stadiums wurde bei der Serumbehandlung blos in 18% der Fälle beobachtet, bei Anwendung von Kochsalzinfusionen allein in 30%. Bei Kranken mit mittelschwerem algidem Stadium kam es bei Serumanwendung überhaupt nicht zur Entwickelung des typhoïden Stadiums und war die Sterblichkeit gleich 0, während bei der Behandlung mit Kochsalzinfusionen allein unter den Fällen von gleicher Schwere typhoïdes Stadium vorkam und die Sterblichkeit 6,8% betrug.

SERA.	SALIMBENI.			KRAUS.			SCHURUPOW.			ALLE 3 SERA.		
HOSPITAELER ¹)	Behandelt.	Gestorben.	Mortalität.	Behandelt.	Gestorben.	Mortalität.	Behandelt.	Gestorben.	Mortalität.	Behandelt.	Gestorben.	Mortalität.
Klinik v. Prof. Tschistowitsch	15	8	53,3	—	—	—	—	—	—	15	8	53,3
Botkin-Baracken-Hosp.	—	—	—	—	—	—	45	32	71,1	45	32	71,1
Maria-Magdalenen-Hosp.	—	—	—	65	38	58,8	—	—	—	65	38	58,5
Marien-Hosp. für Arme	12	9	75,0	—	—	—	—	—	—	12	9	75,0
Männl. Obuchow-Hosp.	—	—	—	—	—	—	153	46	30,0	153	46	30,0
Weibl. Obuchow-Hosp.	—	—	—	61	31	50,8	—	—	—	61	31	50,8
Alexander-Hosp. 19. Febr.	67	42	62,7	—	—	—	74	45	60,9	141	87	61,7
Kronstädter Marinehosp.	—	—	—	—	—	—	34	20	58,8	34	20	58,8
Ssaratower Gouv.-Hosp.	6	2	33,3	7	3	42,9	13	10	76,9	26	15	57,7
Rostower Stadt-Hosp. ²)	—	—	—	—	—	—	21	18	85,7	21	18	85,7
Zarizyner Cholera-Hosp.	—	—	—	—	—	—	34	17	50,0	34	17	50,0
Astrachaner Hosp.	—	—	—	—	—	—	7	6	85,7	7	6	85,7
Im Ganzen	100	61	61,0	133	72	54,1	381	194	50,9	614	327	53,3

I. Schurupow erklärte, dass die negativen Resultate, die bei der Serumtherapie in Zarizyn, Rostow am Don und Ssaratow erhalten waren, seiner Meinung nach erstens dadurch bedingt waren, dass er in die genannten Städte Serum geschickt hatte, welches zuvor pasteurisiert worden war und daher, wie sich erst später erwies, an Wirksamkeit eingebüsst hatte, zweitens dadurch, dass das Serum infolge der Eile zu bald nach der letzten an den Pferden vorgenommenen Endotoxin-Einspritzung entnommen war, drittens endlich dadurch, dass, die DDr. Parijski und Haller (Rostow am Don) zu kleine Dosen anwandten, welche nach den Beobachtungen von Dr. Stülern unwirksam sind.

Was nun die starken Differenzen in den Resultaten betrifft, die im männlichen Obuchow-Hospital und im Botkinschen Barackenhospital beobachtet worden sind, so erklärt I. Schurupow dieselben durch Anwendung zu kleiner Dosen und subcutane Application statt der intravenösen in dem letzteren Hospital.

Auch Dr. Berdnikow äusserte sich dahin, dass die Unterschiede in den Resultaten der genannten Hospitäler von der Anwendungsweise und vor allem von der Dosierung abhängen konnten. Ausserdem werden nach Berdnikows Ansicht die Zahlen, durch welche in den Hospitälern die Sterblichkeit ausgedrückt wird, stark von der diagnostischen Gruppierung der Kranken beeinflusst: wo man sich an die bacteriologische Untersuchung der Fäces hält, da gelangen offenbar nicht nur Fälle von leichtem Choleradurchfall, sondern auch gesunde Bacillenträger unter die Rubrik Cholera, und wo die Krankheit nur nach dem klinischen Bilde festgestellt wird, da ist der Subjectivismus des die Diagnose Stellenden nicht ausgeschlossen, nicht zu reden von möglichen Irrtümern. Auf Grund des Gesagten meint Berdnikow, man könne nach der Sterblichkeitsziffer überhaupt nicht über den Heileffect des Serums urteilen, sondern müsse dazu genau die Krankengeschichten studieren.

Infolge der von I. Schurupow und A. Berdnikow ausgesprochenen Meinungen wandte sich die Commission an den bei der Sitzung anwesenden Dr. S. Possadski mit der Bitte, ergänzende Angaben zu machen, welche zur Klärung der aufgeworfenen Zweifel dienen könnten ¹).

Ueber den Schaden schliesslich, welchen das Serum etwa anrichten könnte, äusserten sich Schurupow und Berdnikow in übereinstimmender Weise dahin

¹) Das Peter-Paul-Hospital ist wegen der widersprechenden Angaben hier nicht aufgenommen.

²) Zu den 20 Fällen, über die Dr. Parijski berichtet, ist 1 von Dr. Berdnikow beschriebener Fall hinzugefügt; die übrigen 9 Rostower Fälle Berdnikows sind in den Beobachtungen Dr. Parijskis enthalten.

¹) Diese Angaben, die Dr. Possadski nach Abschluss der Arbeiten der Commission vorstellte (12. Apr. 1909) und welche 56 Beobachtungen umfassen, (11 mehr als in seiner ersten Mitteilung) berechtigen zum Schluss, dass die im Verhältnis zu den anderen Hospitälern erhöhte Sterblichkeit im Botkinschen Hospital nicht einfach dadurch zu erklären ist, dass das Serum subcutan, statt intravenös und in ungenügender Dosis, angewandt wurde. Denn aus den ergänzenden Angaben ist ersichtlich, dass von den 56 Patienten nur 13 das Serum ausschliesslich subcutan erhalten hatten, während bei 5 Kranken nur die intravenöse, bei der grössten Mehrzahl der Kranken aber, nämlich bei 38, gleichzeitig die intravenöse und subcutane Application in Anwendung kam. Subcutan wurden 90—360 cc., intravenös 45—200 cc. infundiert; bei Combination beider Methoden wurden je 60—100 cc. in die Venen und unter die Haut gespritzt.

Wenn es statthaft wäre, aus einer so geringen Zahl von Beobachtungen bestimmte Schlüsse zu ziehen, so müsste man aus den von Dr. Possadski gelieferten Ergänzungsdaten eher schliessen, dass die Grösse der Serumdosis keine besondere Rolle spielt, denn im Botkinschen Hospital genasen die einen Patienten nach relativ kleinen Serumdosen und die anderen starben nach Verwendung von grossen Dosen. Auch hinsichtlich der Bedeutung der möglichst frühen Application des Serums, könnten Zweifel aufsteigen. So ist von den (10) Patienten, denen das Serum am ersten und zweiten Krankheitstage unter die Haut gespritzt wurde, kein einziger am Leben geblieben, während von den 3 Kranken, die das Serum erst am dritten Krankheitstage erhielten, 2 genasen. Von den intravenös Behandelten sind wiederum die 2 Patienten, die das Serum am ersten Tage erhielten, beide gestorben, wogegen der Kranke, der es am zweiten Tage bekam, am Leben blieb. In der grössten Gruppe der Kranken, welchen das Serum gleichzeitig subcutan und intravenös verabfolgt wurde, starben von den 19, die das Serum am 1. Tage erhielten 13 Personen oder 68,4 pCt., während diejenigen 12 Kranken, die erst am 2. Tage der Serumbehandlung unterzogen wurden, auch hier ein günstigeres Resultat aufwiesen, indem sie 6 Todesfälle, also 50 pCt. Sterblichkeit lieferten.

L. B.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dass ein solcher niemals beobachtet worden sei. Es kommen zwar bei der Serumtherapie der Cholera Hautausschläge vor, doch sind dieselben erstens ungefährlich und zweitens auch in solchen Cholerafällen zu finden, wo gar kein Serum angewandt wird.

Schluss.

Nachdem die Commission sich durch den Vortrag L. Berthensons mit allen auf die in Rede stehende Frage bezüglichen Daten bekannt gemacht und sodann die Aeusserungen der zur Sitzung geladenen Herren: Prof. N. Tschistowitsch, DDr. S. Possadski, A. Berdnikow und W. Stülern, sowie Mag. veter. I. Schurupow angehört hatte, fasste dieselbe nach Austausch der Meinungen folgende Resolution:

Die bisher erhaltenen klinischen Ergebnisse berechtigen vor der Hand nicht dazu, eine unbestreitbare curative Bedeutung des Schurupowschen Serums anzuerkennen. Angesichts jedoch der im Obuchow-Hospital erzielten Resultate, welche auch abgesehen von der herabgesetzten Mortalitätsziffer dem klinischen Verlaufe einer recht bedeutenden Zahl von Fällen (187) nach als günstig anzusehen sind, erscheinen weitere Beobachtungen in klinisch bestellten Hospitälern wünschenswert, und ist daher die Herstellung einer gewissen Menge von Schurupowschem Serum durch das Institut für experimentelle Medicin notwendig.

Bücherbesprechungen.

Dr. Bandelier und Dr. Roepke: Lehrbuch der specifischen Diagnostik und Therapie der Tuberculose. Für Aerzte und Studierende. 2. erweiterte und verbesserte Auflage. Würzburg. Curt Kabitsch (A. Stuber's Verlag). 1909. Preis brosch. M. 6, geb. M. 7.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage des vorliegenden Lehrbuches ist kaum ein Jahr verflossen. Während dieser kurzen Zeit wurde dasselbe schon in die russische und englische Sprache übersetzt, über weitere Uebersetzungen schweben Verhandlungen. Diese in die Augen springenden Erfolge des Lehrbuches und die überaus wohlwollende Kritik sind wohl der beste Beweis dafür, dass es einem Allgemein empfundenen Bedürfnisse entgegengekommen ist.

Der Wert der Tuberculindiagnostik steht gegenwärtig in jeder Beziehung fest. Sie ist berufen, durch Ermöglichung der Frühdiagnose einer wirksamen Tuberculose-Prophylaxe und Therapie in gleicher Weise zu dienen und muss deshalb Allgemeingut der Aerzte werden. Von diesem Standpuncte ausgehend, geben die Verfasser im 1. Teile auf Grund der vorliegenden Forschungen eine sehr eingehende Darstellung und kritische Besprechung aller Tuberculinproben, die sich mehr oder weniger bewährt haben. Die cutane, percutane, conjunctivale und subcutane Tuberculinproben, ihre Reactionsphänomene bei den verschiedenen Localisationen der Tuberculose bei Erwachsenen und Kindern, ihre Vorteile und Nachteile, Indicationen und Contraindicationen sind so ausführlich und genau beschrieben, dass die Anwendung derselben jedem Arzte ermöglicht wird. Die positiven localen Tuberculinreactionen sind ausserdem durch eine sehr schöne farbige Tafel illustriert.

Eine noch detailliertere Darstellung fand, entsprechend der Wichtigkeit derselben, die specifische Therapie der Tuberculose und vor allem der Lungentuberculose, zu der die Geschichte des Tuberculins und die Tuberculintherapie in ihrer heutigen Auffassung eine sehr gute Einleitung bilden. Darauf werden die Grundsätze und allgemeine Technik der modernen Tuberculinbehandlung, ihre Indicationen und Contraindicationen und die verschiedenen activ (Alttuberculin, Neutuberculin TR., Denys Tuberculin etc.) und passiv (Maragliano s Heilserum, Marmoreks Antituberculoseserum etc.) immunisierenden Mittel ausführlich beschrieben. Den Schluss bildet die specifische Therapie bei der Tuberculose anderer Organe.

Alles in Allem ist das Bandelier und Roepkesche Lehrbuch ein vorzügliches und überaus nützliches Werk, für das die Aerztewelt den Autoren den besten Dank zu sagen wissen wird.

A. Sacher.

Prof. H. Strauss: Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten. Mit einem Anhang „Winke für die diätetische Küche" von Elise Hannemann. Berlin. 1908. Verlag von S. Karger.

Das vorliegende Buch ist aus den in den ärztlichen Fortbildungscursen gehaltenen Vorlesungen entstanden und verfolgt den Zweck, Aerzten practische Hinweise für die diätetische Behandlung innerer Krankheiten zu geben auf Grund der theoretischen Kenntnisse der Ernährungs- und Stoffwechselvorgänge. Deswegen hat es der Verf. vermieden, sich in weitgehende Erörterungen der verschiedenen diätetischen Behandlungsmethoden dieser oder jener Krankheit, wie sie von verschiedenen Schulen geübt werden, einzulassen, vielmehr ist er darauf bedacht, dem Lernenden präcise Richtlinien für die Therapie zu geben, die zum grössten Teil auf eigener Erfahrung basiert sind, während Angaben der Literatur auf das notwendige Minimum beschränkt sind. In 15 Vorlesungen wird die diätetische Behandlung der Krankheiten der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, des Pancreas, des Circulationsapparates, der Nieren, der Harnwege, die Behandlung der Gicht, des Diabetes mellitus und insipidus, der Fettsucht, die Mastcuren, die Fieberdiät, die fleischarme und fleischfreie Ernährung (bei functionellen Neurosen, Arteriosclerose, Blut- und Hauterkrankungen), die Diät bei Gebrauch von Mineralwässern, die Obstcuren, die künstlichen Nährpräparate besprochen und die einzelnen Methoden kritisch beleuchtet. Eine wertvolle Beigabe bilden drei recht ausführliche Tabellen über die chemische Zusammensetzung verschiedener Nahrungs- und Genussmittel im rohen und tischfertigen Zustand, wobei eine Tabelle speciell den Kochsalzgehalt verschiedener Nahrungs- und Genussmittel angibt. Sehr dankenswert ist es, dass Verf. seinem Werke einen von Frl. E. Hannemann, Vorsteherin einer Kochschule, verfassten Anhang ‹Winke für die diätetische Küche› hinzugefügt hat, wodurch die practische Verwertung der in den Vorlesungen erörterten diätetischen Principien ermöglicht und gefördert wird. Alles in Allem kann das Strauss'sche Buch als ein wertvoller Beitrag zur Lehre der Diätbehandlung bezeichnet und den Fachärzten zum Studium bestens empfohlen werden.

F. Dörbeck.

Albert Blau: Ueber die Entstehung und Verbreitung der Tuberculose im weiblichen Genitaltracte. Berlin 1909. Verlag von S. Karger.

Sämtliche Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, nehmen die secundäre Form der Genitaltuberculose als die weitaus häufigste an und bei dieser wieder hauptsächlich die auf hämatogenem Wege entstandene. — Das Vorkommen einer primären, durch ektogene Infection entstandene Tuberculose kann nicht genügend nachgewiesen werden, und die meisten pathologischen Anatomen haben sich dem Urteile v. Baumgartens und seiner Schüler angeschlossen, welche hauptsächlich auf Grund von Tierexperimenten das Vorkommen einer ascendierenden Tuberculose unter normalen Verhältnissen ablehnen und nur eine descendierende Form der Genitaltuberculose annehmen.

Veranlasst durch die klinischen Beobachtungen der letzten Zeit, hat Verf. versucht, der Frage über die Infection des weiblichen Genitales mit tuberculösem Virus und die Art des Fortschreitens des Processes durch eigene Versuche näherzutreten. Diese interessanten, durchweg an Meerschweinchen ausgeführten Versuche, zeigen, dass diese für Tuberculose hochempfindlichen Tiere für die Infection vom Genitale aus nur im puerperalen Stadium oder nach Läsion gleichempfänglich sind wie für die Infection durch die Haut oder das Peritoneum. Immerhin kann auch durch Einbringen tuberculösen Materiales in die unverletzte Scheide beim Meerschweinchen Tuberculose erzeugt werden. Injection tuberculösen Materiales in den Uterus (nach Laparatomie) hatte ungefähr in der Hälfte der Fälle Tuberculose an der Injectionsstelle zur Folge, zum Teil auch über dieselbe hinaus. Die descendierende Form erklärt sich aus dem abfliessenden inficierenden Secret, für die ascendierende Form allerdings sind die vorliegenden Versuche nicht beweisend.

Ein scheinbares Ascendieren liesse sich ganz wohl erklären durch gleichzeitige Infection höher gelegener Schleimhautpartien oder durch ein Wiedereinwachsen von aussen her in die Schleimhaut.

Im Anschluss an seine Versuche hat Verf. aus der Klinik von Chrobak alle Fälle von Genitaltuberculose zusammengestellt, die in den Jahren 1890—1907 zur Beobachtung gelangten Unter sämtlichen 36 Fällen ist nicht einer, in welchem das primäre Auftreten der Tuberculose im Genitaltracte behauptet werden könnte, auch das Ascendieren des tuberculösen Processes war in keinem Falle erweisbar.

Fr. Mühlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 15. April 1909.

Anwesend 56 Mitglieder und als Gast Herr D. v. d. Osten-Sacken.

Dr. P. Klemm demonstriert ein auf operativem Wege entferntes Lymphangiom der Bauchhöhle. Bei einem 6-jährigen Knaben bestand ein in toto stark aufgetriebenes Abdomen, dabei kein Fieber und gutes Allgemeinbefinden. Bei der Operation fand sich keine freie Flüssigkeit; in der Tiefe der Bauchhöhle, vom Processus xiphoideus bis zur Symphyse reichend, lag das durch 2 grosse Gefässe mit dem Netz verbundene Lymphangiom. Während kleine derartige Gebilde keine Seltenheit sind, hat Vortragender über eine so ungewöhnliche Ausdehnung bisher keine Angaben gelesen.

Das zweite von Dr. P. Klemm demonstrierte Präparat stellt eine Dermoidcyste des Ovariums dar — von einem 14-jährigen Mädchen stammend.

Dr. v. Krüdener demonstriert Präparate von Trachomparasiten in ihren verschiedenen Entwickelungsformen.

Vor 1 Jahr stellte ich hier einige Präparate mit Trachomparasiten vor. Ich habe im Laufe dieser Zeit wieder einige 100 Trachom-Fälle untersucht und bin heute imstande, den ganzen Entwickelungsgang des Trachomparasiten zu demonstrieren. Im ersten Mikroskop befindet sich unter Oelimmersion das erste Entwickelungsstadium eines Conglomeratkörperchens von runder Gestalt mitten im Protoplasma. Im zweiten liegen 2 Körper schon abgeplattet dem Kern an, Nr. 3 zeigt die Parasitenhülle schon gelockert, die Zelle ist balloniert, in No. 4 sieht man deutlich den Parasiten in kleine Körnchen zerfallen, die nach der Azurfärbemethode vollkommen blau erscheinen; in No. 5 haben die Zellen ihr Protoplasma verloren und die Körnchen liegen zum Teil frei im Secret, zum Teil in den hellen Adern des zerfallenden Zellkerns. Wir sind jetzt schon so weit, dass wir bei schwacher Vergrösserung mit Zeiss Obj. D die Trachom-Gebilde deutlich in den Zellen sehen können, das heisst allerdings nur bei frischen Trachomen. Die Auflösung in die feinen Trachom-Coccen ist nur unter Immersion möglich, am besten mit Compensationsocularen. Nach Prowazek gehören die Erreger des Scharlachs, der Variola, Lyssa und des Trachoms in eine Kategorie. Sie unterliegen bei weiterer Impfung auf andere Tierarten der Mutation. Die Variola vera wird zur Variola vaccina, das Lyssagift wird durch das Durchgehen durch Tierkörper abgeschwächt und das Trachomvirus erzeugt beim Affen eine wesentlich leichtere Krankheitsform, obschon die Parasiten sich nach Form und Entwickelungsmodus so verhalten wie beim Menschen. Seit den Befunden, welche Prowazek in Java und Hamburg, Greeff, Frosch und Claeesen in Posen und Berlin, ich in Riga erhoben, hat sich die Literatur vermehrt, die Trachomparasiten sind in Oesterreich und Japan gefunden worden. Nach meiner Ansicht ist kein Zweifel mehr vorhanden, dass die Trachomerreger hiermit entdeckt sind.

(Autoreferat).

Dr. H. Idelsohn hält seinen angekündigten Vortrag: «Zwei Fälle juveniler Gangrän nach Claudicatio intermittens» (mit Demonstrationen am Skiopticon). Die Arbeit wird in der Zeitschrift für Nervenheilkunde veröffentlicht werden.

Auf der Sitzung vom 4. III hatte Dr. Voss der Versammlung Mitteilung gemacht von der Verurteilung eines Collegen zu 100 Rbl. Strafe wegen nicht gesetzmässiger Entwertung von Stempelmarken. Zur weiteren Entwickelung der Angelegenheit teilt Dr. Voss eine private Mitteilung der Fabrik an denselben Collegen mit, wo angegeben ist, dass laut neuester Entscheidung der Controll-Kammer jede ärztliche Rechnung — abgesehen von der Höhe des Betrages — mit einer 5 Kopekenmarke (auf jedem Blatte) zu versehen ist.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der Oberarzt des I. Kadettencorps in St. Petersburg, Wirklicher Staatsrat Dr. von Stein, ist zum Geheimrat befördert unter Verabschiedung vom Dienst mit Uniform und Pension. An seine Stelle ist der bisherige Oberarzt des II. Kadettencorps, Dr. Kokin ernannt.

— Der Gehilfe des Chefs der Ober-Medicinalverwaltung des Kriegsministeriums, wirklicher Staatsrat Dr. Maksimowitsch, ist zum Geheimrat ernannt und der Arzt der Verwaltung des General-Inspectors der Cavallerie, Staatsrat Dr. Stelmachowitsch, zum wirklichen Staatsrat.

— Der Rector der neu gegründeten Universität in Ssaratow, Prof. Rasumowskij, macht bekannt, dass die Aufnahme in die Zahl der Studierenden des I. Cursus der medicinischen Facultät begonnen hat und Gesuche an den Rector einzureichen sind. Einwohner des Gouvernements Ssaratow werden bevorzugt. Die Absolventen der Realschulen und geistlichen Seminare werden ohne Ergänzungsprüfungen nicht aufgenommen. Juden werden im Verhältnis von 5 pCt. aufgenommen, wobei die aus dem Ssaratowschen Gouvernement den Vorzug geniessen.

— Dem Marinearzt Dr. J. Grusdew ist für die Rettung Ertrinkender die silberne Rettungsmedaille verliehen.

— Die Pariser Akademie hat Dr. W. Chawkin einen Preis von 4000 Francs für seine Arbeiten betr. die Choleraimpfungen zugesprochen.

— Strassburg. Der Privatdocent und Assistent an der 2. medicinischen Klinik der Universität zu München, Dr. E. Meyer ist zum a. o. Professor und Director der med. Poliklinik ernannt. — Der a. o. Prof. an der Universität zu Tübingen, Dr. Wedekind, ist zum Professor der Chemie ernannt.

— Freiburg. Der Privatdocent an der Universität zu Heidelberg, Dr. Morawitz, ist zum a. o. Professor und Director der Medicinischen Poliklinik ernannt.

— Prag. Der a. o. Professor der Anatomie in Wien, Dr. O. Grosser, ist zum o. Professor an der deutschen Universität zu Prag ernannt.

— Bordeaux. Dr. Dubreuilh ist zum Professor der Dermatologie und Syphilis, Dr. Pousson zum Professor der Urologie ernannt.

— Grenoble. Dr. Martin ist zum Professor der Chemie und Toxikologie ernannt.

— Manchester. Dr. Grafton Elliot Smith ist zum Professor der Anatomie ernannt.

— Krakau. M-me Curie ist zum auswärtigen Mitglied der Akademie der Wissenschaften ernannt.

— Vom 4. bis zum 13. September d. J. findet eine ärztliche Studienreise durch die Curorte der Schweiz statt. Anmeldungen sind an Dr. E. Mieville (St. Imier, Schweiz) zu richten. Die Teilnehmer versammeln sich am 4. Sept. im Hotel «Zum Steinbock» in Chur (Graubünden).

— Die dritte Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte findet vom 17. bis zum 18. September d. J. in Wien statt.

— XVI. Internationaler Medicinischer Congress. (Budapest, 29. August bis 4. September 1909).

Die Vorbereitungen zu dieser grossen wissenschaftlichen Versammlung nähern sich ihrem Ende und das Executivkomitee ist zurzeit mit der Zusammenstellung des definitiven Programmes der Festlichkeiten beschäftigt. Es ist schon jetzt als sicher anzunehmen, dass sich der Budapester Congress seinen 15 Vorgängern würdig anschliessen wird.

Besondere Sorge wird der Unterkunft der Congressisten entgegengebracht, und es wird eine grosse Zahl von Hotel- und Privatzimmern durch das Centralfahrkartenbureau (Budapest, V. Vigadó-tér 1.) für jene in Bereitschaft gehalten, die sich noch nicht gemeldet haben. Nichtsdestoweniger ist es ratsam, sich ehestens zu melden, um der verschiedenen Begünstigungen, die von den Directionen der verschiedenen Verkehrsanstalten gewährt wurden, teilhaftig werden zu können.

Es wird ersucht, sich um jedwede Information an das Generalsecreteriat des Congresses (Adresse bis zum 19. August: VIII. Eszterházy-utca 7, nach diesem Zeitpunct: VIII. Múzeum-körút 6/8 — Budapest) zu wenden, wo auf alle Anfragen mit grösster Bereitwilligkeit sofort Aufklärung erteilt wird.

— Der XVI. internationale medicinische Congress, der in Budapest tagen und am 29. August eröffnet wird, lässt den internationalen Charakter im vollsten Sinne des Wortes erkennen. Nach Erhebungen, die uns vom Generalsecreteriat des Congresses zugekommen sind, zählt diese wissenschaftliche Versammlung bereits über 3000 Mitglieder und es ist als sicher anzunehmen, dass diese Zahl 4000 überschreiten wird, da viele der Congressbesucher die Gewohnheit haben, sich erst im letzten Moment einzuschreiben. Die bis zum 11. August angemeldeten Mitglieder verteilen sich auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die einzelnen Länder wie folgt: Deutsches Reich 218, Amerika (Vereinigte Staaten) 164, Argentinien 35, Oesterreich 188, Belgien 43, Bosnien-Herzegovina 7, Brasilien 22, Bulgarien 17, Chile 4, Cuba 6, Dänemark 8, Aegypten 21, Spanien 64, Frankreich 257, Grossbritannien und Kolonien 92, Griechenland 16, Italien 145, Japan 24, Mexico 3, Monaco 1, Norwegen 2, Niederlande 31, Portugal 28, Rumänien 10, Russland 172, Serbien 4, Schweden 4, Schweiz 23, Türkei 17, Uruguay 2, Ungarn 855. In Begleitung der Congressmitglieder sind 656 Damen angemeldet.

Das Programm der Festlichkeiten und Empfänge erscheint in der ersten Nummer des Congressjournals, das vom 28. August angefangen an die Mitglieder der Versammlung verteilt wird. Es möge im Voraus erwähnt werden, dass ausser dem Begrüssungsabend eine Soirée beim Präsidenten des Congresses, eine andere von Seiten der Stadt Budapest veranstaltet stattfindet, ferner ein Empfang bei Hof, eine Soirée des Damencomitees, endlich solche bei den Präsidenten der einundzwanzig Sectionen.

— Bad Reinerz. Die Badeverwaltung hat die dankenswerte Einrichtung getroffen, dass im Mai und September nur die halbe Curtaxe erhoben und für Gäste, die sich nur kürzere Zeit und zur Nachcur hier aufhalten, sogenannte Wochenkarten zu halben Preisen ausgegeben werden. Das anhaltend ungünstige Wetter im Juli hat nicht vermocht, dem Besuch des Bades Abbruch zu tun, im Gegenteil ist die Frequenzziffer gegen das Vorjahr um über 200 Curfamilien gestiegen. Dazu hat der im Holteiparke neu erbohrte und bereits dem Badegebrauche übergebene, ganz hervorragend kohlensäurereiche Sprudel viel beigetragen.

— In Texas ist die Errichtung eines Leprosoriums in Aussicht genommen, wobei gleichzeitig die obligatorische Anmeldung jeder Erkrankung an Lepra eingeführt werden soll.

— In Ostafrika soll in Kionga ein Leprosorium eröffnet werden.

— Verbreitung der Pest. In Britisch Indien fanden im Laufe der 2 Wochen vom 20. Juni bis zum 3. Juli 1181 Erkrankungen und 1009 Todesfälle statt. — In der Kolonie von Honkong erkrankten vom 13. bis zum 19. Juni 16 Personen und starben 13, davon 5 in der Stadt Victoria. — In Aegypten erkrankten vom 24. bis zum 30. Juli 8 Personen und starben 2. — In Adalia (Türkei) wurden am 19., 27. und 28. Juli Pestfälle constatiert. — In Zanzibar wurde am 22. Juli 1 Pestfall constatiert. — In Kisumu (Britisch Ostafrika) wurden Anfang Juli 4 Todesfälle an der Pest festgestellt.

— In dem Kirgisenaul im Gebiete Uralsk war am 31. Juli das letzte pestkranke Kind gestorben und am 1. August waren daselbst keine Kranken vorhanden. Auch in anderen Gegenden des Gebiets fanden keine Erkrankungen an der Pest statt.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 2. bis zum 8. Aug.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	195 (71)	4148 (1580)	16. Mai
Kronstadt	1 (—)	88 (37)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	52 (13)	764 (372)	27. Mai
» Archangelsk	8 (6)	645 (331)	13. Juni
Gouv. Wologda	3 (1)	505 (271)	19. »
» Olonez	— (—)	21 (14)	8. »
Stadt Wjatka	— (—)	3 (2)	1. Juli
Gouv. Ufa	— (—)	1 (—)	10. »
» Perm	— (—)	10 (4)	18. »
» Estland	1 (1)	5 (4)	5. »
» Kurland	13 (5)	175 (76)	1. »
» Livland	22 (10)	136 (63)	16. Juni
» Wilna	30 (11)	75 (28)	29. »
» Witebsk	125 (52)	1592 (578)	16. »
» Smolensk	— (—)	15 (6)	3. Juli
» Mogilew	2 (2)	7 (4)	24. »
» Twer	1 (—)	80 (30)	29. Juni
» Jaroslaw	28 (18)	191 (94)	24. »
» Kostroma	2 (1)	8 (5)	5. Juli
Stadt Nishnij Nowgorod	5 (3)	8 (5)	30. »
» Ssaratow	— (—)	1 (1)	4. Aug.
Gouv. Ssimbirsk	— (—)	2 (—)	27. Juni
» Moskau	— (—)	6 (1)	25. »
» Nowgorod	12 (5)	291 (163)	7. »
Stadt Ssamara	1 (—)	1 (—)	4. Aug.
Gouv. Pskow	32 (8)	179 (78)	28. Juni
» Rjasan	— (—)	39 (25)	10. Juli
Stadt Tula	— (—)	1 (1)	19. »
Gouv. Wladimir	— (—)	6 (5)	25. April
» Charkow	— (—)	17 (10)	5. Juli
» Poltawa	18 (8)	42 (18)	28. »
» Cherson	— (—)	1 (—)	29. »
Finnland	— (—)	8 (4)	6. Juni
	552 (216)	9071 (3810)	

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 6. Aug.	des 7. Aug.	27	13	24	336
» 7. »	» 8. »	28	8	26	340
» 8. »	» 9. »	30	10	22	338
» 9. »	» 10. »	24	14	15	333
» 10. »	» 11. »	29	12	11	339
» 11. »	» 12. »	25	9	14	341
» 12. »	» 13. »	21	11	22	329

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14649 Personen erkrankt, 5662 gestorben und 8658 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 19. bis zum 25. Juli 1909 599 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 23, Typhus exanthem. 4, Febris recurrens 14, Pocken 28, Windpocken 6, Masern 92, Scharlach 38, Diphtherie 51, Cholera 175, acut. Magen-Darmkatarrh 117, an anderen Infectionskrankheiten 51.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 10638. Darunter Typhus abdominalis 226, Typhus exanth. 12, Febris recurrens 42, Scharlach 168, Masern 65, Diphtherie 166, Pocken 84, Windpocken 0, Milzbrand 0, Cholera 406, crupöse Pneumonie 101, Tuberculose 358, Influenza 145, Erysipel 121, Keuchhusten 6, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 474, venerische Krankheiten 361, acute Erkrankungen 1737, chronische Krankheiten 1334, chirurgische Krankheiten 1258, Geisteskrankheiten 3209, gynäkologische Krankheiten 222, Krankheiten des Wochenbetts 71, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 29.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 821 + 50 Totgeborene + 46 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 8, Typhus exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 31, Scharlach 12, Diphtherie 13, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 11, katarrhalische Pneumonie 60, Erysipelas 8, Influenza 2, Lyssa 0, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 3, Cholera 110, Magen-Darmkatarrh 67, andere Magen- und Darmerkrankungen 67, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 59, Marasmus senilis 17, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 211.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 1. Aug. in St. Petersburg, Dr. M. Asche, geb. 1854, Arzt seit 1879. 2) Am 29. Juli in Moskau, Dr. W. Lebedew, geb. 1850, Arzt seit 1890. 3) Im Gouv. Podolien Dr. W. Ssulylkowskij. 4) In Tiflis Dr. K. Goralewitsch. 5) In Tsherepowez (Gouv. Nowgorod) die Landschaftsärztin M. Woskresenskaja. 6) Dr. A. Foxwell, Prof. der Therapie an der Universität zu Birmingham. 7) Dr. A. Fraser, Prof. der Anatomie an dem Royal College of Surgeons in Glasgow. 8) Dr. Ch. O. Hunt, Prof. der Therapie an der Universität zu Maine (V. St. N. A.).

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 34 St. Petersburg, den 22. August (4. Sept.) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Aus der medicinischen Universitäts-Klinik in Dorpat. (Director: Prof. Dr. K. Dehio).

Zur Autoserotherapie der exsudativen Pleuritis.

Von

Dr. W. Zimmermann.

Assistent der Klinik.

Gilbert hat als erster eine Behandlungsweise der exsudativen Pleuritis angegeben, die er Autoserotherapie nennt, und die bei uns wohl noch wenig in der Praxis ausgeübt wird.

Seine Methode ist später mit gutem Erfolge von Fede *) und Nassetti angewandt worden.

In Nr. 3 dieses Jahrganges der Berliner klinischen Wochenschrift findet sich nun auch ein aus dem poliklinischen Institut von Senator in Berlin stammender Artikel von Dr. Schnütgen. Er äussert sich auf Grund der im poliklinischen Institut gemachten Erfahrungen recht günstig über die genannte Behandlungsweise. Im ganzen berichtet er über 17 Fälle, wobei der Erfolg nur in einem Falle ausblieb, und empfiehlt, die Autoserotherapie in denjenigen Fällen zu versuchen, wo nicht gleich nach Eintritt in die Behandlung auf Grund eines aussergewöhnlich grossen, das Leben bedrohenden Exsudates mit hochgradiger Atemnot die Punction erforderlich ist.

Auf Anregung von Herrn Professor Dehio wurde die Autoserotherapie in unserer Klinik vom Januar dieses Jahres an im Ganzen in acht Fällen exsudativer Pleuritis angewandt, und wir haben den Eindruck gewonnen, — allerdings sind die Erfahrungen noch sehr wenig zahlreich — dass der Erfolg der Behandlung ein befriedigender ist.

*) L'autosieroterapia o cura di Gilbert nelle pleuriti sierofibrinose pel Francisco Fede. Napoli. Riforma med. 1908. Nr. 39, ref. Deutsch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 42, S. 1819.

Die Behandlungsmethode gestaltet sich sehr einfach und kann ohne jegliche Schwierigkeit von jedem practischen Arzt ausgeführt werden, was natürlich auch von nicht geringer Bedeutung ist.

Zur Ausübung der Autoserotherapie gehört nur eine gut functionierende Probepunctionsspritze und peinliche Aseptik — weiter nichts.

Kurz geschildert besteht die Methode in folgendem:

Spritze und Nadel sind ausgekocht. Die entsprechende Hautpartie gründlich gesäubert.

Es wird die Nadel in den Pleuraraum eingestochen und Exsudat aspiriert, dann wird die Nadel zurück, aber nicht herausgezogen und unter Veränderung der Stichrichtung unter die Haut geführt, wonach 1—2 ccm. — bei uns auch bis 5 ccm. — in das subcutane Gewebe injiciert werden. Es besteht also die Methode darin, dass das aspirierte Exsudat unmittelbar wieder subcutan dem Patienten einverleibt wird.

Diese „Autoseroinjectionen" werden in Zwischenräumen von 2—3 Tagen wiederholt, bis die Resorption des Exsudats erfolgt. In der Regel sollen nach den Erfahrungen von Gilbert und Schnütgen etwa 6 Injectionen genügen, was also für die Behandlung, ein 48-stündiges Intervall zwischen den einzelnen Injectionen gerechnet, etwa 12 Tage erheischen würde.

Ich will nun kurz unsere Fälle im Einzelnen besprechen, um zu zeigen, was für Schlussfolgerungen aus ihnen zu entnehmen wären.

Fall 1.

Landarbeiter W., 26 J. alt.

Anamnese spricht für Tuberculose.

Status bei der Aufnahme am 22/1 09: linke Lunge ohne Befund. Rechte Thoraxhälfte weist hinten von der Höhe des 6. processus spinosus eine bis nach unten reichende absolute Dämpfung auf, welche vorn in der Mamillarlinie an der 4. Rippe beginnt. Fremitus fehlt auf dem gedämpften Bezirk. Atmungsgeräusch daselbst kaum zu hören. Keine Tuberkelbacillen im spärlichen Sputum. Probepunction ergibt ein seröses Exsudat.

Diagnose: Pleuritis exsudativa serosa dextra.

Autoserotherapie. 6 Injectionen in zweitägigen Intervallen. Die tägliche Urinmenge, welche von Anfang an nicht ver-

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

mindert war, blieb unverändert, etwa 1500 ccm. pro die betragend.

Das geringe Fieber sistierte ganz. Status bei der Entlassung am 7. II: gedämpfter Schall hinten, auf der Höhe des 9-ten processus spinosus, vorn an der 5. Rippe in der Mamillarlinie beginnend. Fremitus daselbst kaum fühlbar, Atmungsgeräusch leise, aber deutlich hörbar. Subjectives Befinden viel besser als beim Eintreten. Probepunction ergibt noch Exsudat. Verlässt die Klinik etwas vorzeitig auf eigenen Wunsch.

Fall 2.

Schlosser N., 55 Jahre alt, trat ein am 2. II. 09 mit Zeichen von Herzschwäche und Compensationsstörungen, welche auf eine klinisch gut charakterisierte Mitralinsufficienz zurückzuführen waren. Bei entsprechender Behandlung besserte sich der Zustand merklich. Am 1. III. 09 trat jedoch unter Stichen eine deutliche, rasch einsetzende Dämpfung der rechten Thoraxhälfte auf, welche hinten auf der Höhe des 6. processus spinosus und vorn im 2. Intercostalraum begann und sich bis nach unten erstreckte. Fehlender Fremitus und fehlendes Atemgeräusch. Probepunction — seröses Exsudat.

Diagnose: Pleuritis exsudativa dextra.

2 Autoseroinjectionen, in deren Laufe keine Besserung zu verzeichnen war; beim dritten Mal wird ein trübes Exsudat erzielt, deshalb von der Injection Abstand genommen. Nach noch zwei Tagen ergab die Probepunction Eiter. Patient wurde auf der Chirurgischen Klinik wegen des Empyems operiert und starb 3 Tage post operationem. Die Section bestätigte die Diagnose—Mitralinsufficienz und ergab eine frische, im Anschluss an das Empyem entstandene, eitrigfibrinöse Perikarditis.

Fall 3.

Student A., 29 Jahre alt. Nichts Tuberculoseverdächtiges in der Anamnese.

Status bei der Aufnahme am 7. II. Rechte Lunge ohne Befund. Linke Thoraxhälfte: hinten eine in der Höhe des 6. processus spinosus beginnende Dämpfung, welche sich nach unten hin erstreckt und vorn in der Mamillarlinie an der 5. Rippe beginnt. Fremitus aufgehoben, Atemgeräusch kaum hörbar. Die Probepunction ergibt seröses Exsudat.

Diagnose: Pleuritis exsudativa serosa sinistra.

Patient wird vom 7. II. bis 18. II. mit Natr. salicylic. innerlich und Compressen behandelt, wobei die tägliche Urinmenge sich nicht vermehrt, das Fieber hoch bleibt und das Exsudat steigt, so dass es am 18. II. hinten in der Höhe des 5. processus spinosus steht und vorn in der Mamillarlinie an der 4. Rippe beginnt. Das Herz ist nach rechts verdrängt. Es besteht geringe Dyspnoe.

Am 18. II., 22. II. und 25. II. Autoseroinjectionen — je 2 ccm. Die tägliche Urinmenge steigt bis auf 2300 ccm., während sie früher nicht 1000 ccm. überschritt. Die Dämpfung fängt an deutlich zu schwinden.

Am 20. III. verlässt Patient die Klinik. Die Dämpfung fast vollständig geschwunden. Pat. stellt sich später nochmals vor. Dämpfung nicht zu finden, Fremitus auf der krank gewesenen Seite eher eine Spur verstärkt, was auf geringe Schwartenbildung schliessen lässt. Keine merkliche Einziehung der Thoraxhälfte. Patient hat fleissig Atemgymnastik betrieben. Die vorgenommenen Kochschen Tuberculinproben fallen negativ aus.

Fall 4.

Schneider Sch., 20 Jahre alt.

Anamnese spricht für Tuberculose.

Status bei der Aufnahme am 13. II. 09: rechte Lunge ohne pathologischen Befund. Linke Thoraxhälfte: Dämpfung hinten am 5. processus spinosus beginnend, vorn an der 5. Rippe. Fremitus fehlt, Atmungsgeräusch sehr schwach. Probepunction ergibt ein hellrotgefärbtes hämorrhagisches Exsudat.

5 Autoseroinjectionen in zweitägigen Intervallen, sodann werden durch Punction des Thorax 500 ccm. serösen Exsudates entleert. Später Natrum salicylicum innerlich. Das Exsudat verliert während der Autoseroinjectionen seinen hämorrhagischen Charakter und die tägliche Urinmenge steigt; das anfangs schwankende Fieber verliert sich aber erst beim Einsetzen der Salicylbehandlung. Bei der Entlassung am 25. III. ist die Dämpfung fast geschwunden, ganz unten ergibt die Probepunction noch etwas klares, seröses Exsudat.

Fall 5.

Lehrer P., 45 Jahre alt.

Die Frau des Patienten ist in diesem Jahre an Lungentuberculose gestorben.

Status bei der Aufnahme am 24. II: rechte Lunge o. B. Links: Dämpfung vorn auf der Mamillarlinie in der Höhe der 5. Rippe beginnend und hinten am 7. processus spinosus. Abgeschwächter Fremitus. Herz etwas nach rechts verdrängt. Probepunction — seröses Exsudat.

Diagnose: Pleuritis exsudativa serosa sinistra. Consequente Autoserobehandlung ohne medicamentöse Therapie.

6 Autoseroinjectionen.

Die tägliche Urinmenge steigt von 900 auf 1600 ccm. Temperatur wird normal. Im spärlichen Sputum keine Tuberkelbacillen.

Bei der Entlassung am 13. III: Herzdämpfung an der normalen Stelle; Dämpfung links hinten am 8 proc. spin. beginnend, vorn nicht vorhanden.

Fremitus noch kaum abgeschwächt. Punction ergibt noch seröses Exsudat in den untersten Partien.

Patient stellt sich am 5. V. wieder vor. Hat merklich zugenommen. Hat keine Klagen, keine Dämpfung. Fremitus auf der krank gewesenen Seite eher verstärkt, was auf Schwartenbildung schliessen lässt. Keine merkliche Einziehung der Thoraxhälfte. Atemgymnastik fleissig betrieben.

Fall 6.

Fräulein Gr., 53 Jahre alt.

Anamnese gibt keinen Anhalt für Tuberculose.

Status am 30. XII. 08 bei der Aufnahme: linke Lunge o. B. Rechts: über der ganzen Lunge sowohl vorn, wie hinten absolute Dämpfung mit aufgehobenem Fremitus und kaum höhrbarem Atemgeräusch. Herzdämpfung nach links verschoben.

Anfänglich Behandlung mit Natrum salicylicum innerlich.

Dann wiederholte Punction des Thorax.

Es werden herausgelassen:

I. — 2000 ccm.
II. — 2000 »
III.— 1800 »

Die Flüssigkeit ersetzte sich auffallend schnell. Es bestand kein Fieber. Die Untersuchung per Vaginam ergab einen harten Tumor, welcher als Ovarialcarcinom zu deuten war. Es konnte sich somit um Metastasen in der Pleura handeln, welche die Ausschwitzung bedingten.

Bei der Untersuchung der durch Punction gewonnenen Flüssigkeit ergab die Moritzsche Probe (Einträufeln der Flüssigkeit in eine 1% Essigsäure) starke Trübung, was für den entzündlichen Charakter des pleuralen Exsudates sprach.

Die mikroskopische Untersuchung des Centrifugates ergab reichliche Leukocyten, aber keine epithelialen Elemente. Die auch in diesem Falle angewandten Autoseroinjectionen blieben, wie es nicht anders zu erwarten war, gänzlich erfolglos. Patientin verliess die Klinik ungebessert.

Diagnose: Pleuritis verisimile carcinomatosa.

Fall 7.

Frau M., 26 Jahre alt. Kein Anhalt für Tuberculose in der Anamnese.

Status bei der Aufnahme am 21. III. 09: rechte Lunge o. B. Links: absolut gedämpfter Percussionsschall von der Höhe der 3. Rippe vorn in der Mamillarlinie und hinten am 8. processus spinosus beginnend. Fremitus fast aufgehoben auf dieser Partie. Atemgeräusch daselbst kaum hörbar.

16 Autoseroinjectionen in 48-stündigen Intervallen, daneben Natr. salicylicum innerlich. Die tägliche Urinmenge steigt, Fieber kaum vorhanden. Bei der Entlassung am 2. V. hat die Dämpfung bedeutend abgenommen und man hört überall leises vesiculäres Atmen. Bei mehrfachen Probepunctionen erhält man nur noch hin und wieder etwas Flüssigkeit. Subjectiv bedeutende Besserung.

Bei der Uebersicht dieser Fälle gewinnt man jedenfalls den Eindruck, dass in der Mehrzahl der Fälle die hier geschilderte Behandlungsmethode eine Beschleunigung der Resorption bewirkte und somit von einem ganz guten Erfolge begleitet war. Irgend welche üble Zufälle sind nicht zu verzeichnen. Die Injectionen waren nicht schmerzhaft, bewirkten keine entzündliche locale Reaction und keine Temperatursteigerungen. Die Therapie blieb wirkungslos im Falle 2, wo die Pleuritis rasch einen eitrigen Charakter annahm, so dass nicht mehr mit der Behandlung fortgefahren werden konnte, und im Falle 6, welcher diagnostisch nicht völlig klar war und eine Carcinomatose des erkrankten Pleuraraums mit secundärer Ausschwitzung vermuten liess.

Ich möchte nun ein Paar Worte über die Wirkungsweise dieser Therapie sagen. Die Autoren, welche die Autoserotherapie bis jetzt angewandt haben, äussern sich einfach dahin, dass sie keine Erklärung der Wirkungsweise zu geben imstande sind; so spricht sich auch noch Schnütgen in der letzten sich auf unser Thema beziehenden Arbeit aus. Nassetti weist

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nur auf eine alte Beobachtung hin, dass bisweilen die Probepunction einen auf das Beginnen der Resorption anregenden Einfluss zu haben scheint, und führt denselben auf den mechanischen Reiz der Punctionen zurück. Ausserdem, meint er, sei es wenigstens bei tuberculöser Pleuritis anzunehmen, dass mit dem subcutan einverleibten Exsudat auch die antitoxischen und bactericiden Producte des Tuberkelbacillus in den Kreislauf gelangen.

Um mich nun etwas der Frage zu nähern, habe ich in einem Falle systematische Zählungen der Leukocyten im Blut vor und nach den Injectionen vorgenommen. Ich will diesen letzten consequent behandelten Fall etwas genauer besprechen.

Fall 8.

N. N., Schüler eines Kadettencorps, 13 Jahre alt, stammt aus einer mit Phthise belasteten Familie, ist aber angeblich selbst immer gesund gewesen. Im October 1908 erkrankte er an Masern, welche ohne Complicationen verliefen. Patient erholte sich aber schlecht, kränkelte weiter. Im December 1908 wurde vom behandelnden Arzte eine linksseitige Pleuritis und Pneumonie diagnosticiert. Patient erholte sich nur langsam und erkrankte nach einer Erkältung Mitte April 1909 abermals mit Stichen, jetzt in der rechten Seite und mit Fieber. Es wurde nun eine rechtseitige Pleuritis diagnosticiert. Patient wird zunächst zu Hause behandelt, am 11. V. aber in die Klinik übergeführt. Der Knabe, von schwächlichem und bleichem Aussehen, präsentiert bei der Aufnahme rechts eine Dämpfung, welche gleich unterhalb der Clavicula und hinten in der Höhe des 5. processus spinosus beginnt und sich nach unten hin erstreckt. Im Bereiche des gedämpften Bezirkes abgeschwächtes Atmen und aufgehobener Fremitus. Die Herzdämpfung nach links um wenigstens einen Finger breit verdrängt. Die Leber heruntergedrängt, in der Mamillarlinie fingerbreit unter dem Rippenbogen palpabel. Dyspnoe. Probepunction ergibt ein seröses Exsudat.

D i a g n o s e: Pleuritis exsudativa serosa dextra.

In Anbetracht des schlechten Pulses und der Atembeschwerden werden zunächst 500 ccm. durch Punction entleert; darnach vorübergehende Erleichterung; das Exsudat steigt aber wieder merklich. Die Urinmenge — etwa 400 ccm. in 24 Stunden — bleibt unverändert.

Am 16. V. erste Autoseroinjection — 2 ccm. Vor derselben wird die Leukocytenzahl festgestellt, welche 7500 im cmm. Blut beträgt. 8 Stunden nach der Injection — 10,312 Leukocyten, nach 24 Stunden — 8333.

Am 20. V. zweite Autoseroinjection — 3 ccm. Leukocytenzahl vor derselben — 7812; 9 Stunden nach der Injection Zahl der Leukocyten 15000, nach 24 Stunden — 9062.

Am 23. V. hat sich die Dämpfung merklich aufgehellt. Zweimaliges Einstechen der Nadel an zwei verschiedenen Stellen; es gelingt kein Exsudat zu erzielen. Vor und nach dieser negativ ausgefallenen Probepunction wird die Leukocytenzahl wie früher bestimmt. Sie hält sich gleichmässig ohne Schwankungen um 6000 pro cmm.

Am 28. V. Probepunction — negativ. Es werden 2 ccm. einer 10% sterilen Peptonlösung an der Stelle der vorherigen noch nicht ganz geschwundenen Dämpfung dem Patienten subcutan injiciert. Vor der Injection Leukocytenzahl 5940, 8 Stunden nach derselben — 13280. Temperatursteigerung bis 39,2°. Die Injectionsstelle schmerzhaft; nach weitern 24 Stunden Leukocytenzahl 7800. Kein Fieber; Injectionsstelle nur noch etwas empfindlich. Von nun an besteht die Behandlung nur in Einreiben der kranken Thoraxseite mit Jodvasogen, Compresse zur Nacht und fleissiger Atemgymnastik.

Die Temperatur fällt progressiv und ist nur noch nachmittags bis auf etwa 37,6° erhöht.

Es war interessant, den Einfluss der Autoseroinjectionen und ebenso auch der einmaligen Peptoninjection auf die Diurese zu beobachten. Jedes Mal wurde durch die Injection die Diurese angeregt und fiel im Intervalle; sowohl die Autoseroinjectionen, wie auch die einmalige Peptoninjection hatten diesbezüglich die gleiche Wirkung.

Nach der ersten Autoseroinjection stieg die 24-stündige Urinmenge, welche bis dahin zwischen 350—500 ccm. schwankte, auf 850 ccm., fiel dann wieder bis auf 400, um sofort nach der zweiten Autoseroinjection wieder auf 850 ccm. zu steigen; dann schwankte sie weiter zwischen 450—600 ccm. und stieg nach der Peptoninjection wieder auf 800 ccm, um von da an ziemlich constant zu bleiben und sogar am Tage der Entlassung bis auf 1000 ccm. anzuwachsen.

Patient fühlt sich zur Zeit der Entlassung ganz wohl, nimmt an Körpergewicht zu und hat guten Appetit. Im Sputum keine Tuberkelbacillen.

Ich bin mir wohl bewusst, dass dieser eine Fall noch keine Schlüsse gestattet; er fordert aber auf, die Methode weiter in der Richtung ihrer Einwirkung auf die Leukocytose zu prüfen.

Ich will mich nur ganz vorsichtig ausdrücken: es scheint, als ob die Autoseroinjectionen imstande sind, allgemeine, kurzdauernde Leukocytosen zu erzeugen, welche, wie wir vielleicht annehmen können, einen resorbierenden Einfluss auf das Exsudat ausüben.

Auch die Diurese wird scheinbar durch das Verfahren angeregt.

Das wäre vorläufig alles, was über den Wirkungsmodus der Autoserotherapie zu sagen möglich ist.

Als Vorzüge der Behandlungsmethode wären zu nennen:

1) Offenbare Anregung und Beschleunigung der Resorption des Exsudates.

2) Ueberaus einfache Gestaltung der Behandlungsmethode.

Noch ein, schon von S c h n ü t g e n hervorgehobener, Vorzug der Methode lässt sich auch nicht von der Hand weisen.

Man wird nämlich seltener dazu veranlasst sein, zur Thoracocentese zu schreiten. Letztere gibt aber sicher öfters die Möglichkeit zu erheblicher Schwartenbildung, welche dann den Thorax durch Einziehungen verunstalten und den Patienten in seiner Leistungsfähigkeit schädigen kann. Durch das allmähliche Sinken des Exsudates bei der Autoserotherapie, verbunden mit fleissiger Atemgymnastik scheint dieser so unliebsame Folgezustand einer überstandenen Pleuritis mit grösserer Sicherheit vermieden werden zu können.

Die Hefepilzerkrankungen der Haut (Blastomycosis).

Von

Prof. Dr. O. v. P e t e r s e n.

(Vortrag, gehalten im Deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg am 19. Januar 1909).

M. H. Seit P a s t e u r und L i s t e r vor fast einem halben Jahrhundert die Bedeutung der Bacterien für die Medicin festgestellt, beherrscht die Bacteriologie das Gebiet der Infectionskrankheiten und brachte uns ungeahnte Erfolge. Doch schon seit einer Reihe von Jahren erinnerte die Entdeckung der Darmamöben und Plasmodien daran, dass zwischen den Bacterien und den tierischen Mikroparasiten, wie z. B. die Krätzmilbe und Trichine, noch ganze Gattungen von pflanzlichen Mikroparasiten vorhanden sind, die wohl nicht alle harmlos für den menschlichen Organismus sein dürften. Bald lernte man auch die verschiedenen Amöbenerkrankungen des Darmes kennen, und eifrig wurde nach Protozoen pathogener Natur geforscht, namentlich in Bezug auf die Entstehung der Krebskrankheit.

Die Hefe- und Schimmelpilze schienen ganz der Vergessenheit anheim gefallen zu sein, obgleich eine Zeitlang die Schimmelpilze ein gewisses Interesse erregten. Die älteren Collegen möchte ich an die Arbeit P. F ü h r b r i n g e r s [1]) erinnern, der 1876 drei Beobachtungen über Lungenmycose beim Menschen veröffentlichte und darauf hinwies, dass schon 1847 in einem Falle von Lungenbrand S l u y t e r Aspergillen in grossen Mengen gefunden hatte, desgleichen K ü c h e n m e i s t e r 1855 in einem Lungenknoten und dass V i r c h o w [2]) 1856 bereits 5 Fälle von Lungenmycose erwähnt, sowie C o h n h e i m 2 Fälle. Auch bei uns in Russland hat schon 1867 S l a v i a n s k y [3]) Oidium albicans in einem Knoten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines an Pneumonie Verstorbenen gefunden. Den Anlass zu dem Interesse für Schimmelpilze hatte offenbar Hallier [4]) mit seinem grossen Werke über diese Pilze gegeben, doch war er ja bekanntlich in seinen Schlussfolgerungen viel zu weit gegangen und hat dadurch der Frage mehr geschadet als genützt.

Ich möchte hierbei nur noch ganz kurz erwähnen, dass Anfang der 80-er Jahre Dr. L. Holst in Petersburg einen Fall von Schimmelpilzerkrankung des Magens beobachtete, nach Genuss von schlechtem, verschimmeltem Rotwein, wenn mich mein Gedächtnis nicht täuscht, mit letalem Ausgange.

Ueber Pilzerkrankungen einzelner Körperregionen ist ja auch schon seit lange so Manches bekannt, ich erinnere nur an den Soor der Mundhöhle, an die Keratomycosen in der Opthalmologie und Otomycosen. Die Myringomycosis aspergillina ist 1868 vom Petersburger Arzt Wreden [5]) in einer Monographie eingehend beschrieben. Am längsten bekannt sind die Pilzerkrankungen der Haut, seit Schönlein 1839 Acharion bei Favus und Gruby 1844 den Pilz des sogen. Herpes tonsurans entdeckt hatten.

Was nun die Hefepilze anbetrifft, so sind es bisher vorherrschend Dermatologen, die ihre pathogene Bedeutung erforscht haben, doch scheint es nach den im letzten Decennium erschienenen Arbeiten, dass ihre Krankheit erregenden Eigenschaften wohl auch für alle übrigen Specialgebiete von nicht geringer Wichtigkeit sein dürften.

Die Hefe ist zum ersten Male schon 1680, also vor 229 Jahren, und zwar von keinem Geringeren als Leeuwenhoek mikroskopisch untersucht und fand er in derselben regelmässig kuglige, eliptische und eiförmige Formen, doch hielt er diese für einen eiweissartigen Niederschlag und etwas ähnliches wie die Stärkekörner. Erst 1818 hat Erxleben die Ansicht vertreten, dass es sich um lebende Organismen handelte, doch wurde die Zellennatur viel später, 1835, von Cognard de Latom, 1837 von Schwann und gleichzeitig von Kutzing, allen 3 unabhängig von einander festgestellt, namentlich aber Schwann beobachtete das Wachstum der Hefe und setzte somit ihre pflanzliche Natur ausser Zweifel.

Welche Bedeutung die Hefe für die Gährungsvorgänge hat, ist ja bekannt, vielleicht weniger wie Pasteur und Traube [6]) darüber heftig polemisiert haben.

Unter uns Aerzten ist bisher die Kenntnis der Hefepilze wenig verbreitet, und ich muss gestehen, in wie hohem Grade mein Erstaunen war, als ich bei Beginn meiner Beschäftigung mit der Hefefrage erfuhr, dass bereits nicht weniger wie 750 Arten von Hefepilzen bekannt sind und dass in Berlin ein „Institut für Gährungsgewerbe" besteht, in dem diese Frage ständig in eifrigster Weise wissenschaftlich bearbeitet wird unter Delbrück und Lindener.

Als Heilmittel wird die Hefe seit Jahrhunderten als altes Volksmittel benutzt, und zwar gegen alle möglichen Krankheiten, wie Scorbut, Pocken, Geschwüre, Ruhr, Kinderdurchfälle, Scharlach, Masern, Diphtherie, Tuberculose, ja sogar gegen Cholera. Eingehender wird die Heilkraft der Hefe jedoch erst gegen Ende der 80-er Jahre von Heer, Rieck und Mettenheimer studiert und namentlich seit 1897 auf Vorschlag von Lassar gegen Furunculose verordnet; doch darüber später.

Mein persönliches Interesse für die Bedeutung der Hefepilze als Krankheitserreger wurde durch eine Mitteilung amerikanischer Aerzte auf dem internationalen Dermatologen-Congress in London 1896 angeregt, wo eine Reihe von Diapositiven die Sprosspilz-Krankheit oder Blastomycosis der Haut instructiv illustrierte, sowie durch eine mir von Montgomery aus Amerika zugesandte Arbeit, doch gelang es mir nicht, hier Fälle von Hefeerkrankungen der Haut zu diagnosticieren bis zum April des vergangenen Jahres, wo mir von einer meiner Schülerinnen eine Patientin aus Kostroma zugeführt wurde, die seit 5 Jahren an einem eigentümlichen Lupus vulgaris der Hand litt, der jeder Behandlung widerstand. Diesen Fall konnte ich schon klinisch als Blastomycosis bestimmen, und die mikroskopische Untersuchung, sowie Culturen bestätigten meine Ansicht vollkommen. Die Patientin habe ich im Mai des vergangenen Jahres dem Verein vorgestellt, und sie ist noch heute in meiner Klinik unter Beobachtung.

Seit dieser Zeit habe ich noch 3 neue Fälle beobachten können.

Die Hefepilzerkrankungen der Haut gehören bisher zu den grossen Seltenheiten. Bis vor kurzem waren erst c. 60—70 Fälle bekannt, und zwar war vorherrschend die Blastomycosis in Amerika beobachtet worden, in geringer Anzahl in Deutschland, doch nimmt die Zahl neuer Fälle in der Literatur ziemlich schnell zu, seit man gelernt hat, die Diagnose sicher zu stellen. Den ersten Fall in Deutschland hat Busse [7]) 1894 festgestellt. Ein besonderes Verdienst haben in dieser Beziehung Montgomery [8]), Gilebrist, Ricketts in Amerika sowie Busse und endlich Buschke [9]) in Deutschland. Letzterer hat eine vorzügliche Monographie mit ausgezeichneten Abbildungen 1902 in der „Bibliotheca medica" erscheinen lassen, eine in jeder Beziehung grundlegende Arbeit.

In Russland haben Bogrow und Marzinovsky [10]) in Moskau zuerst 2 Fälle von Blastomycosis 1906 in der dortigen dermatologischen Gesellschaft mitgeteilt und dann eingehend diese Frage bearbeitet und darüber 1907 im Archiv f. Dermatologie und Syphilis berichtet. Zur Controlle hatten sie 48 Fälle von Hauterkrankungen untersucht und bei 23 Hefepilze gefunden, jedoch nur als zufälligen Befund, desgleichen 37 mal in 84 Fällen von Acne. Ferner hat Prof. Selenew in Charkow 2 Fälle von Blastomycosis beschrieben.

Von grossem Interesse ist die Mitteilung Buschkes in seiner Arbeit über die Verbreitung der Blastomycose in der Tierwelt. Freilich haben schon Grohe [11]) 1870 in Greifswalde und 1872 Leo Popoff [12]) in dem Laboratorium von Prof. S. Botkin Versuche über die Wirkung der Hefe auf Hunde gemacht, wobei die Tiere nach Injection von Hefelösungen ins Blut schnell zu Grunde gingen.

Doch waren damals die nötigen antiseptischen Cautelen noch unbekannt, und Popoff gibt selbst an, dass die Hefe verschiedene Bacterien enthielt, die wohl noch durch Verreiben mit der Hand und das Durchlassen der Hefeaufschwemmung durch ein Handtuch vermehrt wurden, sodass das Zugrundegehen der Tiere unter septischen Symptomen unschwer zu erklären ist. Die mit Hefe per os gefütterten Tiere blieben gesund.

Ueber die Erkrankungen der Tiere durch Hefepilze geben uns die Veterinäre sehr interessante Daten.

Schon 1865 teilte Pehrson mit, dass in Schweden der Rotz bei Pferden oft kein echter Rotz sei, da er meist chronisch verlaufe und heilbar sei, er nannte diese Form den „Rotz des Nordens". Aehnliche Beobachtungen wurden von den Militär-Veterinären in Algier 1870 gemacht, welche diese Form den „afrikanischen Rotz" nannten, der auch in Frankreich und Italien als „Lymphangite epizootique" schon längere Zeit bekannt war.

1883 fanden Rivolti und Micellone als Ursache einen Mikroorganismus, den sie Cryptococcus benannten, da er viel grösser wie Coccen, eine leicht ovoïde Form hatte und Doppelconturen zeigte. Es ist nicht schwer in dieser Beschreibung den Hefepilz wieder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zuerkennen, wie dieses auch 1896 von Tokishigi [13]) in Japan festgestellt wurde, der über eine häufige epidemische, gutartige, chronische Erkrankung der Pferde in Japan berichtet, die durch pathogene Hefepilze bewirkt wird. Auch in Russland hat Tartakovski 1896 und 1897 im Gouvernement Novgorod eine Epidemie des sogen. „afrikanischen Rotzes“ beschrieben. Von besonderem Interesse ist aber, dass Tartakovski selbst an diesem Rotz erkrankte und lange Zeit daran litt; es bildete sich ein grösserer Herd an einem Unterschenkel, der von Dr. Trojanow erst nach einer ausgiebigen Excision zur Heilung gebracht wurde und eine handtellergrosse, tiefe Narbe hinterlassen hat. Vor $1^1/_2$ Jahren consultierte mich Tartakovski wegen einer Hautinfection, die mir damals unklar, die ich aber nachträglich wohl für Blastomycose ansprechen möchte. Seither habe ich ihn nicht mehr wiedergesehen.

Wie mir Dr. Wladimirow mitteilt, soll auch jetzt nicht ganz selten der sogen. afrikanische Rotz in Petersburg bei Pferden vorkommen.

Ueber Erkrankungen von Menschen durch Hefepilze wissen wir, abgesehen von den Hautaffectionen, verhältnismäsig noch wenig, doch können die Patienten allmählich durch Metastasen in die Lungen, Nieren und Knochen an Kachexie zu Grunde gehen.

1899 hat Stöwer in Graefes Archiv mehrere Fälle einer eigenartigen, sehr hartnäckigen Entzündung der Conjunctiva und Cornea beschrieben und aus dem Secret Hefepilze gezüchtet. Desgleichen hat er durch Impfung von Saccharomyces Busse (von einer an Blastomycose zu Grunde gegangenen Patientin) in die vordere Augenkammer bei Kaninchen und Meerschweinchen hochgradige Hypopyonkeratitis hervorrufen können.

Lundsgaard beschrieb 1899 einen Fall von Hypopyonkeratitis, bei dem er sehr reichlich Hefepilze mikroskopisch und culturell nachwies.

Colpe fand 1894 im weiblichen Genitalcanal Hefepilze bei hartnäckiger Endometritis.

Nicht unerwähnt wollen wir auch lassen, dass Quincke [14]) in seiner Arbeit über fetthaltige Transsudate 1875 einen Fall beschrieb, der als primäres Sarcom des Peritoneums mit Ascites chylosus diagnosticiert war, bei dem er in der Ascitesflüssigkeit Hefepilze gefunden.

1904 veröffentlichten Fabry [15]) und Trautus einen Fall von Pagetscher Erkrankung der Mamma, als deren Ursache sich Hefepilze in grosser Menge fanden.

Auf die Frage, ob Hefepilzarten als Krebserreger anzusprechen sind, möchte ich hier nicht weiter eingehen, da bisher keinerlei positive Tatsachen festgestellt worden sind, obgleich eine reiche Literatur darüber producíert worden ist.

Was nun die Haut anbetrifft, so kann man heute schon mit Gewissheit sagen, dass es 2 Formen von Hauterkrankungen gibt, die durch Hefepilze hervorgerufen werden. Bei der einen Form, die eminent chronisch verläuft, bilden sich Folliculitiden, die central zerfallen und vernarben, während sich centripetal immer wieder neue weiche, rote Knötchen gruppenweis bilden; drückt man dieselben, so entleert sich eine blassgraue, etwas viscide Flüssigkeit, die unter dem Mikroskop Leukocythen und Hefepilze enthält, während andere Mikroorganismen fehlen. Von Zeit zu Zeit treten auch leichte Temperatursteigerungen auf, obgleich keinerlei Veränderungen innerer Organe als Ursachen dafür nachzuweisen sind. Es können auch Uebertragungen auf andere Hautpartien stattfinden. Allmählich werden die Patienten matt und blass, magern ab, dann können auch Metastasen in inneren Organen auftreten und Pat. daran zu Grunde gehen, doch können Pat. auch geheilt werden. Namentlich soll, offenbar nach Analogie mit Actinomycosis, Jodkali in grossen Dosen Heilung bewirken können.

Die zweite Form beginnt wohl auch als Folliculitis, doch macht sich eine Neigung zu Geschwulstbildungen bemerkbar und können grössere Formen auftreten, die dann Sarcom und Carcinom vortäuschen, namentlich wenn auch Zerfall eintritt. Dann kommt es auch zu Lymphadenitis. Zu dieser Form gehört wohl auch der von Roncali [16]) 1895 als Adeno-Carcinom des Ovariums beschriebene Fall, in dem er Blastomyceten gefunden.

Beide Formen kommen vorherrschend an unbedeckten Hautregionen vor, namentlich am Gesicht, an den Händen, doch ist keine Körperstelle vor Erkrankung geschützt.

Beide Formen verlaufen eminent chronisch, sie können sich Jahre lang hinziehen, über mehr acuten Verlauf und Frühstadien wissen wir noch wenig. Einen acuten Fall haben Bogrow und Marzinovski beobachtet. Ein Frühstadium hatte ich Gelegenheit im vergangenen Herbst zu sehen. Es handelt sich um einen jungen Advocaten, der seit c. $2^1/_2$ Jahren, wie er sagte, an Acne litt, die nicht vergehen wollte. Es fiel mir sofort die eigentümliche Localisation der Acne-Pusteln auf, sie waren nur in einigen Gruppen an der linken Temporalregion vorhanden und standen peripher von einer markgrossen Narbenfläche. Mein Verdacht, dass es sich um Blastomycose handelte, wurde sofort durch das Mikroskop bestätigt, sowie nachträglich durch die Untersuchung durch Dr. Ucke, dem es auch gelang, eine Cultur zu erhalten.

Von den 4 Fällen, die ich im Laufe des Jahres seit April 1908 diagnosticiert, handelte es sich 3 Mal um die folliculäre Form (bei einer 60-jährigen Frau am Handrücken, bei einem 30-jährigen Mann um die Schläfengegend und bei einem 8-jährigen Mädchen um den Oberarm) und 1 Mal um die Tumorenform, bei einer c. 35 J. alten Frau an der rechten grossen Schamlippe und der Schambeingegend.

Wir kommen nun zu der Frage, welche Hefepilzarten rufen diese Erkrankungen hervor, wie viele der 750 Arten sind für Menschen resp. Tiere pathogen? Bei der grossen Verbreitung von Hefepilzen in der Luft, im Staube, auf und in den Lebensmitteln lässt sich wohl sagen, dass die Zahl der pathogenen Blastomyceten eine relativ geringe sein muss und dass es sich vielleicht um bestimmte Umstände handelt, welche die Haut als geeigneten Nährboden für dieselben prädisponieren. Dr. Lydia Rabinowitsch [17]) hat im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin 1896 50 Arten von Hefepilzen untersucht und 7 Arten als pathogen für Tiere nachgewiesen, wenn sie subcutan oder intraperitoneal eingeführt wurden. Sie riefen Eiterungen hervor resp. töteten die Tiere, und man fand die Pilze dann in den verschiedensten Organen, sogar im Blut.

Die Differenzierung der einzelnen Arten ist nicht leicht. Soviel wir bis jetzt wissen, sind die cultivierten Hefepilze, wie sie in den Gährungsgewerben benutzt werden, wohl für den Menschen unschädlich. Der beste Beweis liegt wohl darin, dass wir in den grossen Brauereien bei den Arbeitern, die beständig mit der Hefe zu tun haben, keine Fälle von Erkrankungen beobachten, wie mir der Leiter des Laboratoriums der Kalinkin-Brauerei, Herr Seyfert, mitzuteilen die Güte hatte. Pathogen sind aller Wahrscheinlichkeit nach nur die sog. „wilden Hefepilze“, wenn sie auf Hautexcoriationen oder in Hautfollikeln einen geeigneten Nährboden finden.

Ob durch mit der Nahrungsaufnahme in den Verdauungskanal gelangte Hefepilze auch Krankheitserscheinungen bewirkt werden, darüber lässt sich heute nichts sagen, wir wissen nur, dass sich in den Faeces stets auch Hefepilze

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

finden, ohne dass irgend welche pathologische Erscheinungen dabei bemerkt werden.

Jedenfalls verdienen die Hefepilze als Krankheitserreger mehr Beachtung, als ihnen gewöhnlich geschenkt wird, und der Zweck meiner Mitteilung würde vollkommen erreicht sein, wenn nicht nur die Dermatologen, sondern auch die Ophtalmologen, Otologen, Chirurgen und Gynäkologen diesen Pilzen ihre Aufmerksamkeit zulenken würden, sowie die Internisten bei chylösen Exsudaten.

Die Diagnose ist keine so schwierige als es bisher erschienen, wenn man sich nur an die Cardinalsymptome des Krankheitsbildes hält. Vor Allem weisen der chronische Verlauf, dann die weichen rosa, rot bis bräunlichroten weichen Knötchen, mit kleinen centralen Ulcerationen, aus denen sich das blassgraue Secret ausdrücken lässt und die glatte Narbenflächen, sowie das Resultat der mikroskopischen Untersuchung darauf hin.

Zur Erkenntnis der Hefepilze in ungefärbtem Zustande gehört eine gewisse Uebung, da sie wegen ihres stärkeren Lichtbrechungsvermögens leicht mit Fetttröpfchen verwechselt werden können. Zur schnellen Untersuchung nimmt man am Besten Ziehl-Nielsensche Fuchsinlösung, die man stark durch Wasser verdünnt bis zu einer rosa Färbung. Bei gewöhnlicher Fuchsinlösung färben sich die Hefezellen dunkelschwarzrot und lassen keinerlei Doppelconturen erscheinen, die übrigens auch fehlen können. Oft findet man verschiedene Formen, runde, ovoide und elliptische, einzelne Zellen zeigen die charakteristische Knospung. Auch die Färbung nach Gram-Wright wird von einigen Autoren sehr empfohlen. Die Culturen werden am Besten in Bierwürze angestellt, die sich bei Zimmertemperatur schon in 24 Stunden trübt durch Vermehrung der Hefezellen. Eingehender wird seinerzeit mein Assistent, Dr. Fr. Hinze, über die Hefeculturen von Blastomyceten berichten, der diese Frage gegenwärtig bearbeitet. Als festen Nährboden empfehlen Bogrow und Marzinovsky Mohrrüben mit Lanolin bestrichen, da Hefepilze Zucker und Fett als Nährboden besonders bevorzugen.

Differentielldiagnostisch kommen Lupus vulgaris, Acne und Folliculitis tuberculosa besonders in Betracht, doch sind die Knötchen beim Lupus kleiner und haben nicht den folliculären Charakter. Ausserdem sind die Ulcerationen bei Lupus grösser und zeigen mehr Detritus. Acne und Folliculitis tuberculosa stehen mehr isoliert und sind mehr disseminiert. In allen Fällen entscheidet die mikroskopische Untersuchung die Zweifel endgültig. Bei der Geschwulstform der Blastomycose ist die Differentialdiagnose mit Sarcom nicht leicht, doch auch hier spricht das Mikroskop das entscheidende Wort, eventuell das Anlegen von Culturen.

Was nun die Therapie betrifft, so lässt sich darüber nur wenig sagen. In einzelnen Fällen haben grosse Gaben Jodkali, in anderen ausgiebige Ausschabung resp. gründliche Excision der Herde zur Heilung geführt. In dem von mir im Mai vorgestellten Falle habe ich, von theoretischer Calculation ausgehend, ein Verfahren eingeschlagen, welches mir einen ganz schönen Erfolg gegeben. Da die Hefepilze am Besten bei einer Temperatur von 10—24° C. gedeihen und ihre Fortpflanzungsfähigkeit bei ca. 40° C. verlieren, habe ich eine locale Thermotherapie eingeschlagen, indem 2 mal täglich auf die afficierte Hand ein Gummibeutel mit heissem Wasser auf $^3/_4$ Stunden aufgelegt wurde. Das Thermometer zwischen Haut und Beutel zeigte eine Temperatur von 42—45° C. Der Erfolg ist ein ganz augenscheinlicher, die Knötchen bilden sich zurück und gegenwärtig ist $^9/_{10}$ der Affection bereits verheilt. In der Zwischenzeit wird der Herd mit Xeroformpaste (5 pCt.) verbunden.

Ueber die moderne Frage der Anwendung der Hefe als Heilmittel werde ich mir erlauben ein anderes Mal zu berichten, nur soviel sei gesagt, dass dazu nur die cultivierten Hefearten, sp. Presshefe und das aus derselben gewonnene Zymin zu benutzen sind.

Literatur.

1. P. Fürbringer. Virch. Arch. B. 66. 2. Virchow's Arch. 1856. 3. Slavianski ibid. 1867. 4. Hallier. Die pflanzl. Parasiten des Menschen 1866. 5. Wreden, Myringomycosis. 1868. Monographie. 6. cf. Die Zymosegährung von E. Buchner, H. Buchner und M. Hahn. 1903. 7. Busse. Die Sprosspilze, im Handbuch der pathogene, Microorganismen von Kalle und Wassermann. B. I. 1902. 8. Montgomery und Rickett. Journ. of cutan. diseaases. 1901. Jan. 9. Buschke. Die Blastomycose. Bibl. med. Abth. D. II. Heft 10. 1902. (Monographie, die ausführlichst die Literatur angibt). 10. Bogrow und Marzinowski. Protocoll der Moskauer venereolog. Gesellschaft. 1906—7. B. XV. (russisch) und Archiv f. Dermatol. 1907. B. 86. 11. Grohe. Berl. Klin. W. 1870. Nr. 1. 12. L. Popoff. Berl. Klin. W. 1872. Nr. 43. 13. Tokishigi. Ueber pathogene Blastomyces. Centralbl. f. Bacteriologie. 1896. 14. Archiv f. Klin. Med. 1875. 15. Fabry. Archiv f. Dermatolog. B. 77. 16. Roncali. Il polielinico, 1905. 17. Rabinowitsch. Zeitschrift f. Hygiene 1895. 18. Kranhals. Ueber Schimmelvegetationen im tierischen Organismus. Petersb. med. Woch. 1881.

Referate.

G. Oeder: Das Körpergewicht des erwachsenen Menschen bei normalem Ernährungszustand und seine Berechnung. Zeitschrift für Versicherungsmedicin. 1909. H. 1.

Im Hinblick darauf, dass die in der Literatur vorhandenen Angaben über das normale Körpergewicht des Menschen unvollkommen und practisch wenig verwertbar sind, suchte Oeder das Gewicht gesunder und kranker Menschen aus den Daten über die in seiner Diätcuranstalt in Niederlössnitz beobachteten Personen festzustellen, wobei er namentlich den Ernährungszustand berücksichtigte. Leider wird letzterer gerade in der Versicherungspraxis meist vernachlässigt und das Körpergewicht traditionell nach der Körperlänge taxiert. Von den 2000 Krankengeschichten, die Oeder zur Verfügung standen, verwertete er für seine Arbeit nur solche, die sich auf Personen mit normalem Ernährungszustand bezogen. Als Merkmale eines solchen Zustandes galten dem Verf.: 1) das Verstrichensein der Zwischenrippenräume neben dem Brustbein, 2) das Verstrichensein der Zwischensehnenräume am Handrücken, 3) gleiches Niveau (resp. Umfang) des Brustkorbes und des Bauches bei Rückenlage, 4) Dicke einer rechts am Nabel erhobenen Falte von 2 bis 3 cm. Hierbei ergab sich, dass bei 10 Männern von 171 cm. Körperlänge und nahezu normalem Ernährungszustand das Körpergewicht Schwankungen von 71 bis 84,5 Kilo aufwies. Indem Oeder nun prüfte, um wie viel bei «anderen Körperlängen, die mehr als eine Person gleicher Länge aufwiesen, das jeweils niedrigste Normalgewicht hinter den übrigen Normalgewichten derselben Länge zurüchbleibt», fand er, dass der Gesamtdurchschnitt 5,8, rund 6,0 Kilo betrug. Diese 6 Kilo bezeichnet er als den Spielraum, innerhalb dessen das Normalgewicht einer Körperlänge schwanken darf. Die Körperlänge schien dem Verf. jedenfalls von allen Massen die geeignetste Grundlage zu sein zur Vorausberechnung des Körpergewichts. Die Brocasche Formel: Körpergewicht in Kilo = Körperlänge in cm. — 100 erwies sich nur bei normal gebauten Erwachsenen anwendbar, wobei die untere Grenze ihrer Anwendbarkeit bei 130—135 cm. Körperlänge liegt, die obere bis zu 200 cm. Auf 2 Tafeln (1 für Männer, die andere für Weiber) hat Verf. die von ihm tatsächlich gefundenen und die nach Quetelet, Bornhardt und Brock berechneten Gewichte eingetragen. Hierbei zeigte sich, dass die Brocasche Formel in 70 pCt. aller Männer ganz zuverlässige und in weiteren 27 pCt. practisch noch brauchbare Werte gibt, während die Bornhardtsche Formel (Körpergewicht = Länge × Brustumfang : 240) zu niedrige Gewichte zeigt. Die Brocasche Formel setzt aber einen proportionierten Körperbau bei Männern voraus. Bei Männern mit sehr kurzen oder sehr langen Beinen, zu kurzem oder zu langem Hals, emphysematösem Brustkorb und dgl. stimmt das berechnete Gewicht nicht mit dem tatsächlichen. Deshalb suchte Oeder seinen Berechnungen eine künstliche, «proportionelle» Länge zu Grunde zu legen, indem er die Körperlänge in 2 Abschnitte zerlegte: vom Scheitel

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bis zur Symphysenmitte und von hier bis zur Fusssohle. Die Verdoppelung der Entfernung vom Scheitel bis zur Symphysenmitte entsprach am nächsten der Länge, die der Berechnung des Normalgewichts zu Grunde gelegt werden kann. Bei Weibern ergab die Bornhardtsche Formel ebenfalls zu niedrige Werte, die Brocasche traf in 55 pCt. zu, während sie in 45 pCt. zu hohe Werte zeigte. Dies veranlasste den Verf., das arithmetische Mittel zwischen Bornhardt und Broca als Normalgewicht anzunehmen, was bei Weibern in 81,5 pCt. auch tatsächlich stimmte. Auch die nach Quetelet berechneten Zahlen stimmten bei Weibern in 81,5 pCt.

F. Dörbeck.

E. J. Spriggs: Remarks on the treatment of gastric ulcer by immediate feeding. Britisch Medical Journal. 1909. 3. April.

Spriggs berichtet über die günstigen Resultate, die er mit der Behandlung des Magengeschwürs nach der Lenhartzschen Methode erzielte. Lenhartz gibt bekanntlich den Patienten gleich am Tage nach der Hämatemesis Eier mit Milch und Zucker und steigert täglich die Nahrungsmenge, sodass die Pat. noch in der ersten Woche 8 Eier und bis 1000,0 Milch erhalten. Hierzu kommt schon in der 2. Woche Milchreis, dann folgt Hackfleisch, Schinken u. s. w. Die Methode geht von der Voraussetzung aus, dass einerseits der im Ueberschuss producierte saure Magensaft die Verheilung des Geschwürs stört und andererseits in einem nur sehr mangelhaft ernährten Organismus eine Heilung nicht gut vor sich gehen kann. Im Uebrigen werden alle anderen therapeutischen Massnahmen von Lenhartz eingehalten und wurden auch von Spriggs beobachtet, wie Bettruhe, Eis auf das Epigastrium, Bismut innerlich. Vom 6. bis zum 10. Tag erhielten die Pat. Spriggs ausserdem Eisensulfat mit Magnesia in Pillen. Im Ganzen berichtet S. über 33 Fälle von Magengeschwür, die nach der Lenhartzschen Methode und 34, die nach der gewöhnlichen Art behandelt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Pat. im Hospital betrug bei beiden Methoden 34 Tage. Der Schmerz schwand im Allgemeinen bei den nach Lenhartz behandelten Patienten früher als bei den anderen. Der Hauptvorzug der Lenhartzschen Methode besteht nach Spriggs darin, dass die Patienten früher zu einer normalen Ernährung gelangen. Ueber das weitere Schicksal der Patienten nach Verlassen des Hospitals und Ueberführung in ein Reconvalescentenheim lagen dem Verf. Berichte von 21 nach Lenhartz und 16 nach der gewöhnlichen Methode behandelten vor. Von den 21 hatten 9 das Hospital als geheilt verlassen, 9 hatten Recidive von gastrischen Symptomen und 3 klagten über Digestionsstörungen. Von den 16 waren 6 als geheilt entlassen, 8 hatten Recidive und 2 Digestionsstörungen. Verfasser schliesst daraus, das die Resultate der Lenhartzschen Methode wenigstens ebenso dauerhaft sind wie die der gewöhnlichen.

F. Dörbeck.

Bücherbesprechungen.

Dr. M. Bircher-Benner (Zürich): Grundzüge der Ernährungs-Therapie auf Grund der Energetik. Dritte umgearbeitete Auflage. Berlin 1909. Verlag von Otto Salle. 290 Seiten.

Es ist die 3. Auflage, nachdem in kaum 2 Jahren die 2. Auflage vergriffen worden war. Wie weit ärztliche Kreise dabei beteiligt waren, ist schwer zu sagen bei einem Buche, dass auch sonst gebildeten Ständen zugänglich war. Die Zeit seit der 2. Auflage hat dem Verf. jedenfalls reichliches Material in den Arbeiten verschiedener Autoren geliefert, die zur festeren Fundierung seiner Lehre beigetragen hat. Bekanntlich ist es ein Kampf gegen Fleischnahrung und Ueberernährung, den Verf. führt, sein Ziel-Entwürdigung der Eiweissstoffe, Sturz der Vorherrschaft der animalen Nahrungsmittel, Abschaffung jeglichen Raffinements der Kochkunst und die Erhebung einfacher in natürlichem Zustande geniessbarer Pflanzenkost zu den höchsten Würden der Nahrungsmittel. Man muss zugeben, in der gegenwärtigen abgerundeten, festgefügten Form wirkt «die Ernährungslehre auf Grund der Energetik» in mancher Hinsicht überzeugend und anziehend. Ihr grösserer Vorzug ist aber der, dass sie mit der Naturbeobachtung besser übereinstimmt, als die alte Lehre. Schon längere Zeit machte sich ein immer reger werdendes Bedürfnis nach Revision unserer alten Anschauungen über den Nährwert der Nahrungsmittel und die Ernährungsnormen geltend, denn die Ernährungsresultate bei den alten Kulturvölkern liessen Zweifel aufkommen, ob die Grundlagen der Ernährungslehre richtig sind, und Erscheinungen aus dem Leben fremder Völker oder auch unterer Volksschichten, früher hochmütig übersehen, zeigten, dass der Fleischnahrung vielleicht doch nicht die Stelle gebührt, die ihr angewiesen wurde, und die Krankenernährung, besonders im Sinne der Ueberernährung, fand häufig so unüberwindliche Hindernisse in der natürlichen Reaction des Organismus, dass ihre Unnatürlichkeit auffallen musste. Aber was war dagegen zu tun? das Laboratorium hatte gesprochen, und da musste die Naturbeobachtung sich bescheiden zurückziehen. Klingt es nicht wie eine Anekdote, wenn Baelz berichtet, wie er mit seinen gelehrten Collegen, die darauf bestanden, das japanische Volk sei nach wissenschaftlichen Begriffen unterernährt und müsse daher an eine andere Ernährung gewöhnt werden, in Opposition stand? Und doch ist diese Episode charakteristisch für unseren akademischen Fanatismus. Riesenversuche der Natur werden von unseren Zwergversuchen im Laboratorium in den Schatten gestellt, ja einfach zugedeckt.

Des Verf. Lehre ist durch theoretische Constructionen, wissenschaftliche und practische Begründung gut gestützt, man darf aber nicht vergessen, dass auch die alte Lehre wissenschaftlich so gut fundiert war, dass sie ein halbes Jahrhundert verschiedenen Stürmen getrotzt hat. Erst jetzt beginnt sie zu wanken und nicht zum wenigsten ist dies durch den erkannten Widerspruch mit der Naturbeobachtung veranlasst worden. Gegen diese Gefahr ist auch die neue Lehre leider nicht vollkommen gewappnet. Und zwar scheint es die Stellung des Verf. zu den Genussmitteln, besonders zu den sogen. unschuldigen, ferner zum Fleisch, in seiner Eigenschaft als erstrebenswerter Leckerbissen für den Menschen im allgemeinen, zu sein, die Angriffspuncte bietet.

Vielleicht sind es nur tactische Rücksichten, die den Verf. dem Fanatismus in die Arme getrieben haben. Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass sich hier die alte Geschichte vom Kampf mit dem Alcohol wiederholt. Extremste Positionen im Beginn, nachher ruhige Mässigung. Jedenfalls ist ein interessantes Vorpostengefecht vom Verf. eingeleitet worden, und wer den zu erwartenden grossen Kampf beobachten will, sei auf das Buch aufmerksam gemacht.

F. Holzinger.

Dr. P. Th. Müller: Vorlesungen über Infection und Immunität. Zweite erweiterte und vermehrte Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena 1909. 400 Seiten. Preis M. 7. geb. M. 8.

Immer stärker macht sich das energetische Princip bei Beurteilung biologischer Vorgänge und Tatsachen geltend, und die dadurch angebahnte Umwälzung ist besonders auf dem Gebiet der Infections- und Immunitätsfrage in vollem Gange. Nicht mehr die einseitige Anklage der Bacterien als Krankheitserreger, sondern die Wechselwirkung von Wirt und Parasit und die Summe der äusseren Bedingungen, die auf beide einwirken, beherrscht das Problem. Auf diesem Standpuncte steht auch der Verf. des vorliegenden Buches. Das gut bekannte Lehrbuch bedarf keiner besonderen Empfehlung. An übersichtlicher Anordnung des Stoffes lässt es sonst nichts zu wünschen übrig. Als Nachteil liesse sich nur anführen, dass die zahlreichen Theorien über Infection und Immunität nicht genügend von einander abgegrenzt und einige neueste Anschauungen überhaupt nicht berücksichtigt sind.

F. Holzinger.

Prof. Dr. C. von Noorden: Ueber die Behandlung einiger wichtiger Stoffwechselstörungen (Hungerzustand, Mastcuren, Entfettungscuren, Gicht). Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen. 7. und 8. Heft. Berlin. 1909. Verl. von Aug. Hirschwald.

Vorliegendes Buch enthält vier Vorlesungen, die in den Fortbildungscursen der Wiener Aerzte gehalten wurden. Die erste Vorlesung behandelt die Aenderungen des Stoffwechsels beim Hungern und bei Unterernährung. Die zweite handelt über Mastcuren, die 3. über Entfettungscuren, die 4. über Gicht, harnsaure Nierenkonkremente und ihre Behandlung. Es braucht kaum erwähnt zu werden, dass der berühmte Kliniker Vieles für den Practiker beherzigenswerte bringt und zur Klärung der herrschenden Verwirrung in solchen Fragen wie Gicht, Fettsucht beiträgt. Nicht zu verkennen ist auch in den Anschauungen des Verf. die Wirkung neuer Strömungen (Rubner, Chittenden), die sich in der Bewertung der Mastcuren geltend macht. Im allgemeinen ist aber eigene oder seiner Schüler Forschung das Grundmaterial.

F. Holzinger.

Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

E. Sauerbeck. Die Krise in der Immunitätsforschung. 91 S. 1900. Verl. von Dr. Werner Klinkhardt. Leipzig.

«Aus dem Auftauchen immer neuer Theorien, wie sie die letzten Jahre brachten, konnte man, wie übrigens schon aus den langjährigen Fehden der Lysin- und der Phagocytentheorie, schliessen, entweder, dass die Forschung immer noch neben der richtigen Fährte hintappe oder aber, dass eine einheitliche Theorie der in Frage stehenden Erscheinungen überhaupt nicht zu finden sei.» So sagt der Verf. zum Schluss seines Werkes und glaubt «dass noch Jahre vergehen dürften, bis die Wechselwirkung zwischen Bacterien und Wirtstier auch nur in den Hauptzügen klar sein wird.» Um das zu erreichen, «werde man aber nicht umhin können, mit dem Beobachten noch einmal von vorn anzufangen», wobei «natürlich die Theorieen der letzten Jahre für uns nicht verloren sein dürfen, sondern als heuristische Standpuncte zu brauchen sind; sie sollen uns dienen, nicht wir ihnen». Vernichtender könnte das Urteil für die Immunitätsforschung nicht lauten. Es wird aber kaum jemand nahe gehen und kaum einen überraschen, denn erstens, und darüber soll man sich keinen Täuschungen hingeben, ist die moderne Immunitätslehre nur ganz locker und oberflächlich an die Erkenntnis der ärztlichen Welt geknüpft, fast ausschliesslich formell durch die bekannten überzahlreichen Schlagworte, aber kaum ihrem Wesen und Inhalte nach aufgenommen worden, und zweitens, weil nach dem Freudenrausche über die erfolgreiche Grundsteinlegung der Bacteriologie ganz allmählich eine depressive Stimmung sich entwickelt hat und schon seit geraumer Zeit wir «ärztliche Plebs» von der Immunitätsforschung nicht viel mehr erwarteten als neue Bezeichnungen für alte hypothetische Substanzen. Trotzdem es sich nun dabei um die centralste der medicinischen Fragen handelt, dürfte daher die endlich auch an competenter Stelle constatierte Krise keine erschütternde Wirkung ausüben.

Das Hauptinteresse des Buches liegt auch nicht in den Schlussfolgerungen und im Endurteil über die herrschenden Theorien, sondern in der meisterhaften, grosszügigen Darstellung der Immunitätslehre von ihren Anfängen bis auf den heutigen Stand, wobei der Verf. bestrebt war, die Betrachtungen auf breitere biologisch-historische Basis zu stellen, als es in seinem vor ca. 2 Jahren erschienenen grossen Werk (Neue Tatsachen und Theorien in der Immunitätsforschung 1907, Bergmann, Wiesbaden) geschehen war. Mit sicherem Blick, fester Hand, ausgerüstet mit einer Unsumme von Wissen, bringt Verf. Ordnung und Klärung in das vibrierende Chaos von Vermutungen, Tatsachen, Theorien, Hypothesen, Widersprüchen, Gegensätzen, Unzulänglichkeiten und Abhängigkeiten, die das Wesen der Lehre dem Unbefangenen verdeckten und den abenteuerlichsten Vorstellungen freien Spielraum liessen. Auch die neuesten Resultate der Forschung: Ascolis Theorie der antiblastischen Immunität, Grassberger-Schattenfrohs Theorie der treptischen Infectiosität, Gruber-Futakis Lehre von den bactericiden Leukocytensecreten, Holzingers neue Osmosetheorie der natürlichen Immunität sind schon aufgenommen und kritisch beleuchtet worden. Besonderen Wert hat auch das Arbeitsprogramm für die zukünftige Immunitätsforschung, die Aufstellung der Hauptpuncte, die eine haltbare Theorie erklären müsste und der Hinweis darauf, dass auch ganz vergessene, ohne hinreichenden Grund aufgegebene, durchaus acceptable Möglichkeiten, die die Immunitätslehre in ihren Anfängen beschäftigt haben, wieder in den Vordergrund der Betrachtung gezogen werden müssten. So der Standpunct, der auch in einer der neuesten Theorien (Holzinger) eclatant hervortritt, dass nämlich das normale lebende Körper-Gewebe durchaus nicht a priori unbedingt als guter Nährboden für Bacterien aufgefasst zu werden braucht, sondern dass begünstigende Bedingungen erst secundär hinzutreten müssen, damit Bacterienansiedelung, besonders aber Vermehrung, erfolgen könne.

Pro domo mea hätte ich zu bemerken, dass der mir vom Verf. (S. 73) zugedachte Seitenhieb, ich hätte mich nicht begnügt aus meiner Beobachtung an theoretischem Gewinn nur soviel zu ziehen, als sich gerade aufdrängt, sein Ziel verfehlt hat. Dem Scharfblick des Verf. hatte es nicht entgehen dürfen, dass im Gegensatz zu allen früheren Theorien, ich ausdrücklich nur das Verhältnis der Bacterien zu den Körpergeweben und nicht zum Organismus in toto berücksichtigt habe. Dieser Gedanke scheint mir aber doch das Minimum zu sein, das ich an meine Entdeckung knüpfen konnte. Dass Bacterienfestigkeit aller Gewebe zu einer antibacteriellen Immunität des ganzen Organismus führen muss, ist ja klar, doch diese Consequenz zu ziehen, habe ich mir für später aufgespart, weil es noch weiterer bestätigender Untersuchungen bedurfte, die übrigens gegenwärtig zum Teil schon publiciert sind. Daher hatte ich auch keine Veranlassung, auf die Frage der erworbenen (antitoxischen) Immunität einzugehen, weil diese doch wohl immer den Organismus in toto betrifft und weil ich ganz im Einklang mit dem Verf., an der Möglichkeit einer einheitlichen Theorie für beide Arten der Immunität zweifelte. Wenn ich es auch als sicher ansehe, dass normal sich abspielende osmotische (Diffusions-) Vorgänge im Gewebe letzterem antibacterielle Eigenschaften verleihen, und Störungen der Gewebsosmose die Möglichkeit für Bacterienvermehrung schaffen, so glaube ich doch, dass für die Giftfestigkeit des Organismus ein anderer Mechanismus verantwortlich zu machen ist. Von diesem Standpuncte aus dürften vielleicht auch die älteren Theorien, besonders die «humoralen» (nach Sauerbeck) nicht so ganz aussichtslos sein, wie der Verf. es darstellt. Das Baumaterial ist gut, und nicht an ihm liegt es, wenn der Bau immer wieder zusammenstürzte. Der Fehler muss am Fundament liegen. Wie auch der Verf. bemerkt, aber leider nicht scharf genug betont, ist es die Grundfrage, die bisher vernachlässigt worden war. Ja schlimmer noch, die ohne allen Grund als gelöst gegolten hat. Das ist die Frage über das Körpergewebe in seiner Eigenschaft als Nährboden für Bacterien.

Immerhin muss das vorliegende Buch auch in dieser Richtung als Wegweiser begrüsst werden, wenn auch als indirecter, indem es die zahlreichen falschen Wege, die die Forschung gegangen ist, abgesteckt hat und den Wanderer warnt. Der tadellose Stil, die souveräne Haltung und der vornehme Ton, machen das Studium des Werkes zu einem Vergnügen, und es kann sowohl Skeptikern als Optimisten in der Immunitätsfrage auf das wärmste empfohlen werden. Sowohl Autor als Verleger ist es zu danken, dass sie die schon in den Folia serologica Bd. II, H. 1 Januar 1909 unter gleichem Titel erschienene Arbeit als Sonderdruck haben erscheinen lassen und dadurch ihre Zugänglichkeit erhöht haben.

F. Holzinger.

Feuilleton.

Chirurgische Eindrücke in Wien.

von

Dr. W. Schaack.

Beim Besuch einer fremden Chirurgischen Klinik sind es zunächst die Verschiedenheiten der Technik, des Operierens und der Methoden, die einem auffallen.

Teilweise handelt es sich da scheinbar nur um Kleinigkeiten und doch sind gerade in der Chirurgie die letzteren von grosser Bedeutung und für den operativen Erfolg oft entscheidend; daher seien mir an dieser Stelle, ohne irgend welche Ansprüche auf Vollständigkeit, einige kurze Bemerkungen gestattet über Eindrücke, die ich während meines nicht ganz 3 wöchentlichen Aufenthalts, an der Chirurgischen Universitäts-Klinik des Prof. Freiherrn von Eiselsberg in Wien empfangen habe.

Das Erste, was mir beim Betreten des Operationssaales auffiel, war, dass in Kopfbedeckung und Gesichtsmaske operiert wurde; wie ich später gesehen, wird in Wien in allen Chirurgischen Abteilungen diese verschärfte Asepsis geübt. Ueber die jetzt wohl schon fast allgemein verbreiteten Gummihandschuhe wurden noch meistens Zwirnhandschuhe drüber gezogen, um glatte Gebilde, z. B. Darm, besser fassen zu können.

Was die Kopfbedeckung und Gesichtsmaske anbetrifft, so werden sie, wie bekannt, nicht von allen Schulen gebraucht. Es besteht ja allerdings kein Zweifel, dass Keime von Kopfhaar, Mund und Nase in die Wunde gelangen können; wenn man sich dagegen schützt, so ist das gewiss eine Vorsichtsmassregel gegen die Infection mehr, doch zeigen die Erfahrungen anderer Kliniken, dass dieser erhöhte Schutz entbehrlich ist, z. B. in der Lexer'schen Klinik zu Königsberg wird stets ohne Kopfbedeckung und Maske operiert und doch verlaufen Eingriffe reactionslos, die die höchsten Ansprüche an die Asepsis stellen, ich meine hier die Lexer'schen Gelenktransplantationen und die im grossen Maasstabe angewandte freie Knochenplastik.

Die Aermel des sterilen Mantels werden nicht nach oben gestreift, sondern der Vorderarm bleibt steril zugedeckt und das Ende des Aermels wird unter dem Gummihandschuh geschoben und mit einem Gummiband fixiert, auf diese Weise gelangt die Haut des Operateurs nie in Berührung mit der Wunde, oder mit deren steril abgedeckten Umgebung. Der Patient wird im Nebenraum gewaschen und narcotisiert, dann kommt er auf den Operationstisch.

Allgemeine Narkose wird mit Chloroform, Aether, aber meistens mit der Billrothmischung gemacht, vorher bekommen die Patienten stets Scopolamin und Morphium. Sehr viel wird unter localer Anästhesie operiert nach Braun mit ½ % Novocainlösung mit Suprareninzusatz, so alle Kröpfe und in letzter Zeit auch Leistenbrüche. Die Rückenmarksanästhesie wird nur an-

gewandt, wenn die allgemeine Inhalationsnarcose direct contraindiciert ist, also selten, das ist wohl jetzt der Standpunct der meisten Chirurgen. Das Operationsfeld bekommt stets einen Jodtincturanstrich. Nach dem Haut- und Unterhautzellgewebeschnitt und nach sorgfältiger Blutstillung—auch die kleinsten blutenden Gefässe werden gefasst und unterbunden—wird die Wunde derart nur mit Gazecompressen abgedeckt, dass gar keine Hautoberfläche freiliegt, an die Wundränder werden die Compressen mit Klemmen fixiert, nur dann erst wird weiter in die Tiefe vorgegangen.

Unterbindungen werden stets mit Seide gemacht, Katgut wird nicht benutzt (der Gefahr der Tetanusinfection wegen). Weiterhin will ich noch einen Punct hervorheben, der von besonderer Wichtigkeit ist: ebenso wie das Narcotisieren wird auch das Instrumentieren stets von Aerzten der Klinik besorgt.

Die Asepsis ist auf diese Weise eine vollkommen sichere und bewusste. Bei noch so geschulten Schwestern oder Heilgehilfen handelt es sich doch um ein medicinisch nicht vorgebildetes Personal, denen das volle Verständnis für Asepsis und Bacteriologie fehlt, und daher sind grobe wenn auch unbewusste Verstösse gegen die Asepsis stets möglich, da es sich im Grunde doch nur um eine Art Dressur handelt; daher wird oft bei unwesentlichen Sachen die peinlichste Vorsicht beobachtet und daneben bei grossen Operationen im Eifer des Gefechtes, wo Operateur und Assistenten ganz in Anspruch genommen sind, Fehler gemacht. Ich glaube, viele werden gelegentlich dergleichen beobachtet haben. Ausserdem ist das Instrumentieren für den jungen zukünftigen Chirurgen eine sehr gute Schule.

Allerdings ist das eine Massregel, die sich wohl nur grosse Kliniken und Krankenhäuser werden erlauben können, denn dazu gehört natürlich ein grosses Aerztepersonal. Prof. von Eiselsberg hatte z. Z. ausser seinen ständigen Assistenten noch 14 Aerzte, die als sogenannte Operationszöglinge oder kurz «Operateure» von der Universität nach einer kleinen Prüfung auf c. 2 Jahre angestellt werden. In Wien werden in Folge dessen keine ausländischen Volontaire angenommen (auch Reichsdeutsche nicht), das ist von Collegen, die sich im Auslande weiter practisch ausbilden wollen, sehr zu berücksichtigen; zu diesem Zweck sind daher die Reichsdeutschen Kliniken vorzuziehen, obgleich sonst gerade die Wiener dem Fremden in einer ganz besonders liebenswürdigen Art und Weise entgegenkommen, was ich hier von mir aus noch mit besonderem Dank hervorheben will.

Was das operative Material betrifft, so war es für die verhältnismässig kurze Zeit ein äusserst vielseitiges. Ich will nur einiges hier erwähnen.

Aus der abdominalen Chirurgie ausser mehreren Gastroenteroanostomosen (stets wenn möglich die G. retrocolica post.) eine Magenresection, wegen Ca. pylori. Die Darmnaht wird hier stets mit gebogener Nadel und Nadelhalter gemacht, das Verfahren ist daher nicht so schnell und einfach wie das in der Lexer'schen Klinik geübte, wo mit grader Nadel ohne Halter genäht wird und derselbe Faden zur ersten und letzten Serosanaht benutzt wird. Von Dickdarmtumoren sah ich 2 Fälle, sie werden nicht primär reseciert, sondern zuerst nur vorgelagert (Mikulicz) und dann mit Paquelin abgetragen, der dann bestehende Anus wird im weiteren Verlaufe, wenn möglich, beseitigt.

Weiterhin, 1 Rectumresection nach Kraske, 2 Gallensteinoperationen, beide mal wegen Choledochussteinen, 1 Nephrotomie. Wer sich für Urologie speciell interessiert und auf diesem Gebiete mehr sehen will, muss zu Prof. Zuckerkandl ins Rothschildspital gehen. Während einiger Besuche dort hatte ich Gelegenheit ausser kleineren urologischen Eingriffen mehrere Nephrotomien, eine Nephrectomie, Papillomexcision der Blase per sectio alta und eine extraperitoneale Ureterotomie mit Entfernung eines grossen Harnleitersteines zu sehen.

Auf dem Gebiete der Hirnchirurgie bekam ich eine erfolgreiche Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors zu sehen. Prof. v. Eiselsberg operiert Hirntumoren stets zweizeitig, der erste Act bestand in der Freilegung der Gegend d. l. Kleinhirnhemisphäre, der 2 nach 8 Tagen in Entfernung des Tumors. Weiterhin eine sehr gut gelungene Schädelplastik eines beinah handtellergrossen Knochendefectes nach Trauma mit Epilepsie; die Deckung wurde mit Müller-König'schen Hautperiostknochenlappen gemacht.

Zum Schluss will ich noch zweier Operationen erwähnen, die in der Sauerbruch'schen Unterdruckkammer gemacht wurden: die Exstirpation eines grossen Pleurasarcoms (die sehr heruntergekommene schwache Patientin überstand den grossen Eingriff nicht und starb nach mehreren Stunden), und eine Herznaht; auch dieser Eingriff, so interessant er sonst war, hatte leider keinen Erfolg, was übrigens nicht anders zu erwarten war, die in die Herzgegend durch Messerstich verletzte Patientin wurde schon ausgeblutet und pulslos in die Klinik gebracht. Nach sofort vorgenommener Operation, Vernähung der freigelegten Herzwunde und energischer Herzmassage und venöser Kochsalzinfusion konnten noch einige Herzcontractionen beobachtet werden, dann trat der Exitus ein.

Das Operieren in der Kammer ist bequem — nur etwas heiss, und anfangs fühlt man einen Augenblick in den Ohren den Beginn der Druckdifferenz. Wir waren c. 10 Personen in der Kammer und hatten bequem Platz.

Das Sommersemester endigt in Wien früh, am 6 Juli, die Chefs reisen fort und der Betrieb wird stiller.

Wer in kurzer Zeit Vieles und Gutes in der Chirurgie sehen will, dem ist Wien mit der glänzenden v. Eiselsberg'schen Schule nur zu empfehlen.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Am 23. August tritt in Dorpat der erste Baltische Aerztecongress zusammen. Die Einberufung eines allgemeinen baltischen Aerztetages war längst in Aussicht genommen, aber der Hindernisse, die sich dem entgegenstellten, waren viele und ihre Ueberwindung hat viel Zeit und Mühe gekostet. Mit um so grösserer Freude ist das Gelingen der Aufgabe zu begrüssen, die sich die baltischen Aerzte gestellt und an deren Ausführung sie mit grosser Ausdauer gearbeitet. Indem wir die in Dorpat versammelten deutschen Aerzte Russlands begrüssen, wünschen wir dem Ersten Baltischen Aerztetag Glück und Heil bei der Arbeit, die ihm wohl gedeihen und gute Früchte tragen möge in wissenschaftlicher und collegialer Hinsicht zur Erinnerung an unsere einstige deutsche Universität.

— Die nächste Lepraconferenz wird in St. Petersburg stattfinden.

— Im December dieses Jahres findet in St. Petersburg ein allgemeiner Russischer Congress zur Bekämpfung der Trunksucht statt, verbunden mit einer Ausstellung und populären Vorträgen. Personen, die sich an der Ausstellung beteiligen wollen (mit Präparaten, Diagrammen, Flugschriften etc.), haben sich bis zum 1. October zu melden: Moika, 85.

— In St. Petersburg findet vom 3. bis zum 10. Januar 1910 der XI. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken N. I. Pirogows statt.

Das Organisationscomitee besteht aus dem Präses, Prof. S. Ssalaskin, dem Vicepräses Prof. W. Ssirotinin, den Mitgliedern, Prof. N. Weljaminow, N. Ssimanowskij, D. Ott, G. Chlopin, dem Cassierer, Dr. A. Lichatschew, dem Redacteur, Dr. P. Bulatow und dem Secretär, Dr. I. Dimitrijew.

Vortragsanmeldungen können zugeschickt werden entweder dem Secretär des Comitees, Dr. I. Dimitrijew (St. Petersb. Kabinetskaja 18), oder dem betreffenden Vorsitzenden der Section. Wünschenswert ist es, das Resumé der Vorträge und die Thesen bis zum 15. November zu erhalten, damit sie zur Zeit der Eröffnung des Congresses im Druck erscheinen können; nach dem 1. December wird die Annahme von Vorträgen, soweit es die Zeit gestattet, von den betreff. Vorsitzenden abhängen.

Den Mitgliedsbeitrag (10 Rbl.) wolle man dem Cassierer, Dr. A. Lichatschew, zuschicken (Liteiny Prosp. 11, Qu. 5.)

Das Comitee hat beschlossen, die Arbeiten des Congresses in folgende 18 Sectionen zu gliedern:

Verzeichnis der Sectionen des Congresses und ihrer Vorsitzenden.

I. Section: Anatomie, Anthropologie, Histologie und Embryologie. Vorsitzende: Prof. I. Schawloskij, Nishegorodskaja 33. Prof. A. Dogel, W. O. 8. Linie Nr. 1.8. Prof. A. Maximow, Nyschtadtskaja 3.

II. Section: Pathologische Anatomie. Vorsitzender: Prof. A. Moisseew, Lomanski Per. 5—5.

III. Section: Physiologie, physiologische Chemie, allgemeine Pathologie, Pharmakologie, pharmaceutische Chemie und Pharmakognosie. Vorsitzende: Prof. W. Wartanow, Furstadtskaja 27. Prof. I. Pawlow, Puschkarskaja 24. Prof. A. Danilewskij, Nishegorodskaja 6. Prof. W. Podwyssodskij, Lopuchinskaja 12. Prof. S. Prshibytek, Französischer Quai 30. Prof. N. Krawkow, Nishegorodskaja 6

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Section: Allgemeine Therapie, Balneotherapie und physikalische Behandlungsmethoden. Vorsitzender: Prof. A. Lewin, Woskressenski Prosp. 13.

V. Section: Bacteriologie und Infectionskrankheiten des Menschen und der Tiere. Vorsitzende: Prof. N. Tschistowitsch, Nishegorodskaja 33. Prof. D. Sabolotnyi, Karpowka 20. Prof. N. Mari, Nishegorodskaja 33.

VI. Section: Gerichtliche Medicin. Vorsitzender: Prof. N. Iwanowskij, Schuwalowo, Michailowskaja, 8.

VII. Section: Chirurgie. Vorsitzende: Prof. N. Weljaminow, Kirotschnaja 18. Prof. H. Turner, Basseinaja 15.

VIII. Section: Innere Krankheiten. Vorsitzende: Prof. S. Botkin, Potjemkinskaja 9. Prof. M. Wolkow, Zoologitscheskij Per. 3.

IX. Section: Ohren- Hals- u. Nasenkrankheiten. Vorsitzende: Prof. N. Ssimanowskij, Furstadtskaja 41. Prof. B. Werchowskij, Kirotschnaja 23.

X. Section: Geburtshilfe und Gynäkologie. Vorsitzende: Prof. D. Ott, W. O. Universitätslinie 3. Prof. P. Ssadowskij, Newskij Prosp. 90–92.

XI. Section: Ophthalmologie. Vorsitzender Prof. L. Belljarminow, Grosser Ssampsonjewskij Prosp. 5.

XII. Section: Kinderkrankheiten. Vorsitzender: Prof. D. Ssokolow, W. O. 1. Linie 32.

XIII. Section: Haut- und venerische Krankheiten. Vorsitzender: Prof. T. Pawlow, Katharinenkanal 96—2.

XIV. Section: Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Vorsitzender: Prof. W. Bechterew, Botkinskaja 9.

XV. Section: Hygiene (Allgemeine Schul- und Gewerbehygiene). Vorsitzende: Prof. W. Lewaschow, Nishegorodskaja 33—35. Prof. G. Chlopin, Maneshnyj Per. 13.

XVI. Section: Sociale Medicin (Landschaft, Städte, Fabriken, Verkehrswege. Medic. Statistik). Vorsitzende: Dr. A. Schingarew, Potjemskinskaja 7. (Landschaftsmedicin) Dr. N. Solotawin, Narwa. (Landschaftsmedicin) Dr. P. Kaschtschenko, Gatschino, Ssiworitzy Psychiatr. Hospital. (Fabriken) Dr. D. Nikolskij, Sjeshinskaja 8. (Fabriken) Dr. K. Losina-Losinskij, Rishskij Pr. 50. (Städte) Dr. M. Gran, Sagorodny Pr. 17. (Städte) Dr. G. Oleinikow, Nystadtskaja 19. (Eisenbahnen) Dr. N. Romanow, Newskij Pr. 85. (Wasserwege) Dr. G. Kulescha, W. O. Mittl. Prosp. 18. (Medic. Statistik) Dr. A. Lipskij, Newskij Pr. 79.

XVII. Section: Militär- und Marinemedicin. Vorsitzende: (Militärmed.) Dr. A. Dwukrajew, Suworowskij Pr. 6. (Marinemedic.) Dr. A. Fadejew, Kasanskaja 8—10.

XVIII. Section: Aerztliche Standesfragen mit der Untersection über Reform der ärztlichen Ausbildung. Vorsitzende: Prof. A. Kadjan, Snamenskaja 40. Prof. A. Salaskin, Petersb. Seite, Grosser Prosp. 76—78.

Programmfragen.

I. Anatomie und Anthropologie 1. Entwurf der Gründung einer anatomischen Gesellschaft in Russland. 2. Ueber die Einrichtung wissenschaftlicher Museen.

Histologie. 1. Der heutige Stand der Neuronenlehre. 2. Mitochondrie im Zusammenhang mit den neuesten Anschauungen über das Protoplasma und seine Derivate. 3. Die Formelemente des Bindegewebes und ihre Rolle bei Entzündungsprocessen.

II. Pathologische Anatomie. 1. Arteriosclerose. 2. Knochenerkrankungen, verbunden mit allgemeiner Ernährungsstörung (Rhachitis, Osteomalacie). 3. Histogenese der Geschwülste. 4. Histogenese infectiöser Granulome (Tuberculose, Lepra, Rhinosclerom). 5. Pathologische Veränderungen bei der asiatischen Cholera.

III. Physiologie. 1. Organisation der Gesellschaft für Congresse russischer Physiologen zur Erinnerung an J. M. Ssetschenow. 2. Ueber Herausgabe eines Journals russischer Physiologen in einer ausländischen Sprache.

Allgemeine Pathologie. 1. Experimentelle Arteriosclerose und Atheromatose. 2. Die Bedeutung mechanischer und physikalisch-chemischer Reize in der Aetiologie der Neubildungen. 3. Bactericide Wirkung venöser Stauung. 4. Histogeneses eosinophiler Zellen und eosinophiler Körnerchen. 5. Regenerationsprocess der Bauchspeicheldrüse. 6. Die Rolle der Blutplättchen bei der Infection.

Pharmakologie. 1. Die Aufgaben der Pharmakologie in der Frage über die Wirkung des Alcohols auf den Organismus. 2. Ueber die Nachwirkung der Medicamente. 3. Ueber die Wirkung colloider Metalle auf den Organismus.

IV. Allgemeine Therapie. 1. Ueber wünschenswerte Verbesserungen bei der Einrichtung einheimischer Curorte. 2. Die Kumyssbehandlung der Nephritis. 3. Der heutige Stand der Therapie bei Pancreaserkrankungen.

V. Infectionskrankheiten der Menschen und Tiere. 1. Ueber Schutzimpfung gegen Tollwut. 2. Ueber wünschenswerte Beobachtung der Schutzimpfung gegen Scharlach. 3. Ueber specifische Diagnostik und Therapie der Tuberculose. 4. Opsonine und Vaccinetherapie. 5. Ueber Anaphylaxie. 6. Die Ergebnisse aus der eben herrschenden Choleraepidemie. 7. Ueber den Wert der Wassermannschen Reaction bei der Diagnose der Infectionskrankheiten des Menschen und der Tiere. 8. Pyroplasmose der Tiere in Russland.

VI. Gerichtliche Medicin. 1. Die Anwendung der Reaction der Complementablenkung zu gerichtlich-medicinischen Zwecken. 2. Resultate der Anwendung der Uhlenhutschen Reaction in der gerichtlich medicinischen Praxis.

VII. Chirurgie. 1. Erkrankungen der Schilddrüse und ihre chirurgische Behandlung. 2. Röntgenoskopie, Röntgenographie und Radiotherapie in der Chirurgie. 3. Bedeutung des Tuberculins und der Wassermannschen Reaction bei der Diagnose chirurgischer Krankheiten. 4. Verletzungen des Abdomens und ihre Therapie nach den Erfahrungen des russisch-japanischen Krieges. 5. Therapie des pes valgus.

VIII. Innere Krankheiten. 1. Der heutige Stand der Diagnostik und Therapie der Tuberculose. 2. Pathologie der Organe der inneren Secretion. 3. Der heutige Stand der Frage über Opsonine in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.

IX. Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten. 1. Indicationen zu Labyrinthoperationen. 2. Ursache und klinische Bedeutung des Fistelsymptoms. 3. Ueber die quantitative Untersuchung der nicht zum Gehör in Beziehung stehenden Function des Labyrinths. 4. Ueber die Therapie der acuten Entzündungen des Mittelohres. 5. Indicationen zur Eröffnung des proc. mastoideus bei acuten Entzündungen des Mittelohres. 6. Conservative Therapie chronischer eitriger Entzündungen des Mittelohres. 7. Die Tamponlose Therapie nach den Radicaloperationen des Mittelohres (Statistische Untersuchung). 8. Das Wesen der Otosclerose und ihre Behandlung. 9. Die Therapie der Kehlkopftuberculose. 10. Die Radiumtherapie der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

X. Geburtshilfe und Gynäkologie. 1. Organisation der Geburtshilfe der Landbevölkerung in den Gouvernements mit Landschaftsverfassung. 2. Der Kampf mit der Kindersterblichkeit. 3. Uterusperforation in klinischer und forensischer Bedeutung.

XI. Augenkrankheiten. Die Mikroorganismen des Trachoms. 2. Trachom in den Schulen. 3. Mittel zur Bekämpfung des Trachoms in von medicinischer Hilfe entfernten Orten. 4. Durchsicht der Forderungen, die bei der Rekrutenaushebung an das Sehvermögen zu stellen sind. 5. Ueber die Organisation der augenärztlichen Hilfe in Russland.

XII. Kinderkrankheiten. 1. Die Kindersterblichkeit nach pathologisch-anatomischen Daten in Hospitälern und anderen Anstalten. 2. Die Diagnose der Tuberculose im Kindesalter und ihre Therapie. 4. Die Serumtherapie und Vaccination bei Infectionskrankheiten. 5. Drüsenerkrankungen der Kinder.

XIII. Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Die Hauttuberculose. 2. Neue physikalische Behandlungsmethoden bei Hautkrankheiten (hierher gehört auch die auf dem letzten Congress berührte Frage über die Behandlung der Hautepitheliome mit Röntgenstrahlen). 3. Neue Pilzerkrankungen und Krankheiten parasitärer Natur (Blastomycosis, Sporotrichosis u. s. w.). 4. Die Wassermannsche Reaction und ihre practische Bedeutung. 5. Ist auf Grund der neuesten Ergebnisse die Tertiärperiode der Lues als ansteckend anzusehen? 6. Die modernen Strömungen in der Therapie der Lues.

XIV. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1. Die Serodiagnostik und Serotherapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. 2. Die Chirurgie in der Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. 3. Maniakalisch-depressive Psychosen und die Dementia praecox. 4. Die moderne Lehre über das Wesen der Hysterie. 5. Die neuesten Ansichten über die Lehre der Aphasie. 6. Die Bedeutung der Veränderungen in den Organen der inneren Secretion für die Aetiologie der Geisteskrankheiten. 7. Der Einfluss politischer Vorgänge auf das Nervensystem und die Psyche der Bevölkerung. 8. Ueber die Pflege der Epileptiker. 9. Die Statuten der psychiatrischen Kliniken in Uebereinstimmung mit den allgemeinen Regeln der Landschafts-Medicin.

XV. Hygiene. 1. Biologische Reinigung der Abwässer. 2. Allgemeine und getrennte Canalisationssysteme in Bezug auf die russischen Städte. 3. Unschädlichmachung fester und flüssiger Abfälle bei verschiedenen Gewerben. 4. Der heutige Stand der Frage hinsichtlich der Bewertung des Trinkwassers in gesundheitlicher Beziehung. 5. Die Desinfection des Trinkwassers mit Ozon. 6. Die Normierung der Schulbauten. 7. Krankheiten, die den Eintritt in Schulen verbieten und den Austritt aus den Schulen verlangen. 8. Unterricht in der Hygiene in niederen- und Mittelschulen. 9. Ueber neue Methoden der Formalindesinfection. 10. Schulen zur Ausbildung von Desinfectoren, ihre Programme und Lehrmethoden. 11. Die Sanitätsüberwachung der Wohnungen.

XVI. Sociale Medicin. 1. Einführung der socialen Medicin als eines besonderen Lehrgegenstandes in den medici-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nischen Facultäten. 2. Der Stand des Hilfspersonals; die Umwandlung der Feldscherschulen in Mittelschulen. 3. Der Kampf mit den Epidemien; die Zwangsimpfung gegen Pocken, bacteriologische Laboratorien und Pasteursche Impfanstalten, Schutzimpfungen, Isolation der Kranken, Verbesserung der Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung, Desinfection, Popularisierung hygienischer Kenntnisse u. s. w. 4. Die Choleraepidemie der letzten Jahre, die Organisation des Kampfes gegen dieselbe. 5. Unfall-Versicherung der Arbeiter, Versicherung gegen Krankheit, Alters- und Invaliditätsversicherung und medicinische Fürsorge für die Arbeiter und ihre Familien. 6. Der Kampf mit der Kindersterblichkeit; Pflege der Findlinge. 7. Institute und Curse für Sanitätsärzte. 8. Die Apothekenfrage.

Untersection. Die Landschaftsmedicin. 1. Der gegenwärtige Stand der Landschaftsmedicin und ihre nächsten Aufgaben. 2. Fragen des landschaftlich-medicinischen Budgets und der Organisation, normale Einteilung in Bezirke, Sanitätsmassnahmen, Pflege chronischer Kranker u. s. w. 3. Organisation des landschaftlichen Sanitätsdienstes: Sanitätsbureau, Sanitätsärzte, Sanitätscuratorien u. s. w. 4. Der Kampf mit den Epidemien, Zwangsimpfung, bacteriologische Laboratorien und Pasteurinstitute, Schutzimpfungen, Krankenisolierung, Desinfection, Verbesserung der Volksernährung, Popularisierung hygienischer Kenntnisse u. s. w. 5. Wasserversorgung der Landbevölkerung. 6. Schulärztliche Aufsicht. 7. Die Choleraepidemie der letzten Jahre, Organisation des Kampfes mit derselben in den Landschaften. 8. Stand des medicinischen Hilfspersonals. 9. Specialisten in der Landschaftsmedicin.

Untersection. Städtische Medicin. 1. Zwangssanierung der Städte und bevölkerten Ortschaften. 2. Die Städte als Seuchenherde, der Kampf mit den Epidemien in den Städten. 3. Der Kampf mit der Choleraepidemie der letzten Jahre. 4. Wasserversorgung und Canalisation der Städte. 5. Städtische sanitäts-ärztliche Organisation, Sanitätswesen, Hospitalwesen, Aerztliche Hilfe für die Bevölkerung, Nachtdejouren der Aerzte, Armenärzte, Schulaufsicht, Sanitätscuratorien, Sanitätsaufsicht u. s. w. 6. Lebensbedingungen und Arbeit der Dienenden in öffentlichen Institutionen; Berufskrankheiten der Kanzleibeamten, der Arbeiter auf den Schlachthöfen u. s. w. Die Arbeit in Elektricitätswerken und Massnahmen gegen Erkrankungen und Unfälle bei diesen Arbeiten. 7. Die Wohnungsfrage in den Städten.

Untersection. Fabriks- u. Gewerbemedicin. 1. Medicinische Hilfe und Sanitätsaufsicht auf Fabriken. 2. Berufskrankheiten der Arbeiter in verschiedenen Gewerben und Massnahmen gegen dieselben. 3. Unglücksfälle der Arbeiter verschiedener Gewerbe und Massnahmen dagegen; practische Anwendung des Gesetzes vom 2. Juni 1903 (über die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei traumatischen Verletzungen); Inspection der Arbeit vom Standpunct der Gewerbegesetzgebung und des Schutzes der Gesundheit und des Lebens der Arbeiter; die wechselseitigen Beziehungen der Fabriksinspection und der socialen sanitätsärztlichen Organisation. 4. Unfallversicherung der Arbeiter, Versicherung gegen Krankheit, Alter und Invalidität. 5. Die tägliche Arbeitsdauer auf Fabriken. 6. Frauen- und Kinderarbeit auf Fabriken. Schutz der Frauen- und Kinderarbeit. 7. Classification und Nomenclatur der Gewerbe und Beschäftigungen. 8. Der sanitäre Zustand der Arbeiterwohnungen.

Untersection. Eisenbahnmedicin. 1. Die Aufgaben und der heutige Stand der Sanitätsaufsicht auf Eisenbahnen. 2. Die Methoden der ärztlichen Sanitätsstatistik auf Eisenbahnen. 3. Der Kampf mit Infectionskrankheiten und spec. mit der Cholera auf Eisenbahnen. 4. Sanitätsöconomische Lebens- und Arbeitsbedingungen, Berufskrankheiten der Eisenbahnbeamten in ihrer speciellen Tätigkeit. 5. Erste Hilfe bei Eisenbahnunfällen. 6. Die rechtliche und dienstliche Lage des ärztlichen Eisenbahnpersonals. 7. Die Ursachen professionell-traumatischer Verletzungen. 8. Ueber Versicherungen der Eisenbahnbeamten und Arbeiter für den Fall des Todes und der Invalidität. 9. Der heutige Stand der Eisenbahnmedicin und ihr Verhältnis zu den landschaftlichen, städtischen und anderen sanitätsärztlichen Organisationen.

Untersection. — Die Medicin der Wasserwege. 1. Sanitätsverhältnisse der Wasserwege u. der Treidelwege: Verunreinigung der Wasserwege durch Abwässer aus Städten, Fabriken, durch Gewerbe, durch die Treidelwege, durch Abfälle der Schiffe und Flösse, durch Waaren, wie Naphta, Mineralöle u. s. w. Sanitätsärztliche Ueberwachung der Wasserwege. 2. Der sanitäre Zustand der Flussflotte: Passagierdampfer, Bugsierer und andere Fahrzeuge (die nicht mit Dampf betrieben werden), Wohnungseinrichtungen auf denselben, Aufenthaltsräume für Passagiere u. s. w. 3. Der sanitäre Zustand der Schiffsbemannung: Lebens- und Arbeitsbedingungen der Schiffsarbeiter, der Matrosen u. Flossarbeiter; Erkrankungen der Schiffs- u. Flossarbeiter; ärztliche Hilfeleistung für die Schiffs- u. Flossarbeiter; Versicherung der Schiffs- u. Flossarbeiter. 4. Kampf mit den Infectionskrankheiten auf den Wasserwegen. 5. Sanitäre Gesetzgebung in Bezug auf die Wasserwege. 6. Ueber die Organisation der Sanitätsaufsicht auf den Wasserwegen.

Untersection. — Medicinische Statistik. 1. Durchsicht der Pirogowschen Nomenclatur der Krankheiten auf Grund der Erfahrung. 2. Die bevorstehende allrussische Volkszählung vom Standpuncte sanitärärztlicher Fragen. 3. Registrierung der Todesursachen in den Städten u. Ausarbeitung einheitlicher Methoden zum Studium der Bevölkerungsbewegung. 4. Nomenclatur der Gewerbe bei der Registrierung von Erkrankungen. 5. Ausarbeitung einheitlicher Methoden bei der Registrierung der Choleraerkrankungen in Russland. 6. Registrierung der Krebserkrankungen in Russland. 7. Besonderheiten der Kindersterblichkeit an verschiedenen Orten Russlands.

XVIII. Aerztliche Standesfragen. 1. Ueber Gründung von Cassen zur gegenseitigen Unterstützung der Aerzte. 2. Gründung einer allgemeinen Landschaftscasse für die Versicherung und Pensionierung der Aerzte im Falle von Erkrankung, Invalidität und Tod; Versicherung des medicinischen u. Dienstpersonals beim Kampf mit Epidemien im Falle des Todes u. der Invalidität. 3. Ueber Ehrengerichte. 4. Statuten des Aerzteverbandes. 5. Ueber collegiale Leitung der Hospitäler. 6. Ueber die rechtliche Stellung der Fabriks-, Eisenbahn-, Gefängnis- u. a. Aerzte. 7. Ueber die Normierung der ärztlichen Arbeit. 8. Allgemeine u. Berufserkrankungen des medicinischen Personals. 9. Ueber Reform des Unterrichts auf den medicinischen Facultäten.

Untersection — Reform des medicinischen Unterrichts. A. 1. Soll der Unterricht auf den medicinischen Facultäten eine weite allgemein-wissenschaftliche Vorbildung des zukünftigen Arztes oder eine eng begrenzte practische verfolgen? 2. Die Bedeutung und die Stellung der naturwissenschaftlichen Fächer (Chemie, Mineralogie, Zoologie, Botanik, Physik) in den medicinischen Facultäten. 3. Die Bedeutung und Stellung der sogenannten theoretischen Fächer (Physiologie, allgemeine Pathologie, Pharmakologie etc.) in den medicinischen Facultäten. 4) Ueber die Wechselbeziehung zwischen den Fächern, welche Morphologie und Physiologie behandeln. 5. Ueber die Uebereinstimmung einiger Fächer und die Ausarbeitung eines allgemeinen Lehrplanes. 6. Ist die Tendenz der Teilung der Lehrfächer und die Bildung neuer selbständiger Lehrstühle wünschenswert? 7. Der wünschenswerte Umfang und Charakter der practischen Arbeiten in den theoretischen Fächer. 8. Der Umfang obligatorischer Vorträge (Concentration der Curse). 9. Hygiene, sociale Medicin und medicinische Statistik. 10. Ueber die Poliklinik. 11. Sind die propädeutischen Kliniken notwendig und wie soll der Unterricht in ihnen stattfinden? 12. Nicht obligatorische Docentencurse. 13. Sind die Interessen des Unterrichts durch das bestehende Personal der jüngeren Lehrkräfte (Assistenten, Laboranten, Ordinatoren) genügend gewahrt? B. 1. Cursus- und Fachsystem. 2. Ist die heutige Unterrichtsdauer genügend? 3. Soll man den Absolventen ohne vorherige Hospitalpraxis das Recht der selbständigen Praxis erteilen? 4. Ueber Staatsexamen. 5) Ueber Gelehrtengrade. 7. Wiederholungscurse für Aerzte.

— Am 26. Juli wurde in St. Petersburg an der 5. Roshdestwenskaja-Strasse die Apotheke der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose, die erste dieser Art, eröffnet. Der Pächter der Apotheke, Provisor Nemzew, hat es übernommen, das neu gegründete Sanatorium der Gesellschaft in Terijoki mit Medicamenten zu versehen.

— Am 6. August wurde in Moskau das 100-jährige Jubiläum des Preobrashenski-Hospitals festlich begangen.

— An dem «Natural History Museum» in South Kensington ist am 16. August eine Ausstellung zum Andenken an Ch. Darwin eröffnet worden. Den Hauptgegenstand der Ausstellung bilden Materialien zu Darwins Hauptwerk Origin of Species (Entstehung der Arten), seit dessen Veröffentlichung jetzt 50 Jahre vergangen sind.

— Dr. Armauer Hansen (Bergen) und Prof. Morisani (Neapel) sind zu correspondierenden Mitgliedern der Académie de médecine in Paris erwählt.

— Der Privatdocent an der Universität zu Marburg, Dr. Rieländer und die Privatdocenten an der Universität zu Freiburg i. B. DDr. Knoop (Physiologische Chemie) und Trendelenburg (Physiologie) haben den Titel Professor erhalten.

— Dr. Silhol wurde zum Prof. der Pathologie in Marseille ernannt.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 4. bis zum 10. Juli 28 Personen an der Cholera. In Kanton (China) wurden im Laufe des Juli 3 Todesfälle an Cholera registriert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 4. bis zum 10. Juli 588 Personen an der Pest und starben 462. — In Honkong fanden vom 20. Juni bis zum 3. Juli in der Kolonie 7 Erkrankungen statt, die alle tötlich verliefen. — In Aegypten erkrankten vom 31. Juli bis zum 6. August 8 Personen und starben 3. — In Adelaide (Südaustralien) wurde am 5. Juli ein Pestfall mit tötlichem Veerlauf constatiert.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).

	Erkrankt u. gestorben.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
	vom 9. bis zum 15. Aug.				
St. Petersburg mit den Vorstädten	172	(81)	4320	(1661)	16. Mai
Kronstadt	—	(—)	98	(46)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	56	(34)	876	(408)	27. Mai
» Archangelsk	9	(1)	665	(341)	13. Juni
Gouv. Wologda	2	(—)	517	(287)	19. »
» Olonez	—	(—)	21	(14)	8. »
Stadt Wjatka	—	(—)	6	(3)	1. Juli
Gouv. Ufa	—	(—)	1	(—)	10. »
» Perm	4	(—)	17	(7)	18. »
» Estland	2	(—)	8	(5)	5. »
» Kurland	11	(6)	201	(100)	1. »
» Livland	19	(17)	166	(85)	16. Juni
» Wilna	—	(—)	92	(37)	29. »
» Witebsk	199	(65)	1901	(692)	16. »
» Smolensk	—	(—)	15	(6)	3. Juli
» Mogilew	—	(—)	15	(9)	24. »
» Twer	31	(8)	134	(54)	29. Juni
» Jaroslaw	30	(13)	237	(122)	24. »
» Kostroma	1	(1)	8	(5)	5. Juli
Stadt Nishnij Nowgorod	1	(—)	12	(5)	30. »
» Ssaratow	—	(—)	3	(3)	4. Aug.
Gouv. Ssimbirsk	—	(—)	2	(—)	27. Juni
» Moskau	—	(—)	6	(2)	25. »
» Nowgorod	31	(13)	349	(189)	7. »
Stadt Ssamara	4	(3)	5	(3)	4. Aug.
Gouv. Pskow	31	(18)	226	(102)	28. Juni
» Rjasan	—	(—)	39	(25)	10. Juli
Stadt Tula	—	(—)	1	(1)	19. »
Gouv. Wladimir	—	(—)	6	(5)	25. April
» Charkow	—	(—)	17	(10)	5. Juli
» Poltawa	3	(1)	47	(23)	28. »
» Cherson	—	(—)	1	(—)	29. »
» Kowno	1	(—)	1	(—)	9. Aug.
Finnland	—	(—)	8	(4)	6. Juni
	607	(261)	9971	(4254)	

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 13. Aug.	des 14. Aug.	23	19	18	328
» 14. »	» 15. »	20	19	18	311
» 15. »	» 16. »	26	12	20	305
» 16. »	» 17. »	16	12	19	290
» 17. »	» 18. »	35	8	16	301
» 18. »	» 19. »	31	12	18	302

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14799 Personen erkrankt, 5730 gestorben und 8767 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 26. Juli bis 1. Aug. 1909 547 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 19, Typhus exanthem. 5, Febris recurrens 15, Pocken 28, Windpocken 6, Masern 59, Scharlach 50, Diphtherie 67, Cholera 158, acut. Magen-Darmkatarrh 102, an anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 10570. Darunter Typhus abdominalis 240, Typhus exanth. 15, Febris recurrens 44, Scharlach 169, Masern 68, Diphtherie 175, Pocken 92, Windpocken 0, Milzbrand 0, Cholera 375, crupöse Pneumonie 96, Tuberculose 338, Influenza 124, Erysipel 105, Keuchhusten 6, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 453, venerische Krankheiten 338, acute Erkrankungen 1702, chronische Krankheiten 1334, chirurgische Krankheiten 1281, Geisteskrankheiten 3218, gynäkologische Krankheiten 227, Krankheiten des Wochenbetts 93, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 809 + 41 Totgeborene + 56 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 3, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 39, Scharlach 16, Diphtherie 16, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 14, katarrhalische Pneumonie 55, Erysipelas 6, Influenza 6, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 13, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 5, Cholera 88, Magen-Darmkatarrh 58, andere Magen- und Darmerkrankungen 70, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 51, Marasmus senilis 22, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 219.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Parmé (Frankreich) Dr. A. Leszynski, Oberarzt der Polesje-Eisenbahn in Wilna, geb. 1850, Arzt seit 1871. 2) Am 25. Juli in Warschau Dr. S. Byzelski, geb. 1861, Arzt seit 1888. 3) In Frauenfeld am 4. Aug. der langjährige Redacteur des Correspondenzblattes für Schweizer Aerzte, Dr. E. Haffter, im Alter von 58 Jahren.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: Auf S. 373 (Nr. 26) muss es in der Ueberschrift des Protocollauszugs heissen: Dorpat statt Libau, und auf S. 419 (Nr. 30) ist in der Ueberschrift zu dem Protocollauszug zu setzen: Reval statt Libau.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Jankau. Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater. III. Ausg. Verl. v. M. Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Dr. S. Jessner. Hauttuberculose. (Jessners dermatol. Vorträge für Practiker. Heft 21). Verlag v. C. Kabitzsch. (A. Stuber). Würzburg. 1909. Preis M. 1.30.

Jahresbericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1906—1907. Verlag v. J. Lehmann. München 1909. Preis M. 3.60.

Проф. Георгіевскій и д-ръ Номикосовъ. Наблюденія надъ дѣйствіемъ арсацетина при возвратномъ тифѣ. (Оттискъ изъ „Харьк. Мед. журн." за 1909 г.) Типогр. Зильбербергъ. Харьковъ. 1909.

G. v. Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. Verlag v. E. Reinhardt. München 1909. Preis M. 0.80.

Prof. Penzoldt u. Prof. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. IV. Aufl. V. Lief. Verlag v. G. Fischer. Jena 1909. Preis M. 4.50.

Prof. Wullstein u. Prof. Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. II. Band. II. Lief. Verlag v. G. Fischer. Jena. 1909. Preis 13 M. 15 Pf.

Prof. Kopsch. Raubers Lehrbuch d. Anatomie des Menschen.

Abteil. 1. Allg. Teil. 1908.
» 2. Knochen. Bänder. 1908.
» 3. Muskeln. Gefässe. 1909.

Verlag v. G. Thieme. Leipzig.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals**, Riga.
Dr. Franz Dörbeck, St. Petersburg.

№ 35 St. Petersburg, den 29. August (11. Sept.) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Die Pathologie der Arteriosclerose.

Sammelreferat, gehalten auf dem V. estländischen Aerztetage in Reval *).

Von

Dr. E. Weiss.

M. H. Die Kürze der verfügbaren Zeit gestattet mir nicht, Ihnen in historischer Reihenfolge die Wandlungen zu zeigen, die unsere Kenntnisse und Anschauungen über die Arteriosclerose im Laufe des letzten halben Jahrhunderts erfahren haben. Ich muss mich auf den Versuch beschränken, Ihnen die hauptsächlichsten Phasen dieses Entwickelungsganges in Kürze zu skizzieren.

Ich möchte hierbei zurückgreifen auf die Arbeiten Traubes über die Arteriosclerose. Traube ging von der Annahme aus, dass gewisse ätiologische Momente (Alcohol, Luxusconsum und dergl.) zu einer tonischen Contraction der kleinen und kleinsten Arterien führen. Der Abfluss aus dem Aortensystem wird dadurch erschwert und vermindert, der Blutdruck steigt an und die Geschwindigkeit des Blutstroms nimmt ab. Dieser letztere Umstand bedingt nach Traube in erster Linie das Entstehen der arteriosclerotischen Veränderungen. In Folge der verlangsamten Blutströmung sammeln sich die weissen Blutkörperchen an der Gefässwand; sie dringen durch die Spaltenräume des Endothels in die Intima ein und bilden dort die bindegewebigen Verdickungen.

Wenn auch diese Anschauung Traubes über die Entstehung der arteriosclerotischen Intimaverdickungen keine Geltung mehr beanspruchen kann, so ist im übrigen seine Theorie auch heute noch von Interesse, denn auch Huchard und seine Schule sehen die Anfänge der Arteriosclerose in Erscheinungen vasomotorischer Art, in spastischen Contractionen der kleinen Arterien, hervorgerufen durch toxische und infectiöse Einflüsse, Stoffwechselstörungen und fehlerhafte Ernährung. Als Folgewirkung nimmt Huchard ebenso wie Traube eine dauernde allgemeine Erhöhung des Blutdruckes an, die zur Schädigung des Herzens und des Gefässsystems führt. Die Anschauungen Huchards werden auch von Edgren in seiner bekannten Monographie der Arteriosclerose vertreten.

Gegen diese Auffassungen, welche das Entstehen der Arteriosclerose von dauernden Blutdrucksteigerungen abhängig machten, wurde aber bald der Einwand erhoben, dass die arterielle Drucksteigerung in einer grossen Zahl der Fälle erst als eine Folge der Arteriosclerose anzusehen sei und daher nicht ihre Ursache sein könne.

Es bedeutete daher nach unserer heutigen Auffassung einen zweifellosen Fortschritt, als Thoma — von der Frage der Blutdrucksteigerung gänzlich absehend — die Bedeutung der functionellen Abnutzung der Arterienwand für die Pathogenese der Arteriosclerose betonte. Die Thomasche Theorie ist kurz folgende: Durch die beständige Inanspruchnahme der Arterienwand während des Lebens des Individuums wird ihr functionell wichtigster Teil, die Media, abgenutzt; sie büsst ihre Elasticität und Contractilität ein, das Gefässlumen wird durch Ueberdehnung dilatiert, und es kommt dadurch zu einer Verlangsamung der Blutströmung. Um die für die wichtige Ernährung der Gewebe notwendige Stromgeschwindigkeit wieder herzustellen, erfolgt nun, von den Vasa vasorum ausgehend, eine compensatorische Bindegewebsneubildung in der Intima, durch welche das Gefässlumen wieder auf das normale Mass eingeengt wird. Wie auch bei anderen compensatorischen Vorgängen in unserem Organismus kann der Process nach erreichter Compensation Halt machen und auf diesem Puncte eine längere oder kürzere Zeit verharren. Es kann aber auch andererseits der hypertrophische Process in der Intima die Grenze des Wünschenswerten überschreiten und zu einer Verengerung des Gefässes führen,

*) Cf. Dr. Haller: Die Arteriosclerose des Herzens und der Aorta und die Therapie der Arteriosclerose. St. Petersburger medicin. Wochenschrift. 1909. Nr. 10.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder aber es können später regressive Veränderungen im neugebildeten Bindegewebe eintreten.

Diese Thomasche Theorie können wir nach dem heutigen Stande unserer Kentnisse in allen ihren Einzelheiten nicht mehr aufrecht erhalten. Wir wissen — namentlich durch die Untersuchungen von Marchand und Jores —, dass die Intima in der Regel früher erkrankt als die Media, zu einer Zeit, wo das Gefässlumen noch keine Veränderung im Sinne einer Dilatation erfahren hat. Am compensatorischen Ursprung der Intimaerkrankung lässt sich daher nicht festhalten. Es bleibt aber ein dauerndes Verdienst Thomas — abgesehn von seiner erschöpfenden Bearbeitung zahlreicher Einzelfragen dieses Gebietes — nachdrücklich auf das functionelle Moment des Verbrauches der Arterienwand in seiner Bedeutung für die Arteriosclerose hingewiesen zu haben.

Dieser Gesichtspunct der Abnützung der Gefässe durch ihre vasomotorische Tätigkeit hat sich für die Beurteilung der Pathogenese der Arteriosclerose immer mehr und mehr als massgebend erwiesen. Marchand, Jores und Römberg, deren Arbeiten den augenblickliche Stand der Arteriosclerosefrage in Deutschland wohl am besten kennzeichnen, sehen daher in der Arteriosclerose einen fortschreitenden degenerativen Process der Gfässwand, bedingt durch eine chronische Ernährungsstörung ihrer Structurelemente infolge functioneller Abnutzung. Thoma gegenüber weisen sie mit Recht darauf hin, dass die bei der Arteriosclerose stattfindende Gewebsneubildung durchaus degenerativen Charakters ist und zu einer Verschlechterung des Gefässsystems und der Blutcirculation führt und daher nicht imstande sei, eine compensatorische Aufgabe zu erfüllen.

Die eben hier referierten Anschauungen gehen von dem Gesichtspuncte aus, dass die Arteriosclerose als eine primäre und speciell das Gefässsystem betreffende Erkrankung anzusehn ist. Diese Anschauung ist wohl noch eben die in Deutschland allgemein herrschende. Um aber auch abweichende Meinungen zu Wort kommen zu lassen, möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass namentlich in Frankreich Strömungen zu Tage getreten sind, welche die Arteriosclerose bloss als Teilerscheinung einer progressiven Allgemeinerkrankung aufgefasst wissen wollen.

Diese Anschauung ist namentlich von H. Martin vertreten worden. Er sieht die Arteriosclerose als Teilerscheinung der von ihm so benannten sclérose dystrophique an, einer allgemeinen Ernährungsstörung, die zu bindegewebigen Sclerosen der verschiedensten Organe führen soll. Sie wird hervorgerufen durch primäre Wandverdickungen und obliterierende Endarteritis der kleinsten Arterien. Die Blutzufuhr zu den verschiedenen Organen erfährt dadurch eine Verminderung und die Gewebsernährung wird ungenügend; die Folge sind nutritive Störungen innerhalb der specifischen Zellelemente, welche die Träger der Organfunctionen sind, der Epithel-, Muskel- und Nervenzellen; diese atrophieren, gehen zu Grunde und an ihre Stelle tritt sclerotisches Bindegewebe. So entstehen nach Martin die verschiedenen visceralen Sclerosen: die Nieren- und Leberschrumpfung, die fibröse Myocarditis, die Sclerosen des Gehirns und Rückenmarks, so entsteht aber auch nach ihm als direct coordinierter Process durch Beteiligung der Vasa vasorum die Sclerose der Gefässe.

Auf einem ähnlichen Standpunct wie Martin stehen Debove und Letulle. Der Vorliebe der französischen Medicin für den Begriff der Diathese folgend, sprechen sie von einer fibrösen Diathese.

Diese Anschauungen wären zweifellos einer einheitlichen pathologischen Auffassung jener durch Bindegewebshyperplasie gekennzeichneten Veränderungen, deren gleichzeitiges Vorkommen an mehreren Organen wir häufig beobachten, sehr förderlich. Die pathologisch-anatomische Untersuchung hat aber nach dem Urteil Marchands diese Anschauungen nicht zu bestätigen vermocht, und in Frankreich sind sie nicht ohne Widerspruch geblieben. Immerhin zeigen sie, dass das letzte Wort über die Pathogenese der Arteriosclerose noch nicht gesprochen ist und dass die heute hierüber geltenden Meinungen vielleicht noch manchen Wandlungen unterworfen sein werden.

Die der Arteriosclerose zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen beginnen in der Regel in den tieferen, die elastischen Elemente führenden Schichten der Intima, und zwar handelt es sich zunächst um einen scheinbar hypertrophischen Process, der von der Elastica intima ausgeht. Es tritt ein Auseinanderweichen der elastischen Züge und Lamellen ein, neugebildete elastische Fasern und Membranen spalten sich ab, die bindegewebige Zwischensubstanz erfährt eine hyperplastische Vermehrung; enthält die Intima — wie es bei den grossen Arterien der Fall ist — Muskelfasern, so nehmen auch diese an Zahl zu. Jores bezeichnet diese Phase als hyperplastische Intimaverdickung; ihr Sitz ist, wie schon gesagt, die tiefere, der Muskularis benachbarte Zone der Intima. Sehr bald verfallen diese neugebildeten Gewebselemente regressiven Veränderungen, wie fettiger und hyaliner Degeneration, schleimiger Aufquellung und schliesslich atheromatöser Einschmelzung. Diese mehr oder weniger ausgesprochenen regressiven Vorgänge in den Wucherungen der tieferen Intimaschichten bewirken nun nach Jores in der sie bedeckenden zum Lumen zu gelegenen Intimazone eine reactive Bindegewebswucherung, die Jores in Analogie setzt zu den reactiven Gewebswucherungen im Anschluss an Verletzungen oder in der Umgebung von Fremdkörpern. Die arteriosclerotische Intimaverdickung erfolgt also nach Jores, dem sich auch Marchand anschliesst, sozusagen in zwei Etappen, zwischen denen es aber natürlich Uebergänge gibt. In dieser zweiten, mehr secundären Phase trägt die Intimawucherung ebenfalls zunächst den Charakter eines hypertrophischen Vorganges; eine mehr oder weniger breite Schicht neugebildeten Bindegewebes kann sich zwischen das Endothel und die Membrana elastica interna einschieben; aber auch hier kommt es zu degenerativen Processen, wenn auch in geringerem Grade als in den tieferen Schichten.

Später als die Intima erkrankt gewöhnlich die Media und zwar am stärksten im Bereich der sclerotischen Schwielen der Intima. Unter dem Druck dieser wird die Muskulatur der Media atrophisch; wir sehen sie von Rundzellen durchsetzt, es bildet sich schwieliges Narbengewebe, welches die schwindenden Muskelfasern und elastischen Züge ersetzt. Derartige hochgradige Veränderungen der Media finden sich nach Marchand niemals an solchen Stellen, wo die Intimaerkrankung erst in ihren Anfängen steht; Marchand folgert daraus, dass die Atrophie der Media etwas secundäres ist und erst durch die Druckwirkung der stärker verdickten Intima verursacht wird. In viel stärkerem Grade als in der sclerotischen Intima setzen sich in der atrophischen Media Kalkablagerungen ab; die klinisch durch die Palpation nachweisbaren Verkalkungen der Arterien, deren höchste Grade wir in der sog. Gänsegurgelarterie sehen, haben in der Regel in der Media ihren Sitz. An Stelle dieser atrophischen Vorgänge kommt es aber in einzelnen Fällen auch zu einer ernsten Hypertrophie der Media. Diesen Vorgang finden wir — wohl als Folge der andauernden arteriellen Drucksteigerung — namentlich bei solchen jugendlicheren Individuen, die an Schrumpfniere oder Aorteninsufficienz leiden. Diese Hypertrophie der Media — der offenbar die Bedeutung einer wichtigen Arbeitshypertrophie zukommt — wird zwar meist gleich-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeitig mit Intimaverdickung und anderen sclerotischen Veränderungen beobachtet, immerhin will Jores ihre Zugehörigkeit zur Arteriosclerose nicht anerkennen. Die in klinischer Hinsicht bedeutungsvolle Frage, ob die Sclerose der Intima zu einer consecutiven Hypertrophie der Media führen und dadurch in functioneller Hinsicht ein gewisser Ausgleich angebahnt werden kann, ist daher noch offen zu lassen.

Auch die Adventitia ist am sclerotischen Process beteiligt. Von den Vasa vasorum der Adventitia geht eine Rundzelleninfiltration und eine Neubildung feiner Gefässschlingen aus, welche einerseits bis in die Media und sogar bis in die Intima vordringen, andererseits aber auch das periadventitielle Gewebe betreffen. So kommt es auch in der Umgebung der Gefässe zur Neubildung derben Bindegewebes, durch welches unter Umständen das ganze Gefäss- und Nervenbündel zu einem festzusammenhängenden Strang verschmolzen werden kann.

Das makroskopische Bild der Arteriosclerose, ihr Auftreten in diffuser Verbreitung oder in Form nodöser Herde, die Schlängelung der Gefässe infolge ihrer Ausdehnung in der Längsrichtung, alles dieses glaube ich hier übergehn zu können und möchte nur darauf hinweisen, in wie verschiedener Weise die Gefässlichtung durch die Sclerose beeinflusst wird. Wir sehen an der einen Stelle die Intimaverdickung zur Verengerung des Gefässlumens führen; ja es kann, wenn auch bei den grösseren und mittleren Arterien wohl meist nur unter der Mitwirkung von Thromben, zum völligen Gefässverschluss kommen; anderen Orts kommt es hingegen durch Ueberdehnung der unelastisch gewordenen Gefässwand zur dauernden Erweiterung des Lumens. Im Ganzen erfahren die grösseren und mittleren Arterien häufiger eine Erweiterung, die kleinen und kleinsten Arterien dagegen häufiger eine Verengerung oder sogar einen Verschluss des Lumens.

Welche Rückwirkung haben nun die beschriebenen anatomischen Veränderungen der Arterien auf die Gestaltung des Blutkreislaufes? Diese Frage lässt sich in allgemein gültiger Weise nicht beantworten. Je nach dem Sitz und der Ausdehnung der Erkrankung, je nach dem, ob und in welcher Weise das Herz mitbeteiligt ist, muss die Rückwirkung auf den Kreislauf eine verschiedene sein. Auch muss es entsprechend der oft entgegengesetzten Beeinflussung des Gefässlumens an den verschiedenen Stellen der Blutbahn zu regionären Unterschieden und Unregelmässigkeiten der Circulation kommen: der Blutumlauf kann an der einen Stelle gesteigert, an der anderen vermindert sein; dem einen Capillarbezirk kann zuviel Blut zugeführt werden, während der andere unter Blutmangel leidet. Gerade in dieser Unregelmässigkeit der Circulation sieht Marchand das Charakteristische der arteriosclerotischen Kreislaufsstörung. — Wenn es also auch nicht möglich ist, hier allgemein giltige Regeln aufzustellen, so lassen sich doch einige Gesichtspuncte von allgemeiner Bedeutung für die Beurteilung derjenigen Veränderungen gewinnen, welche der Blutkreislauf bei der Arteriosclerose erfährt.

Zunächst ist es einleuchtend, dass die Sclerose eine Abnahme der Wandelasticität der Gefässe und dadurch eine Steigerung der in der Gefässbahn enthaltenen Widerstände bedingt. Romberg fand bei Modellversuchen den Widerstand eines starren Röhrensystems nämlich dreimal so gross, als den eines entsprechenden elastischen Röhrensystems. Im Leben haben wir es allerdings nicht mit so extremen Verhältnissen zu tun. Man kann aber sagen, je mehr das Arteriensystem seinen elastisch dehnbaren Charakter verliert, desto grössere Widerstände setzt es der Fortbewegung des Blutes durch die Herzarbeit entgegen. In gleicher Weise wirkt die bei stärkerer Arteriosclerose häufige Verengerung der kleinen und kleinsten Arterien; auch die Schlängelung der Arterien erhöht durch die Verlängerung der Gefässbahn die Widerstände. Dazu kommen noch schliesslich die unebene Beschaffenheit der sclerotisch degenerierten Intima und die Unregelmässigkeiten in der Gestaltung des Gefässlumens, welche das gleichmässige Vorwärtsgleiten der Blutsäule durch Wirbelbewegungen und locale Stromverlangsamungen aufhalten. Durch alle diese Factoren wird der Nutzeffect der Herzarbeit verkleinert und der Uebertritt des Blutes aus dem Herzen in die Capillaren erschwert und vermindert. Dementsprechend konnten von Basch und Rotermund durch tonometrische Messungen den Nachweis führen, dass der Capillardruck bei der Arteriosclerose erheblich herabgesetzt ist. Die unmittelbare Folge dieser Verhältnisse ist die ungenügende Ernährung der Gewebe durch arterielles Blut.

Von allgemeiner Bedeutung ist ferner die schädigende Wirkung der Arteriosclerose auf die vasomotorische Leistungsfähigkeit des Gefässsystems. Die sclerotische Arterie kann sich den wechselnden Ansprüchen des Lebens nicht so anpassen, wie die normale. Wir wissen, dass jede Tätigkeit eines Organes, sei es Muskel, Niere oder Drüse von einer mächtigen Vermehrung des arteriellen Blutzustromes oder mit anderen Worten von einer starken Erweiterung seiner Gefässe begleitet wird. Einer solchen Dilatation ist das starrwandige, sclerotische Gefäss nicht mehr fähig; die Blutversorgung, die im Zustande der Ruhe vielleicht noch genügend war, ist für das arbeitende Organ bereits ungenügend. Die hieraus resultierende Form der Functionsstörung, die man als Meiopragie bezeichnet hat, ist für die Arteriosclerose besonders charakteristisch. Wir sehen in solchen Fällen die Organe normal oder wenigstens annähernd normal functionieren, solange keine besonderen Ansprüche an ihre Leistungsfähigkeit gestellt werden; wird dagegen ein höheres Mass von Arbeit verlangt, so stellen sich sehr bald Ermüdungserscheinungen oder andere Störungen ein.

Eine weitere Aufgabe der Vasomotoren, die durch die Arteriosclerose eine Beeinträchtigung erfährt, ist die Regulierung des Blutdrucks. Unser Organismus hat das Bestreben, den Blutdruck im Interesse regelmässiger Circulationsverhältnisse in möglichst gleichbleibender Höhe zu erhalten. Es werden daher Erweiterungen im einen Gefässgebiet durch entsprechende Verengerungen in anderen Gefässgebieten ausgeglichen und umgekehrt. Namentlich ist es das Splanchnicusgebiet, welches dank dem grossen Fassungsvermögen seiner Gefässe zu dieser, den allgemeinen Blutdruck regulierenden Wirkung berufen ist. Dass auch hierin durch die Arteriosclerose Störungen entstehen, zeigen die Untersuchungen Masings aus der Dehioschen Klinik. Masing fand, dass bei Arteriosclerotikern der Blutdruck unter dem Einfluss körperlicher Arbeit beträchtlich höher anstieg als bei jungen, also gefässgesunden Menschen, offenbar weil die Blutdrucksteigerung compensierende Gefässerweiterung ungenügend war.

Auch die Reactionsfähigkeit der Gefässe auf Kälte- und Wärmereize erfährt durch die Arteriosclerose eine Einbusse. Wie Otfried Müller und Romberg durch plethysmographische Curven zeigen konnten, erfolgt die Reaction auf Temperaturreize umso weniger ausgiebig und umso träger, je stärker die Arterien erkrankt sind. Die Störung beginnt nach Romberg schon in den ersten Anfangsstadien der Sclerose und ist daher nicht ohne diagnostische Bedeutung. Es kommen aber auch Fälle vor, wo trotz deutlicher Arteriosclerose die Arterien auf Temperaturreize in normaler Weise durch entsprechende Erweiterungen oder Verengerungen reagieren. Gumprecht und Romberg nehmen für diese Fälle eine compensatorische Hypertrophie der Me-

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

diamuskulatur an, durch welche trotz übriger sclerotischer Veränderungen der Gefässwand eine normale vasomotorische Function ermöglicht wird.

Neben den durch die anatomische Läsion der Gefässwand bedingten Circulationsstörungen scheinen bei manchen Krankheitsäusserungen der Arteriosclerose auch abnorme Einflüsse der Gefässnerven eine Rolle zu spielen. Schon Erb hat für das Zustandekommen des intermittierenden Hinkens ausser der sclerotischen Arterienveränderung auch noch die Mitwirkung spastischer Gefässcontractionen angenommen. Romberg ist geneigt, solchen abnormen Erregungen der Vasomotoren bei der Arteriosclerose eine allgemeinere Bedeutung beizumessen. Nach ihm erfolgen sowohl die Anfälle der Angina pectoris als auch die intermittierenden Darmstörungen der Arteriosclerotiker unter Mitwirkung eines arteriellen Gefässkrampfes. Ferner weist Romberg, wie mir scheint, mit Recht auf manche rasch vorübergehenden, cerebralen Störungen der Arteriosclerotiker hin, wie zeitweilige Sprachstörungen, Ohnmachten, Schwindelanfälle, deren Flüchtigkeit eine Erklärung durch organische Veränderungen kaum zulässt, sondern auf vasomotorische Vorgänge hinweist.

Besonderes Interesse haben Pathologen und Kliniker der Frage der Blutdrucksteigerung bei der Arteriosclerose entgegengebracht. Im allgemeinen galt bisher die Annahme, dass die Arteriosclerose durch Vermehrung der Circulationswiderstände zu einer Mehrarbeit des Herzens und dadurch zur Erhöhung des Blutdruckes führe. Traube und Huchard machen die arterielle Drucksteigerung sogar zum Ausgangspunct ihrer Theorie der Entstehung der Arteriosclerose. Auch v. Basch stellt die Blutdruckerhöhung in den Mittelpunct der Arteriosclerosenfrage. Die andauernde Blutdrucksteigerung kann nach v. Basch häufig das einzige klinisch nachweisbare Symptom der Arteriosclerose sein; er bezeichnet solche, lediglich durch die Blutdrucksteigerung gekennzeichnete Fälle als latente Arteriosclerose und spricht ebenso wie Huchard in gleichem Sinne auch von einem praesclerotischen Stadium, das dem Auftreten manifester arteriosclerotischer Erscheinungen vorangeht. Die Erhöhung des Blutdruckes ist nach von Basch die Folge der Einengung eines grösseren Complexes kleiner Arterien, namentlich des Splanchnicusgebietes; die Sclerose der grösseren Arterien für sich allein bedinge keine Drucksteigerung.

Diesen Anschauungen gegenüber vertrat Romberg auf dem Wiesbadener Congress im Jahre 1904 die abweichende Meinung, dass die Blutdruckerhöhung nicht der Arteriosclerose als solcher zukomme, sondern in erster Linie ein Symptom der arteriosclerotischen Nephritis sei. Bei Arteriosclerotikern ohne complicierende Nephritis fanden Romberg und Sawada nur in ca. 12 pCt. der Fälle eine mässige Erhöhung des Blutdrucks. Abnorm hohe Blutdruckwerte von mehr als 160—170 mm. Hg., mit dem Recklinghausenschen Tonometer an der A. brachialis gemessen, weisen nach Romberg stets auf eine complicierende Nierenerkrankung hin, selbst dann, wenn der Harn frei von abnormen Bestandteilen ist. Zu ähnlichen Resultaten kommt auch Groedel. Auch er findet, dass die Arteriosclerose nur in einem Bruchteil der Fälle, etwa in 35 pCt. seiner Beobachtungen zu einer deutlichen Erhöhung des Blutdrucks führt. Im selben Sinne spricht sich auch Schott-Nauheim aus. Wenn ich auf meine eigene, naturgemäss nicht sehr umfangreiche Erfahrung hinweisen darf, so haben auch mir die an Arteriosclerotikern ausgeführten Druckmessungen gezeigt, dass die Arteriosclerose in einer erheblichen Zahl von Fällen ohne eine Zunahme der arteriellen Spannung verläuft. Der Standpunkt Rombergs ist also offenbar nicht ohne Berechtigung, und es erscheint mir zweifellos, dass die früher etwas dogmastisch festgehaltene Anschauung von der Blutdruckerhöhung bei der Arteriosclerose einer erheblichen Einschränkung bedarf.

Der Vollständigkeit wegen will ich noch bemerken, dass für die Beurteilung der Blutdruckverhältnisse bei der Arteriosclerose bisher nur der maximale, d. h. systolische Blutdruck massgebend gewesen ist. Schon Dehio hat darauf hingewiesen, dass man aus der Erhöhung des maximalen Blutdruckes nicht ohne Weiteres auf eine entsprechende Erhöhung des für die Circulation in erster Linie massgebenden mittleren Druckes schliessen darf. Der mittlere Druck, als Resultante zweier Factoren, des systolischen und diastolischen Druckes, braucht nicht entsprechend dem maximalen Druck, anzusteigen, wie Dehio es beispielsweise bei der vergleichenden Betrachtung der Druckwerte beim ruhenden und körperlich arbeitenden Menschen feststellen konnte.

Wenn ich mich nun den Ursachen der Arteriosclerose zuwende, so möchte ich dabei auf ihre Definition als Abnutzungskrankheit zurückgreifen. Alle körperlichen und seelischen Lebensäusserungen unseres Organismus — von der einfachen Muskelcontraction des Handarbeiters bis zu den complicierten associativen Processen im Hirne des Forschers und Künstlers — sind mit einer functionellen Inanspruchnahme des Gefässsystems verbunden. Selbst wenn diese Inanspruchnahme das normale Durchschnittsmass nicht überschreitet, wird es bei genügend langer Lebensdauer des Individuums zur Abnutzung kommen, und so stellt sich die Arteriosclerose als eine typische Altersveränderung dar, als sozusagen physiologische Involutionserscheinung, die den natürlichen Tod des Individuums anbahnt. Dieser senilen Arteriosclerose stehen nun aber zahlreiche Fälle einer frühzeitigen, im engeren Sinne pathologischen, Arteriosclerose gegenüber. Wir brauchen nicht auf die Statistiken der Specialautoren zurückzugreifen, schon die Erfahrungen eines jeden von uns belehren uns darüber, dass die Arteriosclerose im 4. Lebensdecennium keine ganz seltene, vom Beginne des 5. Lebensdecenniums an aber bereits eine häufige Erkrankung ist. In diesen frühzeitigen Fällen kann von einer normalen Abnutzung durch lange Lebensdauer natürlich nicht die Rede sein, und wir müssen uns fragen, welche Einwirkungen hier als Ursache verantwortlich zu machen sind. Im Sinne der hier vertretenen Auffassung über die Entstehung der Arteriosclerose werden wir besonders solchen Einwirkungen eine ätiologische Bedeutung zuerkennen müssen, welche durch häufige Schwankungen des Gefässtonus, Steigerung und Aenderungen des Blutdruckes die functionellen Elemente der Gefässwand stärker beanspruchen.

In der Reihe dieser Momente nennt Romberg an erster Stelle die schwere Muskelarbeit und weist auf die Häufigkeit und das frühzeitige Auftreten sclerotischer Veränderungen an den Extremitätenarterien schwer arbeitender Menschen hin. Wie gross die Schwankungen des Gefässtonus bei der Muskelarbeit sind, zeigen die Untersuchungen Heilmanns, der festzustellen vermochte, dass der arbeitende Muskel in der gleichen Zeiteinheit von einer dreimal grösseren Blutmenge durchflossen wird als der ruhende.

Von grosser Bedeutung für die Entstehung der Arteriosclerose sind nervöse Einflüsse. Die vasomotorische Labilität der Neurastheniker und anderer Nervöser ist bekannt, ebenso die starken Blutdruckschwankungen bei psychischen Erregungen. Die Unrast der heutigen Zeit, die Hast und die erregenden Wechselfälle des Erwerbs- und Berufslebens begünstigen daher nicht nur die Entstehung der nervösen Erschöpfung, sondern auch die der Arteriosclerose.

Entsprechend dem Satze, dass ein jeder seine Arteriosclerose vorwiegend in dem Gefässgebiet bekommt, das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er am meisten angestrengt hat, sehen wir, dass es besonders die Sclerose des Herzens und Gehirnes ist, welche aus der Zahl der Intelligenzarbeiter ihre Opfer fordert. Auf die nahen Beziehungen der nervösen Herzstörungen zur Arteriosclerose hat Hochhaus hingewiesen. Durch die Vereinigung körperlicher Ueberanstrengung und nervöser Erregung kann übermässig betriebener Sport zur Arteriosclerose führen. Den schädigenden Einfluss anhaltender Gemüts- und Nervenerregung auf das Gefässsystem zeigen viele Unfallsnervenkranke, bei denen sich oft in kurzer Zeit deutliche Arteriosclerose entwickelt.

Auf die Rolle, welche Alcohol, Tabak und Kaffe in der Aetiologie der Arteriosclerose spielen, brauche ich wohl kaum hinzuweisen. Ihre gefässschädigende Wirkung dürfte wohl ausser Zweifel sein, wenngleich die Fälle nicht selten sind, in denen der Misbrauch dieser Genussmittel erstaunlich gut ertragen wird. Es ist bekannt, dass Erb dem Abusus des Tabaks eine ätiologische Rolle bei der von ihm beschriebenen Dysbasia angiosclerotica zuweist. Sowohl der Alcohol als namentlich der Tabak und der Kaffe entfalten ihre schädigende Wirkung durch die starke Beeinflussung des vasomotorischen Nervensystems und durch die Steigerung der allgemeinen nervösen Reizbarkeit. Dem Alcohol dürfte ausserdem eine directe, die Gefässwand schädigende, Wirkung nicht abzusprechen sein.

Durch die starke Inanspruchnahme der Kreislauforgane wirkt die Fettleibigkeit fördernd auf Entwickelung arteriosclerotischer Veränderungen ein. In gleicher Weise wirkt anhaltender Luxusconsum und übermässiger Biergenuss durch Ueberlastung des Gefässsystems und Steigerung des Blutdruckes. Hier wie dort sind es namentlich die Coronararterien des Herzens, welche gefährdet sind. — Durch die andauernde arterielle Druckerhöhung führt die primäre Schrumpfniere zur Arteriosclerose.

Diese Fälle sind in ätiologischer Hinsicht besonders instructiv und einwandsfrei, weil sich auf dieser Grundlage, i. e. der primären Schrumpfniere, schon bei ganz jugendlichen Individuen typische Arteriosclerose entwickeln kann. Schliesslich sollen durch die grossen Schwankungen im Contractionszustande der Gefässe Temperatureinflüsse, namentlich häufige und jähe Temperaturdifferenzen eine Ursache der Arteriosclerose werden. Naturgemäss sind es die Extremitätenarterien, welche dieser Schädlichkeit am meisten ausgesetzt sind.

Diesen mannigfachen Ansprüchen und Schädlichkeiten steht nun eine individuell sehr verschiedene Widerstandsfähigkeit des Gefässsystems gegenüber. Zunächst ist zu betonen, dass angeborene Unterschiede in der Veranlagung zur Arteriosclerose zu bestehen scheinen und dass die Arteriosclerose nicht selten in einzelnen Familien gehäuft auftritt. Ziemlich einstimmig weisen daher die verschiedenen Beobachter der Heredität eine wesentliche Rolle in der Aetiologie der Arteriosclerose zu. Es scheint sich dabei nicht nur um Vererbung nervöser Eigenschaften, sondern auch um ererbte Unterschiede in der Dauerhaftigkeit der Gefässwände selbst zu handeln. Unter den erworbenen Schädigungen, welche die Widerstandsfähigkeit der Gefässwand herabsetzen, ist wohl die Syphilis an die erste Stelle zu setzen. Namentlich Edgreen betont diesen Einfluss der Syphilis; nach ihm ist die Syphilis überhaupt die wesentlichste Ursache der Arteriosclerose; auch Bollinger sieht in ihr die häufigste Grundlage der nicht senilen, vorzeitigen Arteriosclerose. Von Interesse ist hier auch die Statistik von Moritz. Er fand unter 100 Arteriosclerotikern im Alter von 30—60 Jahren in 47 Fällen sichere Lues. Von den jugendlichen Arteriosclerotikern im Alter von 30—40 Jahren hatten 62 pCt. mit Sicherheit eine luetische Infection durchgemacht. Der Einfluss der Syphilis auf die Arteriosclerose wird sich je nach den Besonderheiten des Krankenmaterials und den örtlichen Unterschieden in ihrer Häufigkeit natürlich sehr verschieden und gewiss nicht immer als so bedeutend erweisen, wie die eben genannten Autoren es anerkennen; immerhin wird man es als feststehende Tatsache ansehen dürfen, dass Luetiker früher und stärker an Arteriosclerose erkranken als luetisch nicht inficierte Personen.

Die gemeinsame Grundlage der überstandenen Lues dürfte auch das häufige Vorkommen sclerotischer Gefässerkrankungen bei gewissen organischen Nervenkrankheiten, namentlich der Tabes, erklären. Betonen möchte ich, dass ich hier natürlich nur die Arteriosclerose der Syphilitiker im Auge habe, nicht aber die specifisch luetischen Gefässerkrankungen.

Von sehr viel geringerer Bedeutung als die Syphilis sind die anderen Infectionen für die Aetiologie der Arteriosclerose. Am häufigsten angeschuldigt werden die Malaria, der Typhus, der Gelenkrheumatismus, die Tuberculose und in neuerer Zeit wohl auch die Influenza. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Frage schwer entscheidbar ist, wie weit der Einfluss dieser Infectionskrankheiten auf die Entwickelung der Arteriosclerose tatsächlich wirkt. Die Meinungen der Autoren gehen darüber sehr auseinander. Die Arbeiten Lucks aus der Thomaschen Schule scheinen eine Verminderung der Elasticität der Gefässwände durch infectiöse Processe im Allgemeinen zu erweisen. Romberg dagegen hält die Frage für nicht genügend geklärt, um zu ihr Stellung nehmen zu können. Auch den Einfluss der Stoffwechselkrankheiten, wie der Gicht und des Diabetes, hält Romberg für fraglich, da bei den meisten derartigen Kranken auch noch anderweitige Schädlichkeiten bei der Entstehung der Gefässerkrankung mitwirken. Von anderer Seite, so namentlich der französischen Schule, wird aber gerade den toxisch-infectiösen Einflüssen und den Störungen des Stoffwechsels die führende Rolle in der Aetiologie der Arteriosclerose zugewiesen. Huchard zählt unter den Ursachen der Arteriosclerose sämtliche Infectionskrankheiten auf und weist auf die bei manchen Infectionskrankheiten beobachteten entzündlichen Veränderungen der Gefässwand hin, aus welchen sich die chronischen Veränderungen der Sclerose entwickeln sollen.

Auch den Störungen des Stoffumsatzes im Sinne einer ungenügenden Oxydation der im Blute kreisenden Nährstoffe und einer Ansammlung giftiger Stoffwechselrückstände im Blute misst Huchard eine grosse Bedeutung für die Arteriosclerose bei. So bringt er die senile Arteriosclerose mit der Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche der Alterslunge und der dadurch verminderten Oxydationsfähigkeit des Blutes in Zusammenhang. Er betont ferner den schädigenden Einfluss der Eiweissnahrung auf das Gefässsystem und sieht in der von den Franzosen häufig in den Vordergrund gerückten arthritischen Diathese einen wesentlichen Factor für die Entstehung der Arteriosclerose; auch die körperliche Arbeit führt nach Huchard nicht durch die Schwankungen des Gefässtonus zur Erkrankung der Gefässwand, sondern durch giftige Stoffwechselproducte, Ermüdungsstoffe, welche im überangestrengten Muskel entstehn und die Gefässwand angreifen.

Diese Anschauungen sind zum Teil gewiss geistreich und nicht ohne theoretisches Interesse; man erhält aber doch den Eindruck, dass sie nicht alle im Boden der Tatsachen wurzeln. Ueberhaupt wird man bei der Beurteilung der ätiologischen Momente der Arteriosclerose ihre grosse Zahl und Mannigfaltigkeit im Auge behalten müssen. Auch im gegebenen concreten Falle werden wir nicht eine Schädlichkeit sondern eine Summe von Schädlichkeiten als Ursache beschuldigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen, die in ihrer ätiologischen Wertigkeit schwer gegen einander abzuwägen sein dürften.

Durch ihre Rückwirkung auf die verschiedenen Organe unseres Körpers wird die Arteriosclerose zu einer der häufigsten Krankheits- und Todesursachen jenseits des 40. Lebensjahres; namentlich die arteriosclerotischen Erkrankungen des Herzens, des Gehirnes und der Nieren sind es, welche für den Träger verhängnisvoll werden. Ein eindringliches Bild von der Bedeutung der Arteriosclerose als Todesursache gibt uns Bahrdt in einer Statistik über die Todesfälle der Leipziger Versicherungsgesellschaft. Von ca. 10000 Gesamttodesfällen entfielen auf die Arteriosclerose 2150 also ca. 22 pCt., von diesen waren etwa die Hälfte, ca. 1100 der Arteriosclerose des Gehirns zuzuschreiben.

Von den arteriosclerotischen Erkrankungen der einzelnen Organe beanspruchen wohl die des Herzens und der Aorta die grösste Bedeutung. Indem ich Sie bezüglich dieses Gegenstandes auf das Referat Dr. Hallers[1]) verweise, möchte ich hier nur einige Worte über das klinische Verhalten der peripheren Arterien bei der Arteriosclerose sagen. Nach Romberg ist eine Arterie — beispielsweise die Arteria radialis — dann als sclerotisch zu bezeichnen, wenn das Arterienrohr als solches nach Wegdrücken der Blutsäule palpabel bleibt. Schrötter sieht es bereits als pathologisch an, wenn die Art. radialis während der Diastole fühlbar bleibt.

Mir scheint, dass geringe Grade sclerotischer Wandveränderungen sich auch im Moment der Systole gut erkennen lassen, da gerade dann die Gefässwand durch die Blutwelle gegen die tastende Fingerkuppe gedrängt wird. Neben der veränderten Wandbeschaffenheit führt die Arteriosclerose häufig zu Pulsdifferenzen an entsprechenden Arterien beider Körperhälften. Häufiger und früher als an den Radialarterien findet man Pulsdifferenzen oder auch gänzliche Pulslosigkeit an den Fussarterien, deren Untersuchung daher von diagnostischer Bedeutung ist. — Der oft betonten Schlängelung der Temporalarterie möchte ich nur eine bedingte diagnostische Bedeutung beimessen, da ihr Verlauf auch unter normalen Verhältnissen ein mehr oder weniger gewundener ist. Infolge der Erweiterung ihres Lumens können manche kleine Arterien, die sonst nicht fühlbar sind, bei der Sclerose eine fühlbare oder sogar sichtbare Pulsation zeigen. Am häufigsten findet man diese Erscheinung an den Daumenästen der A. radialis. — Das Auffälligste in dieser Beziehung sah ich bei einem Kranken, der an Arteriosclerose und Insufficienz der Aortenklappen litt; bei ihm sah man im Bereich des Thorax und der Arme zahlreiche stark geschlängelte kleine Hautarterien lebhaft pulsieren. — Auch abnorme acustische Phänomene können an den sclerotisch veränderten peripheren Arterien auftreten. So konnte Hampeln über dem Arcus volaris mancher Arteriosclerotiker ein kürzeres oder längeres systolisches Geräusch hören. — Auch im Röntgenbilde kann die Sclerose der Gefässwand, namentlich bei reichlicher Ablagerung von Kalksalzen, zum Ausdruck kommen.

Die Form des Pulses zeigt bei der Arteriosclerose gewisse Eigentümlichkeiten, doch sind diese — soweit sie durch die Erkrankung der Arterien selbst und nicht durch gleichzeitige Veränderungen des Herzens bedingt werden, wohl erst den höheren Graden der Sclerose eigen. Die durch die systolische Blutwelle ausgedehnte sclerotische Arterie verharrt — dank ihrer verminderten Elasticität relativ lange im Zustande der Ausdehnung und kehrt nur zögernd in ihre elastische Gleichgewichtslage zurück. Die sphygmographische Curve zeigt daher einen breiten runden Gipfel, der absteigende Schenkel der Welle ist lang. Die secundären Elevationen können dabei den Gipfel der primären Welle überragen, der Puls ist anacrot. Beachtung verdient, dass die Arteriosclerotiker in der Regel grosse Pulse haben; man darf daher bei ihnen nicht ohne Weiteres aus einem grossen Pulse auf ein gut arbeitendes Herz schliessen.

Von den arteriosclerotischen Hirnerscheinungen glaube ich hier die Apoplexien und Erweichungen übergehen zu dürfen und möchte mir nur einen Hinweis auf die leichten Initialstadien der cerebralen Arteriosclerose gestatten, wie sie uns von Windscheid und Erlenmeyer geschildert worden sind. Wir hören von solchen Kranken Klagen über Druck und unangenehme Sensationen im Kopf, über schlechten Schlaf, namentlich über vorzeitiges Erwachen am Morgen. Dabei werden die Kranken entschlussunfähiger und interesseloser, die gewohnte geistige Arbeit, namentlich die productive Tätigkeit fällt ihnen schwer, auch das Gedächtnis für die Dinge der Gegenwart und jüngsten Vergangenheit kann sinken. Die gemütliche Erregbarkeit und Reizbarkeit ist gesteigert, manche der normalen Hemmungen, so die in sexueller Beziehung, lassen nach. Die Toleranz gegen Alcohol ist sehr gering. Vorübergehende paretische Erscheinungen, Anfälle von Sprachstörung und Schwindel können auftreten. So entsteht ein Symptomenbild, dessen Abgrenzung einerseits gegen die Neurasthenie, andererseits gegen die Anfangsstadien der progressiven Paralyse unter Umständen Schwierigkeiten bereiten kann. Es handelt sich bei den geschilderten Erscheinungen zum Teil wenigstens noch nicht um den Ausdruck einer organischen Hirnläsion, sondern um die Folge der ungenügenden Durchblutung des Gehirnes, namentlich während der Tätigkeit des Organes. Geistige Ruhe, Entfernung der Kranken aus Haus und Beruf können daher oft eine wesentliche Besserung der Symptome bewirken; oft genug aber wird sich der Uebergang zu schweren organischen Störungen nicht verhindern lassen.

Naunyn und Hochhaus haben die Bedeutung der Sclerose der Hirnarterien für die Entstehung der Spätepilepsie hervorgehoben. Hochhaus will schon die im 3. Lebensdecennium erstmalig hervortretenden epileptischen Anfälle zum Teil auf Arteriosclerose beziehen.

Dass die cerebrale Arteriosclerose eine nicht seltene Ursache psychischer Erkrankungen ist, möchte ich nur erwähnen, ohne mich für ein näheres Eingehen auf diesen Gegenstand zuständig zu erachten.

Der Zusammenhang zwischen Arteriosclerose und Nierenerkrankungen kann ein doppelter sein. Zunächst wissen wir, dass die unter Erhöhung des Blutdrucks einhergehenden Nierenkrankheiten, besonders die verschiedenen Formen der Schrumpfniere zur Arteriosclerose führen. Andererseits sehen wir oft Nierenerkrankungen im Gefolge der Arteriosclerose auftreten. Im Gegensatz zu früheren Auffassungen nimmt Romberg an, dass in diesen Fällen die Arteriosclerose nicht direct zur Nierenerkrankung, speciell der bindegewebigen Schrumpfung führt, sondern dass der Zusammenhang ein mittelbarer ist. Die Niere wird infolge der Sclerose ihrer Arterien ungenügend durchblutet und ist daher etwaigen Schädlichkeiten gegenüber weniger widerstandsfähig und daher zu Erkrankungen ihres Parenchyms mehr geneigt. Im klinischen Bilde der arteriosclerotischen Schrumpfniere stehen die Erscheinungen der meist gleichzeitig vorhandenen Veränderungen des Herzmuskels häufig im Vordergrunde und können das Bild der Nierenerkrankung verdunkeln. Die bestehende Nephritis offenbart sich hier durch den erhöhten Blutdruck und den gespannten Puls, die in auffälligem Gegensatz stehen zur oft deutlichen Herzinsufficienz.

Der Harn ist meist hell und von relativ niedrigem specifischen Gewicht und enthält wenig, zu Zeiten gar kein Eiweiss, häufiger Cylinder. Wichtig ist, dass auch

[1]) Dr. Haller l. c.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bei insufficienter Herztätigkeit und bei erheblich reducierter Harnmenge das specifiche Gewicht niedrig bleibt; man kann daraus schliessen, dass bei normaler Herzarbeit grosse Harnmengen seceruiert werden würden, was einen Hinweis auf die Annahme einer Schrumpfniere gibt.

Eine wesentliche Verschiebung haben unsere Anschauungen über die Beziehungen zwischen Diabetes und Arteriosclerose in den letzten 10 Jahren erfahren. Während wir früher die Arteriosclerose als Folge des Diabetes anzusehen gewohnt waren, wissen wir heute aus den Untersuchungen Hoppe-Seylers, Fleiners, v. Noordens u. a., dass umgekehrt die Sclerose der Pancreasarterien eine nicht seltene Ursache des Diabetes ist. Hoppe-Seyler beschreibt eine arteriosclerotische Schrumpfung des Pancreas, welche er der arteriosclerotischen Nierenschrumpfung an die Seite stellt. Das Pancreas erscheint hierbei verkleinert und hart, die Langerhansschen Inseln verödet, durch Bindegewebe ersetzt. Auch v. Noorden u. Naunyn räumen der Arteriosclerose in der Aetiologie des Diabetes und seiner Complicationen einen hervorragenden Platz ein. Neben den sclerotischen Veränderungen im Pancreas sollen auch entsprechende Processe in der Leber und im Centralnervensystem zum Diabetes führen. Unter den Complicationen des Diabetes sind es die Albuminurie, die Extremitätengangrän und z. T. wohl auch die Neuralgien, welche weniger dem Zuckergehalt des Blutes resp. der diabetischen Cachexie sondern der Arteriosclerose zur Last gelegt werden müssen.

Ihrer relativen Seltenheit entsprechend hat die Sclerose der Arterien des Magendarmcanals bis vor wenigen Jahren wenig Beachtung gefunden, und auch heute noch sind wir wohl kaum in der Lage, die von ihr abhängigen klinischen Erscheinungen zu einem typischen Bilde vereinigen zu können. Beobachtungen Ortners, Schnitzlers, Herzenfelds und anderer lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass die Sclerose der Mesenterialarterien zu lähmungsartigen Zuständen der zugehörigen Darmabschnitte führen kann, die sich in hochgradigem Meteorismus, Stauung des Darminhalts und heftigen Leibschmerzen äussern; die bei der Darmstenose beobachtete Darmsteifung soll in diesen Fällen stets fehlen. Die Erscheinungen treten namentlich nach reichlicher Nahrungsaufnahme, nach Anstrengungen oder nach Anwendung von Abführmitteln auf und haben häufig einen intermittierenden Charakter. Durch ihre Verbindung von Schmerz und motorischer Störung stellen diese Fälle nach Ortner ein Analogon zum intermittierenden Hinken dar. Ortner bezeichnet sie daher als Dyspragia intermittens intestinalis und erklärt sie durch die summierten Einwirkungen sclerotischer Arterienverengung mit vasomotorischen Gefässcontractionen. — Unter Mitwirkung thrombotischer Vorgänge kann die Sclerose der Mesenterialarterien zur dauernden Darmlähmung mit ileusartigen Erscheinungen und zur Darmgangrän führen. Auch arteriosclerotische Darmgeschwüre und Darmblutungen sind beschrieben worden. — Nicht immer handelt es sich aber um so schwere Störungen. Schnitzler und v. Engelhardt sind geneigt, manche Koliken und Gastralgien mit und ohne begleitende Diarrhöen auf die Arteriosclerose der Magen- und Darmarterien zu beziehen. Nach Schnitzler soll auch für diese Fälle das Auftreten der Störungen in Momenten stärkerer Darmperistaltik oder nach Anstrengungen charakteristisch sein. Huchard schildert Störungen der Magenfunction, die unter dem Bilde des Magenkatarrhs verlaufen und die er auf die Sclerose der Magenarterien mit secundärer bindegewebiger Degeneration der Schleimhaut zurückführt.

Seltener als in den inneren Organen führt die Arteriosclerose in der Peripherie des Körpers zu schweren Störungen, obwohl ja gerade die Extremitätenarterien besonders häufig und intensiv an Arteriosclerose erkranken. Romberg findet eine Erklärung dieses Widerspruchs im Verhalten der Capillaren. Nach Bier sollen die Capillaren der Körpermuskulatur an der Aufrechterhaltung der Blutcirculation in hohem Grade beteiligt sein, indem sie bei Behinderung des arteriellen Blutzustromes sich erweitern und so das Blut ansaugen, den Capillaren der inneren Organe soll diese Fähigkeit fehlen. Die Extremitätenmuskulatur kann daher trotz starker Arteriosclerose relativ lange functionsfähig bleiben. Schliesslich kommt es aber auch hier zu functionellen und anatomischen Schädigungen. Ich brauche nur auf das intermittierende Hinken, die Dysbasia angiosclerotica Erbs und die pathogenetisch ihr eng verbundene angiosclerotische Extremitätengangrän hinzuweisen, beides Erscheinungen, welche keineswegs bloss dem Greisenalter zukommen, sondern bereits bei der Arteriosclerose des reiferen Mannesalters nicht ganz selten beobachtet werden.

Auf das Symptomenbild der Dysbasia angiosclerotica, das aus den Schilderungen Erbs, Goldflamms, Idelsons u. a. genügend bekannt ist, will ich hier nicht näher eingehen. Bei der Erklärung der Krankheitserscheinungen geht Erb von der Anschauung aus, dass eine gewisse Einengung des Arterienlumens in den ruhenden Skelettmuskeln keine abnormen Erscheinungen hervorruft. Sobald aber die Muskeln in stärkere oder andauerndere Tätigkeit treten, erzeugt die für den tätigen Muskel nicht mehr ausreichende Blutzufuhr mehr oder weniger heftige Schmerzen in den betroffenen Teilen. Die Schmerzen sind im Wesentlichen als ischämische Schmerzen anzusehen. Dass Erb hierbei auf die Mitwirkung abnormer Erregungen der Gefässnerven Gewicht legt, wurde bereits erwähnt, und zwar sieht er in der ungenügenden Zufuhr arteriellen Blutes die Ursache, welche durch Erregung der Vasomotoren eine krampfhafte Arterienverengung auslöst.

Weniger charakteristisch in ihren Erscheinungen und doch überaus wichtig für die Kenntnis des Arztes sind jene Fälle von Extremitätenarteriosclerose, auf welche Zöge v. Manteuffel seiner Zeit aufmerksam gemacht hat und welche unter dem Bilde harmloserer, sog. rheumatischer Beschwerden einhergehn. Diffuse Schmerzen, leichte Vertaubungen einzelner Zehen, das Gefühl von Schwere und Müdigkeit im betreffenden Gliede, das etwa sind die Klagen der Kranken. Eine genauere Untersuchung der Arterien, namentlich auch des Pulses der Fussarterien führt zu der richtigen Diagnose, die hier im Interesse einer rechtzeitigen Therapie von besonderer Bedeutung ist. Die Schmerzen, über welche die Kranken klagen und die in schweren zur Gangrän führenden Fällen von unerträglicher Heftigkeit sein können, entstehen offenbar in den Nervenstämmen und ihren Verzweigungen, indem diese durch die chronisch-indurativen Processe, die sich in der Umgebung der erkrankten Gefässe abspielen, in Mitleidenschaft gezogen werden. Bei der anatomischen Untersuchung findet man — wie Eingangs bereits erwähnt — die Nervenstränge durch derbes Bindegewebe mit den Gefässen fest verwachsen; das Perineurium ist mächtig verdickt, vielfach von Rundzellen infiltriert; ähnliche Veränderungen zeigt auch das endoneurale Bindegewebe; die Nervenfasern selbst sind zum Teil geschwunden oder im Zerfall begriffen.

Nicht unerwähnt möchte ich es lassen, dass die Arteriosclerose als ätiologisches Moment mancher Neuralgien, nach Kussmaul und Joffroy sogar mancher Neuritiden anzusehn ist.

Auch die sogenannten vasomotorischen Neurosen, die symmetrische Gangrän, die Erythromelalgie, die Acroparästhesien scheinen zur Arteriosclerose der Extremitätenarterien in naher Beziehung zu stehn, doch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spielen hier, ähnlich wie beim intermittierenden Hinken, vasomotorische Reizzustände und sonstige nervöse Einwirkungen eine wichtige Rolle.

Von geringer klinischer Bedeutung ist die Arteriosclerose des kleinen Kreislaufes. Zwar ist die Sclerose der Lungenarterien nach den Untersuchungen Brünings weit häufiger, als man bisher annahm, doch handelt es sich hier um meist nur mikroskopisch wahrnehmbare Veränderungen, die zu keinen klinischen Krankheitsäusserungen führen. In einem Falle hochgradig entwickelter Sclerose der Lungenarterien sah Romberg eine starke Hypertrophie der rechten Kammer; beim Eintritt der Insufficienz des rechten Herzens traten starke Dyspnoe und hochgradigste Cyanose auf, ohne deutliche Stauungserscheinungen im grossen Kreislauf. Die Erscheinungen ähnelten also denen bei manchen congenitalen Herzfehlern.

Ueberblicken wir noch einmal die klinischen Aeusserungen der Arteriosclerose, so sehen wir, dass das Krankheitsbild sich in sehr verschiedenartiger Weise gestalten kann. Fast alle Teile unseres Organismus können von der Arteriosclerose betroffen werden, die Erkrankungen der verschiedenen Organe können sich daher in der mannigfachsten Weise miteinander combinieren, wobei bald diese bald jene Störung mehr in den Vordergrund treten wird.

Nur selten sind dabei die verschiedenen Gefässgebiete in annähernd gleicher Weise befallen. Wir finden oft bei betagten Greisen trotz starker Sclerose der peripheren Arterien die inneren Organe frei von schweren Veränderungen. Umgekehrt — und das ist gerade bei den jugendlicheren Arteriosclerotikern nicht selten der Fall — bestehen ernste Erkrankungen des Herzens, der Nieren oder des Gehirnes, ohne dass die der Untersuchung zugängigen peripheren Arterien eine deutliche Sclerose erkennen lassen.

Bücherbesprechungen.

Hugo Gloeckner: Beiträge zur Lehre vom engen Becken. III. Teil. Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken. Leipzig. 1908. Verlag von Georg Thieme. Preis M. 2.50.

Das Gesamtmaterial des Verf. umfasst 12253 Geburten bei engem Becken. Dabei entstammen der Berliner Universitätsfrauenklinik resp.—poliklinik 2609 Fälle, welche ein völlig einheitliches Material liefern. Die Resultate sind in 16 Tabellen niedergelegt. Jede derselben wird genau besprochen, was sie lehrt und welche allgemeinen Directiven für die Geburtsleitung aus ihr zu entnehmen sind.

Obgleich jede Entbindung bei engem Becken ein ganz specielles, dem Falle angepasstes Vorgehen erfordert, so lässt sich doch nicht in Abrede stellen, dass die Schlüsse, die aus einem so grossen Material gezogen werden, dem Arzt gewisse Fingerzeige in seinem Handeln geben, die ihm von grossem Nutzen sein können.

Deshalb ist ein genaues Studium eines Werkes, wie das vorliegende, Jedem zu empfehlen.

Fr. Mühlen.

L. Jankau: Taschenbuch für Ohren-, Nasen- und Halsärzte. Elfte umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. Mit 1. Tabelle. Verlag von Max Gelsdorf, Eberswalde bei Berlin. 1909.

Gegenüber der X. Ausgabe zeigt die uns vorliegende XI. Auflage einen Mehrumfang von etwa 6 Bogen. In dieser Tatsache mag sich der Fortschritt spiegeln, der auf dem weiten Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halserkrankungen in den letzten Jahren neuerdings zu verzeichnen ist. Alle neuen Errungenschaften in der Diagnostik und Therapie der betreffenden Erkrankungen haben im Taschenbuche eine kritische Aufnahme gefunden und geben dem Specialarzte eine kurze Uebersicht alles dessen, was er in der täglichen Praxis wissen mag und soll. Das Verzeichnis der Specialärzte ist in dieser Auflage leider weggeblieben, um das Buch nicht zu umfangreich zu machen, was aber besonders die ausländischen Collegen schwer empfinden werden. Hoffentlich wird auch diese Auflage eine gute Aufnahme bei den Specialärzten finden.

A. Sacher.

Prof. Dr. Eschweiler: Die Stauungshyperämie nach Bier in der Ohrenheilkunde. Mit 2 Curven. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1909. Preis 3 M.

In dieser etwa 70 Seiten fassenden Schrift gibt Verfasser eine kritische Uebersicht der Resultate, die von den verschiedenen Autoren und ihm selbst durch die Stauungshyperämie nach Bier in der Ohrenheilkunde erreicht worden sind. Es sind hier vorzugsweise bestimmte Formen von Mastoiditis, die durch die neue Behandlungsmethode sich günstig beeinflussen lassen. Die Akten darüber sind leider noch nicht geschlossen, und müssen weitere Untersuchungen abgewartet werden, um den Wert der Methode für die Ohrenheilkunde definitiv festzustellen. Für den Specialisten ist die Broschüre von hohem Interesse und die Lectüre derselben kann ihm bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

Prof. Alfred Fournier: Kann ich geheilt werden? Autorisierte Uebersetzung von Dr. Buraczynski. Wien und Leipzig. Verlag von J. Šafář. 1909. Preis Mk. 1.

Fournier behandelt in dieser kleinen Schrift von 87 Seiten erschöpfend die Frage, die alle an Syphilis Erkrankten so schwer bedrückt und quält und mit der sie ohne Ende den sie behandelnden Arzt quälen, ob sie geheilt werden können? In durchaus objectiver und auch für jeden Laien klarer Weise tritt Fournier an die Frage heran; er verschweigt nicht, dass er in den langen Jahren seiner Praxis so manchen Fall hat erleben müssen, der einen traurigen Ausgang genommen hat. Doch hat dieses nicht vermocht, ihm seinen Optimismus zu rauben, denn in diesen Fällen lag die Schuld fast immer an einer nicht genügend energisch durchgeführten Behandlung, sei es, dass hieran bisweilen diagnostische Irrtümer und medicinische Vorurteile oder, in den meisten Fällen, mangelnde Energie auf Seiten des Patienten die Schuld trug. Ein Kranker, der nicht die Willenskraft hat, dem Alcohol und dem Tabak zu entsagen oder ihren Gebrauch genügend zu reducieren, besitzt viel geringere Chancen der Heilung. Ebenso schädlich können Excesse aller Art, geistige Ueberanstrengungen etc. wirken. In dem Quecksilber und dem Jod haben wir zwei «Perlen der Therapie», die man «ohne jede Uebertreibung als «wunderbar» bezeichnen kann». Bei der Syphilis ist, was die Genesung betrifft, alles möglich, manchmal selbst das Unmögliche (Ricord). «Die Syphilis ist, nach Fourniers Ueberzeugung, von jedem Gesichtspuncte aus heilbar, sowohl für das Individuum selbst als auch für die Familie». Dieses ist das Schlussresultat der Untersuchungen. Der Satz gilt auch für die parasyphilitischen Erkrankungen, Tabes und progressive Paralyse. Als Ursache letzterer betrachtet Fournier vorwiegend gar keine oder eine ungenügende Quecksilberbehandlung in den ersten Jahren nach der Infection mit Syphilis. «Auf 100 Fälle von progressiver Paralyse oder Tabes, welche bei syphilitischen Individuen beobachtet wurden, kommen auf Grund der Statistik 95 Fälle auf ungenügende Behandlung, gegen 5 Fälle auf ernste Behandlung». Fournier ist bekanntlich einer der Hauptverfechter der intermittierenden Behandlungsmethode (ihm hat sich unter anderen Neisser angeschlossen), die in einer durch mehrere Jahre, im allgemeinen 3 oder selbst noch mehr, fortgesetzten Behandlung mit Quecksilber und Jod besteht; die Curen werden in Intervallen von kürzerer oder längerer Zeit ausgeführt, unabhängig von dem Auftreten von Recidiven. Die von Fournier angeführten Zahlen sprechen eine so deutliche Sprache, dass kaum eine einwandfreie Bekämpfung der auf diese Zahlen sich aufbauenden Theorie möglich erscheint. Die Schlussworte Fourniers sollte ein jeder Syphilitiker beherzigen, sie können und sollen ihm Mut und Zuversicht für die Zukunft geben: «die Wissenschaft versichert, dass man mit dem Mercur, mit der Hygiene und mit der Zeit Herr der Syphilis wird; sie gibt mir die Hoffnung, meine frühere Gesundheit eines Tages wieder zu erlangen, und zwar in dem Masse, dass ich das Recht haben werde, mir eine Familie zu gründen und auf Vaterfreuden zu hoffen». Ich hoffe, das oben Gesagte wird genügen, um Aerzten und Laien, die die Frage angeht, für das kleine Werk zu interessieren, sie werden es sicherlich nicht ohne Nutzen aus der Hand legen.

W. Schiele.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Feuilleton.

Wiener Brief.

Original-Correspondenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

In der Gesellschaft der Aerzte berichtete Gottwald Schwarz über ein Verfahren zur Verhütung von Röntgenschädigungen der Haut. G. Schwarz hat durch Versuche festgestellt, dass die Empfindlichkeit eines Gewebes gegen Röntgenstrahlen zu dessen Stoffwechsel im umgekehrten Verhältnis steht. Ruhender Pflanzensamen wird von Röntgenstrahlen nicht geschädigt, dagegen aber keimender Samen. Wird die Haut comprimiert und bestrahlt, so stellt sich auf ihr nur ein vorübergehendes Erythem ein, während auf der danebenliegenden, ohne Compression bestrahlten Haut nach einer gewissen Latenzzeit Entzündung und Atrophie entstehen. Auf der behaarten Kopfhaut fallen nach Röntgenbestrahlung die Haare aus, wird die Bestrahlung unter Druck vorgenommen., so geschieht dies nicht. So ist es möglich, tiefer liegende Gewebe zu bestrahlen, ohne die darüber liegende Haut zu schädigen. In der Discussion bemerkte Nobl, dass condensierte Kohlensäure auf die comprimierte Haut eine geringere Wirkung äussert als auf nicht comprimierte.

In der Gesellschaft für innere Medicin sprach Ernst Mayerhofer über die Esbach'sche quantitative Eiweissbestimmung und über eine neue Kreatininverbindung. Gewöhnlich gibt jeder menschliche Harn, ob normal oder pathologisch, zu gleichen Teilen mit dem gebräuchlichen Esbachschen Reagens versetzt, nach einiger Zeit krystallinische Fällungen, welche oft durch ihre schönen Formen und irisierenden Farben auffallen. Das fällende Princip im Esbachschen Reagens ist lediglich die Pikrinsäure. Wenn man Harn einige Zeit mit Pikrinsäure bei Gegenwart starker Mineralsäuren, wie Salpetersäure und namentlich Schwefelsäure über freiem Feuer kocht, so scheiden sich nach dem Erkalten voluminöse Massen glänzender Krystallflitter aus. Diese Reaction hat Mayerhofer erwartet, weil das Jaffesche Doppelsalz (eine Doppelverbindung zwischen Kreatininpikrat und Kaliumpikrat, aus der die Krystalle bestehen) beim Kochen mit Mineralsäuren die gleiche Erscheinung gibt. Kocht man das Jaffesche Kalisalz mit concentrierten starken Mineralsäuren, so erhält man einen bisher noch nicht beschriebenen Körper, welchen M. so suchte, wie man etwa die freie Säure aus einem vorhandenen Salze isoliert. Nur fand er in diesem Falle nicht die Säure, sondern ein saures Pikrat, nämlich

$$C_4H_7N_3O\,C_6H_2 < {OH \atop (NO_2)_3} + C_6H_2 < {OH \atop (NO_3)_3}$$

Kreatinin Pikrinsäure Pikrinsäure

Derselbe Körper ist es auch, welcher beim Kochen eines jeden bis jetzt untersuchten Harnes mit Pikrinsäure und starken Mineralsäuren entsteht. Der neue Körper verbrennt ebenfalls lebhaft auf dem Platinbleche, jedoch nicht so explosionsartig, wie die Jaffesche Kaliverbindung, ähnlich etwa, wie Pikrinsäure zu dem Explosionskörper Kaliumpikrat sich verhält. Auf der Kupferperle verbrennt er etwas lebhafter, wobei eine Grünfärbung der Bunsenflamme auftritt. Dieser Befund wurde ursprünglich nur bei halogenhaltigen Körpern erhoben und als beweisend für die Gegenwart von Säure, Brom oder Jod angesehen. Der Mayerhofsche Körper gibt jedoch auch die Flammenfärbung ohne Gegenwart eines Halogens. Dieser Körper hat die Structur des Kreatininbipikrats. Es ist Mayerhofer auch gelungen, aus dem Jaffeschen Kreatininmonopikrat durch Kochen mit etwas concentrierter H_2SO_4 das Bipikrat zu erhalten, dagegen gelang es nicht, aus dem Monopikrat durch Kochen mit überschüssiger Pikrinsäure, das saure Salz zu erhalten, erst einige cm^3 concentr. H_2SO_4 liessen das Bipikrat entstehen; bei der Entstehung des sauren Pikrates ist die concentrierte Schwefelsäure beteiligt.

Ueber aseptische Darmanastomosen sprach L. Moszkowitz. M. hat die Methode von Rostowzew für aseptische Operationen an Magen und Darm ausgebildet. Speciell für Seitenanastomosen benützt er eine dreiblättrige Klemme von besonderer Construction, eine Quetschzange und einen Metallstab mit seitlichen Einschnitten als Fadenspanner. Die beiden Darmabschnitte, zwischen denen die Anastomose hergestellt werden soll, werden zunächst durch zwei Reihen sero-muskulöser Darmnähte (am besten fortlaufende Naht) mit einander vereinigt. Hierauf hebt Moszkowitz an jedem der beiden Därme knapp neben der inneren Nahtreihe mit Hilfe von Péanklemmen je eine Falte empor und klemmt sie zwischen je zwei Branchen der dreiblättrigen Klemme ab. Die vorstehenden Wülste der Darmwand, welche die ganze Dicke der Darmwandserosa, Muscularis und Mucosa enthalten müssen, werden nun mit dem Thermokauter abgetragen, wobei auch die Branchen der Zange selbst durch Berührung mit dem Thermokauter erhitzt werden. Die zwischen ihnen eingeklemmten Darmpartien sind dadurch intensiv verkocht, sie werden überdies noch durch eine Quetschzange, die auf die dreiblättrige Zange angelegt wird, stark gequetscht. Damit scheint eine Nachblutung aus den gekochten und gequetschten Wundrändern des Darmes nahezu ausgeschlossen. Nun wird über die Branchen der dreiblättrigen Klemme hinweg eine vordere Nahtreihe, am besten in Form von Matratzennähten, angelegt, die vorläufig nicht geknüpft werden. Um alle Fäden gleichmässig anspannen zu können, liess M. einen einfachen Fadenspanner in folgender Weise herstellen. Ein Metallstab von 4eckigem Querschnitt wurde an 2 entgegengesetzten Flächen mit schrägen Einschnitten versehen. Jedes Fadenpaar wird zweimal um den Stab herum gelegt und dabei in 4 Einschnitten des Metallstabes geklemmt. Während der Assistent mit diesem Fadenspanner alle Fäden hochhält, entfernt der Operateur das Zapfenschloss der dreiblättrigen Klemme und dann vorsichtig ihre Branchen. Da die Fäden alle gespannt bleiben, legen sich die Därme sofort aneinander, die gequetschten Darmwundränder sinken in die Tiefe. Rasch werden alle Fäden geknüpft, womit die erste vordere Nahtreihe fertig ist. Eine zweite sero-muskuläre, fortlaufende Darmnaht vollendet die Operation. Die Anastomose, d. h. die Communication der Darmlumina wird hergestellt, indem ein Finger invaginierend die Verklebung der Darmwundränder löst. In dieser Weise ist die Anastomose zwischen Dünndarmschlingen, aber auch zwischen Dünndarm und Dickdarm herzustellen, wobei M. empfehlen möchte, die eine Darmschlinge rechtwinklig gekreuzt zur anderen und nicht beide parallel zu einander zu legen. Die bei einer Darmnaht, besonders aber bei der aseptischen immer notwendige Einstülpung der Wundränder kann dann nicht leicht eine Verengerung des Darmlumens zur Folge haben.

Ludwig Teleky sprach über die Localisation der Bleilähmung. Edinger hat 1894 die Theorie entwickelt, dass das Entstehen, vor Allem aber die Localisation bestimmter Nervenkrankheiten darauf zurückzuführen ist, dass unter Umständen den Anforderungen, welche die Function stellt, nicht ein entsprechender Ersatz innerhalb der Gewebe gegenüberstehe. Teleky will nun unter Hinweis auf diese Theorie den Nachweis führen, dass bei der Bleilähmung jedesmal diejenigen Muskeln erkranken, die verhältnismässig am meisten angestrengt werden. Der Typus der Bleilähmung ist die Lähmung der langen Hand- und Fingerstrecker bei Freibleiben oder geringerem Ergriffensein des Abductor poll. longus. Betrachten wir die Leistungsfähigkeit der einzelnen Muskelgruppen des Armes, wofür uns das Volumen, resp. das Gewicht ihrer Muskelsubstanz einen gewissen Massstab gibt, und stellen wir dieser Leistungsfähigkeit die Leistungen gegenüber, die bei den verschiedenen Arbeitsverrichtungen von den einzelnen Muskelgruppen verlangt werden, so kommen wir zu dem Schlusse, dass die menschliche obere Extremität für grobe Arbeit gebaut erscheint, so dass jene Muskelgruppen, die bei feinerer manueller Arbeit in beiweitem höherem Masse als bei grober Arbeit in Anspruch genommen werden, entweder sehr stark (lange Fingerstrecker) oder nicht entsprechend stark (Handstrecker) angelegt erscheinen. Die allermeisten Fälle von Bleivergiftung finden wir bei den Anstreichern, Schriftgiessern, Spenglern, die feinere oder zwar schwerere, aber sehr exacte Arbeit (Feilenhauer) zu verrichten haben. Wir können daher den gewöhnlichen Typus der Bleilähmung auffassen als den Typus des functionellen Aufbrauches bei feinerer manueller Arbeit, als den Aufbrauchstypus des Handwerkers. Bemerkenswert ist, dass unter den leichtesten Fällen, den Extensorenparesen, 11 mal die r. Hand, die stärker angestrengte, einmal beide, nur in einem klinisch unklaren Falle die l. Hand erkrankt waren. Unter 14 Fällen bei Anstreichern war die Lähmung der rechts schwerer als links. Die Mitbeteiligung des Daumens an der Lähmung ist entsprechend der relativ geringen Arbeit, die er zu leisten hat, eine geringe. Bei 3 Fällen, bei denen die Schultermuskulatur ergriffen war, liess sich dies durch specielle Anstrengung (Plafondanstrich u. a.) erklären. Bei Feilenhauern steht — ganz entsprechend ihrer starken Inanspruchnahme — die Lähmung der Daumenmuskulatur im Vordergrunde der Krankheitsbilder; ebenso zeigen die Poliererinnen einer Flaschenkapselfabrik Lähmung der kleinen Daumenmuskeln. In einer Anzahl von Bleilähmungsfällen bei verschiedenen Berufen lässt sich der Zusammenhang zwischen besonders starkem Ergriffensein einzelner Finger und der Berufstätigkeit nachweisen. Bei den Töpfern, die u. a. häufig schwere Arbeit zu verrichten und Lasten zu tragen haben, ist die Mitbeteiligung der Schultermuskulatur und der Beinmuskulatur auffallend. Ebenso zeigen Kinder, welche die unteren Extremitäten viel stärker anstrengen als die oberen, stets ein besonders starkes Ergiffensein der unteren Extremitäten. Eine einzige Tatsache stimmt mit der Functionstheorie nicht ganz überein: die Lähmungen an der l.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hand der Anstreicher. Vielleicht kann man diese als eine Art symmetrischen Miterkrankens auffassen? Wenn man überhaupt eine elective Wirkung des Bleies auf bestimmte Muskelgruppen annehmen will, dann kann die Kraft dieser Selection nur sehr gering sein und wird bei weitem übertroffen durch den Einfluss der Function, die stets dazu führt, dass allein oder am stärksten jene Nerven erkranken, deren Muskeln am meisten angestrengt werden. Strümpell weist in der Discussion darauf hin, dass bei der Ursache der Feilhauerlähmung auch die directe Druckwirkung des schweren Hammers auf die Nerven der Daumenballenmuskulatur in Frage kommt. Darauf erwidert Teleky, dass für die Bleiwirkung erstens die Miterkrankung des l. Daumenballens und zweitens der Umstand spricht, dass gleichzeitig eine Extensorenparese auftritt. Uebrigens ist die Feilenhauerlähmung im Verschwinden begriffen, da einerseits die Verwendung von Blei zu Unterlagen erheblich abnimmt, andererseits der Handbetrieb immer mehr durch Maschinenbetrieb ersetzt wird.

Masburg berichtet für Yoshimura über die Untersuchungen der Secretion des Plexus chorioideus. Schon bei Uebersichtsfärbungen treten am menschlichen Plexus deutliche Vacuolen auf, die zum Teil sogar die Zellwand durchbrechen und an die Oberfläche treten. Ferner lassen sich in diesen Vacuolen lipoide und lecithoide Substanzen nachweisen, desgleichen auch mit der Bestschen Methode Glykogen. Auffallend war der Befund feinster Körperchen, die gleich den Wänden der Vacuolen die Weigertsche Fibrinfärbung annahmen, also albuminoiden Substanzen nahestehen. Alles dies spricht dafür, dass complicierte Vorgänge in der Plexuszelle sich abspielen, die wohl eine Secretion derselben wahrscheinlich machen.

Walter Zweig sprach in seiner Probevorlesung zur Erreichung der Venia legendi über Kardiospasmus: Wir verstehen unter Kardiospasmus jenen Zustand, bei welchem sich der Oesophagus bei seinem Eintritt in den Magen in krampfhafter Contractionsstellung befindet, welche den prompten Abfluss von Speisen und Flüssigkeiten aus der Speiseröhre in den Magen verhindert. Der Kardiospasmus setzt meist plötzlich während der Nahrungsaufnahme ein, kann rasch vorübergehn oder lange Zeiträume (Monate, Jahre) hindurch fortbestehen und zeichnet sich durch eine gewisse Intermittenz der Erscheinungen aus, bei welcher alle Symptome oft plötzlich verschwinden. Das auffälligste Symptom des Kardiospasmus ist die kardiale Dysphagie. Die Kranken klagen über einen während des Essens auftretenden Druck im Thorax oder krampfartige oder schiessende Schmerzen, welche meist in den Rücken hin ausstrahlen. Gleichzeitig fühlen die Patienten, dass die Bissen in der Speiseröhre stecken bleiben und erst nach einiger Zeit infolge gewisser Manöver (Husten, forcierte Exspiration, Drehbewegungen des Oberkörpers) in den Magen gelangen. Oft gelingt es jedoch nicht, die Speisen in den Magen zu befördern, sie werden wieder hoch gewürgt, wobei es zu Atemnot, Beklemmung, selbst Ohnmacht kommen kann. Die Therapie des Kardiospasmus hat vor Allem die Indicatio causalis zu erfüllen, und deshalb spielt bei rein nervösen Formen die psychische Beinflussung eine grosse Rolle. Man tut gut, die geängstigten Kranken zu beruhigen ihnen die Angst vor der Nahrungsaufnahme auszureden, und sie methodische Schluckübungen vornehmen zu lassen. Der häufig vermehrte Schluckact stellt ein Mittel dar, um Hemmungsimpulse zu der spastisch contrahierten Kardia zu schicken und auf diese Weise eine Erschlaffung der Kardia zu bewirken. Man lässt deshalb methodisch vor jeder Mahlzeit den Pat. vorerst leer schlucken und dann erst Nahrungsmittel zu sich nehmen. Ablenkung während des Essens durch Gespräch, Wechsel der gewohnten Umgebung, eventuell Verlegung der gewöhnlichen Speisestunden führen manchmal zum Ziel. Die Diät spielt bei der Behandlung eine grosse Rolle. Vor allem sind alle sehr heissen und sehr kalten Getränke zu vermeiden. Sie benötigen nach Miculicz einen viel grösseren Druck, um in den Magen zu gelangen. Ebenso sind sehr saure und gewürzte Speisen zu vermeiden. In manchen Fällen werden besser feste Speisen vertragen, in anderen gelangen Flüssigkeiten leichter in den Magen. Ausgezeichnete Erfolge sah Z. von einer Oelcur. Man lässt den Pat. knapp vor jeder Mahlzeit ein bis zwei Esslöffel reines Olivenöl schlucken, und sieht dann, dass die nachfolgenden Schluckacte ohne Eintritt eines Spasmus vor sich gehen. Statt des manchmal Widerwillen erregenden Oeles kann man eine Mayonnaise aus Oel und Eigelb bereiten lassen. Die Speisen selbst müssen breiig, weich und mit viel Butter, resp. Sahne hergestellt werden, um sowohl die Schluckfähigkeit als auch den Nährwert zu erhöhen. Die acuten Fälle von Kardiospasmus kann man medicamentös beeinflussen. Man gibt innerlich Brom als Sedativum, sowie Einpinselungen des Oesophagus mit 3%-ger Eukainlösung. Auch eine Emulsio amygdalina mit einem Zusatz von Anaesthesin tut manchmal gute Wirkung. Meist bleiben aber Medicamente völlig ohne Einfluss auf den Kardiospasmus, besonders wenn es sich um chronische Fälle handelt. Mit Rücksicht auf die spastische Natur der Vagusneurose empfiehlt es sich, in jedem Falle von Kardiospasmus einen Versuch mit Belladonna zu machen Man gibt entweder die Tinct. Bell. innerlich oder man wendet Suppositorien von Atropin an. In manchen, bes. leichten Fällen ist das Resultat ganz befriedigend. In anderen chronischen, meist mit Oesophagitis und Oesophagusdilatation verbundenen Fällen kann nur eine active, mechanische Therapie Nutzen bringen. Vor allem muss man durch lange Zeit fortgesetzte Spülungen des Oesophagus die angehäuften Schleim- und Speisemengen herauszubefördern trachten. Hierbei soll die Menge des auf einmal verwendeten Spülwassers nie mehr als höchstens 250 cm.³ betragen, um eine Ueberdehnung des erkrankten Organes zu verhindern. Dann schreitet man zur Dilatation der Kardia. Dazu sind verschiedene Instrumente construiert worden. Auch Zweig hat ein solches construiert. Es besteht aus einer dünnen harten Magensonde, an deren unterem Ende ein Condom montiert ist, während das vordere Ende mit einem Gummiballon versehen ist. Nach Einführung der Magensonde in den Magen wird der Gummiballon comprimiert, hierdurch bläht sich das Condom auf und nun wird die Magensonde vorsichtig durch die Kardia in den Oesophagus hineingezogen. Hierbei dehnt man die Kardia mächtig aus und muss nun mit grosser Vorsicht zu Werke gehen, da es sonst leicht geschehen kann, dass eine Invagination der Kardia in die Speiseröhre stattfindet. Allerdings muss die Behandlung von Zeit zu Zeit wiederholt werden, da eine bleibende Heilung noch nicht beobachtet worden ist. Diese schlechte Prognose hat Martin und von Mikulicz veranlasst, den Kardiospasmus operativ anzugehen. Martin machte eine Gastrotomie nach Witzel und versuchte die retrograde Sondierung der Kardia von der Fistel aus. Mikulicz war noch radicaler und führte von der Gastrotomiewunde aus unter Leitung der Finger eine Zange in die Kardia ein, spreitzte die Branchen der Zange gewaltsam und dehnte die Kardia ad maximum. Dieses Verfahren, welches Mikulicz dem Recamierschen Verfahren der maximalen Sphincterdehnung bei Analfissuren nachbildete, ist nicht ohne Gefahren, da ein Einreissen der Kardiaschleimhaut von unheilvollen Folgen begleitet sein kann. Immerhin ist das Verfahren bisher in zwölf Fällen mit gutem Erfolge ausgeübt worden.

Im «österr. Sanitätswesen» berichtet D. Battara über die staatliche Malariatilgungsaction in Dalmatien in den Jahren 1907 und 1908. Im Jahre 1906 wurde die Malariatilgungsaction in 173 Ortschaften durchgeführt. Im Jahre 1907 wurden 39 zu 11 Gemeinden gehörige Ortschaften mit 22354 Einwohnern neu in die Action einbezogen, so dass im Ganzen in 212 Ortschaften mit zusammen 89300 Einwohnern die Malariabekämpfung im Gange war. Das ganze Gebiet war in 23 Malariadistricte eingeteilt und jeder derselben einem Endemiearzte unterstellt. Den Endemieärzten (8 K. K. Amtsärzte, 12 Gemeinde- und 3 Privatärzte, von welchen 2 exponiert waren), standen 359 Gehilfen zur Seite. Die Action begann in der 2. Hälfte des Monats Mai und wurde Ende October abgeschlossen. Die Durchführungsmethode war dieselbe, wie im Vorjahre, 15-tägige Intensivcur der chronischen Fälle mit Chinin-Eisen-Arsen, der frischen Fälle mit reinem Chinin; keine Nachbehandlung, keine Prophylaxe. Letztere wird nur bei Verdacht auf Malaria, (Recidive oder frische Fälle) angewendet. Bei zweifellosen Recidiven gelangt die Intensivcur zur Wiederholung. Zur Behandlung werden nur die staatlichen Chininpräparate verwendet. Unter den 89300 Einwohnern des in die Action einbezogenen Malariagebietes wurden 32009 chronische und 6417 frische, also 43 % der Bevölkerung zusammen erkrankt gefunden. Von diesen Kranken wiesen 17624 einen bis zum Rippenbogen reichenden Milztumor auf, bei 10299 Kranken überragte derselbe den Rippenbogen um 1—5 cm., bei 3595 um 5—10 cm. und bei 1158 um mehr als 10 cm.; bei 5750 Kranken war eine Vergrösserung der Milz nicht zu constatieren. Bei 7635 Kranken d. i. 19,8 % aller Behandelten wurden Recidive beobachtet und die Intensivcur wiederholt. Einer zweiten Intensivcur wurden ausserdem noch 9679 Kranke unterzogen, bei denen, ohne dass weitere Fieberanfälle aufgetreten wären, nach der ersten Intensivcur noch ein beträchtlicher Milztumor zurückgeblieben war. Die Gesamtmenge des verbrauchten Chinins belief sich auf über 630 kg. Auf den Kopf entfielen 19,6 g. Die Malaria trat im Jahre 1907 zumeist in milder Form auf, und die Erkrankungen nahmen unter der eingeleiteten Behandlung vielfach einen kurzen Verlauf. Weder Perniciosaerkrankungen noch Todesfälle an Malaria kamen vor. Auch der zeitliche Ablauf der Epidemie war diesmal abweichend von dem bisher beobachteten Typus. Während in Dalmatien die Malaria für gewöhnlich Ende Juli, Anfang August auszubrechen und in der ersten Hälfte des September den Höhepunct zu erreichen pflegt, ist sie im Berichtsjahre ohne erkennbare Ursache erst im September ausgebrochen. Die Anophelen sollen im Allgemeinen nicht sehr zahlreich gewesen sein. Bemerkenswert ist, dass in den früher stark malariaverseuchten Ortschaften Kozino und Boccagnazzo, wo die Krankheit durch die bisherigen Actionen bis auf vereinzelte leichte Fälle in den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahren 1905 und 1906 erloschen war, plötzlich im Sept. 1907 zahlreiche Malariaerkrankungen auftraten; dieselbe Erscheinung beobachtete man in Diklo. Bezüglich des Erfolges der Action wäre besonders auf 2 Momente hinzuweisen, nämlich auf die Abnahme der schweren Malariakachexien und den Rückgang der allgemeinen Mortalität. Die Anzahl der schweren Kachektiker (Milztumor über 10 cm. unter dem Rippenbogen) ist von 1582 unter 28836 Kranken im Jahre 1906 auf 954 unter 29420 Kranken desselben Gebietes im Jahre 1907 gesunken; d. i. von 5,4 % auf 3,2 %. Die Mortalitätsverhältnisse werden durch nachstehende Ziffern illustriert:

im Jahre	1902,	1903,	1904,	1905,	1906,	1907.
Mortalität in dem der Malariaaction unterzogenem Gebiete .	3103	3014	2853	2715	2082	2172
Mortalität in ganz Dalmatien	15178	14816	16124	16010	13596	14036.

Die Kosten der Tilgungsaction beliefen sich im Jahre 1907 auf 149913 K. Hiervon entfielen auf Medicamente 63953 K., auf Aerzte 38627 K., Gehilfen 41199 K., Ueberwachung 4607 K., sonstige Ausgaben 1525 K.

Im Verein der Hospitalärzte in Ofen-Pest berichtete F. E. Körmöczi über die Malaria im Vorfrühling. Die zeitliche Verteilung der Malaria zeigt eine eigentümliche Symmetrie, die, am besten an zwei Curven demonstriert, sichtbar wird. Die eine ist die vom Frühlinge, die andere von der am Sommerende oder Herbstanfange auftretenden Malaria. Letztere ist mit der Malaria-Moskitolehre sehr gut vereinbart; die Erklärung der ersteren ist viel schwieriger, da Ende März die neue Generation der Anopheles noch nicht da ist und es überhaupt wenig Anopheles gibt. K. demonstrierte schon im Vorjahre solche Fälle, bei denen es sich herausstellte, dass es sich entweder um Recidive oder um Ausbrüche vorjähriger Malaria handelte. Auch heuer beobachtete K. solche Fälle, der eine war ein Recidiv, die beiden anderen waren seit dem vorigen Herbst in keiner Malariagegend. K. empfiehlt die vitale Färbung der Plasmodien mit Brillantinkresylviolett, mit dem man auch die jungen, pigmentlosen Mesozoeten gut sichtbar machen kann.

Das 1. Heft des 82. Bandes «der österreichischen Statistik» enthält die von Juraschek und Fiscia bearbeitete Statistik des österreichischen Sanitätswesens im Jahre 1905. Die Zahl der Krankenhäuser betrug 731 (714 im Vorjahre), die Zahl der Betten 52873 (51526), die Zahl der Kranken 613125 (591066); man zählte 254 öffentliche und 477 Privatkrankenanstalten. Es entfiel ein Krankenbett auf 112 Einwohner in Triest, auf 264 in Wien, auf 553 in Niederösterreich (ohne Wien), auf 1208 in Galizien. Die wichtigsten in Spitälern behandelten Krankheitsformen waren: Verletzungen 46166, Krankheiten des Auges 37125, venerische und syphilitische Krankheiten 34740, Tuberculose 31845, Bronchialkatarrh 27046, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane 25223, Rheumatismus 22868, Catarrh. ventric. 14142, Herzkrankheiten 13948, Knochenkrankheiten 12981, Carcinoma 12860, Scabies 12634, Pneumonie 11512, Ulcera 9763. Es kamen im Berichtsjahre 64 Fälle von Variola vor, von denen 3 gestorben sind; ferner ein letaler Fall von Cholera asiatica. An Tuberculose starben überhaupt: in Galizien 29016 (respective in den Krankenanstalten 1060), in Böhmen 24393 (2928), in Niederösterreich 11534 (3363), in Mähren 10723 (982), in Steiermark 3881 (592), in Schlesien 3454 (316), in Oberösterreich 2372 (305), in Tirol 2282 (204), in der Bukowina 1387 (106), in Dalmatien 1654 (122), in Istrien 1288 (88), in Kärnten 982 (17), in Görz und Gradiska 946 (67), in Salzburg 536 (106), in Vorarlberg 468 (12). Nur 11,14 pCt. aller Tuberculosetodesfälle entfielen auf Krankenanstalten. In 32 öffentlichen und) privaten Irrenanstalten mit 29862 (28679) Kranken waren 646 Fälle von erworbenem Blödsinn, 2712 Fälle von primärer Verrücktheit, 2286 Fälle von paralytischer Geistesstörung, 748 von Alcoholismus, 1524 von epileptischer Geistesstörung, 180 von erworbenem Schwachsinn, 922 von Verwirrtheit, 30 von angeborenem Blödsinn beobachtet. 17773 Fälle waren in Privatpflege. Von je 100 Irrsinnigen befanden sich 51,6 in Irrenanstalten, 10,8 in Versorgungsanstalten und 38 in Privatpflege. In 18 Gebäranstalten mit 1971 Betten wurden 4682 Mütter und 20963 Kinder verpflegt, in 8 Findelanstalten waren 731 Kinder und 556 Ammenbetten. Im Ganzen wurden 1098 Kinder gezählt. Davon starben in den Anstalten 520, ausserhalb der Anstalten 4107. 26552 Findlinge wurden bei Pflegeparteien untergebracht. In 22 Taubstummeninstituten waren 1905 1938 Personen verpflegt (in Privatpflege 27567), in 15 Blindeninstituten 1159 (in Privatpflege 12893). Die Zahl der Erstimpfungen 767451 hat gegenüber dem Vorjahre um 5193 oder 4,5 pCt. abgenommen. Man zählte im Berichtsjahre 263 Curorte in 249 Ortsgemeinden, die Zahl der Curgäste betrug 427338 (410379 im Vorjahre); davon zählte Karlsbad 59736, Baden 29349, Marienbad 27871, Ischl 26168, Abbazia 24459, Meran 17421, Gmunden 14950, Aussee 11890, Franzensbad 11173, Zakopane 10523, Wildbad Gastein 9043, Krynica 7405, St. Wolfgang 6247, Teplitz-Schönau 5658, Hall 5009, Grado 4987, Vöslau 4981, Riva 4767, Iwonicz 4568, Gleichenberg 4557, Johannisbad 4514, Hallstatt 4048, Ronitsch 3902 Gäste. Im Jahre 1905 gab es 6920 (im Vorjahre 6701) angestellte und 4117 (4232) nicht angestellte Doctoren der gesamten Heilkunde, 449 (492) angestellte und 218 (227) nicht angestellte Wundärzte. Es entfielen auf Doctoren der gesamten Heilkunde

				absolut	in %
Angestellte	Vom Staate. .	zur Sanitätsverwaltung . . .		534	7,7
		als Heilärzte	in Spitälern.	451	6,8
			ausserhalb d. Spitäler. .	120	1,7
		im medic. Lehrfache		601	8,7
	Von den Gemeinden, Bezirken u. vom Lande	zur Sanitätsverwaltung. . . .		311	4,5
		als Heilärzte	in Spitälern.	782	11,3
			ausserhalb d. Spitäler. .	65	0,9
		zur Sanitätsverwalt. und als Heilärzte gleichzeitig		2725	39,4
	Von Körperschaften oder Privaten . . . . : . .			1331	19,3
				6920	100,0

Es entfiel 1 Arzt auf Einwohner (in Hunderten) in Wien 6, in Linz 8, in der Stadt Salzburg 7, in Graz 5, in Klagenfurt 6, in Laibach 8, in der Stadt Triest 11, in der Stadt Görz 10, in Rovigno 15, in Innsbruck 4, in Bludenz 22, in Prag 3, in Brünn 6, in Troppau 6, in Lemberg 9, in Czernowitz 11, in Zara 39. Nach Kronländern berechnet entfiel ein Arzt auf 5311 Einwohner in der Bukowina, 5183 in Galizien, 4897 in Krain, 4302 in Dalmatien, 3939 in Görz, 3051 in Schlesien, 2845 in Istrien, 2690 in Kärnten, 2661 in Mähren, 2154 in Böhmen, 2089 in Steiermark, 2022 in Oberösterreich, 1938 in Vorarlberg, 1622 in Salzburg, 1623 in Tirol, 1138 in Triest, 996 in Niederösterreich.

In letzter Zeit ist in mehreren Ländern eine Neuregelung des Sanitätswesens in den Gemeinden erfolgt. So hat der vom Landtage Steiermarks beschlossene Gesetzentwurf und der vom Landtage Galiziens die Sanction erhalten. Weiterhin ist in Schlesien eine Reform in Fluss gekommen.

Aus Anlass eines bei einer ambulatorisch vorgenommenen Allgemeinnarcose vorgefallenen Todesfalles hat die Statthalterei folgende Vorschrift erlassen: 1. Die Narcosen dürfen nur von Aerzten, die in der Technik derselben erfahren sind, oder unter ihrer Anleitung, persönlichen Aufsicht und Verantwortung unternommen werden. In Spitälern, in welchen nur ein Arzt den Dienst versieht, ist zur Narcose womöglich noch ein zweiter Arzt zuzuziehen. Es bleibt den Ambulatoriumsleitern überlassen, zu bestimmen, ob und welche Narcose einzuleiten ist, zum Narcotisieren dürfen nur chemisch reine Präparate verwendet werden. Die Ambulanzräume, in welchen Narcosen vorgenommen werden, sollen möglichst licht und gut lüftbar sein. Es ist Vorsorge zu treffen, dass neben den Ambulanzräumen auch Erwachräume für Narcotisierte zur Verfügung stehen. Nach der Narcose muss der Operierte solange zurückgehalten werden, bis die Gefahr einer nachträglichen Complication geschwunden ist. Der Patient darf nur mit Begleitpersonen entlassen werden.

Dr. L. Sofer.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 12. August wurde von der Stadtverwaltung die erste städtische Apotheke eröffnet, aus der die Armen Arzeneien mit einer Preisermässigung von 25—50 pCt. erhalten werden.

— Wie die «Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta» (Nr. 32) berichtet, war in diesem Jahr der Curort am See Schira (Sibirien, Gouv. Jenissei) besonders gut besucht. Da erschien mitten in der Saison die Polizei und wies auf Befehl des Gouverneurs alle Juden aus, deren Zahl unter den Curgästen recht gross war. Die Curgäste und Aerzte haben sich an den Gouverneur und an das Ministerium der Reichsdomänen mit dem Gesuch gewandt, den Juden das Verbleiben im Curort bis zum Schluss der Saison zu gestatten.

— In Rotterdam ist plötzlich die Cholera ausgebrochen, wahrscheinlich durch ein Schiff eingeschleppt. Nach den letzten officiellen Daten befanden sich am 19. August (1. Sept.) in den Cholerabaracken 18 Kranke und 81 Personen standen unter Beobachtung.

— In Amsterdam erkrankte am 22. Aug. (4. Sept.) der Kapitän des aus Archangelsk eingetroffenen norwegischen Dampfers «Hekla» an der Cholera und starb bald nach seiner

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Einlieferung im Hospital. Der Dampfer wurde isoliert und desinficiert, alle Personen, die sich auf dem Dampfer befanden, sowie die zum Löschen der Ladung angestellten Arbeiter wurden unter ärztliche Beobachtung gestellt.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 16. bis zum 22. Aug.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	172 (72)	4492 (1733)	16. Mai
Kronstadt	2 (—)	100 (46)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	75 (35)	879 (429)	27. Mai
» Archangelsk	9 (2)	677 (344)	13. Juni
Gouv. Wologda	2 (4)	518 (303)	19. »
» Olonez	1 (1)	25 (17)	8. »
» Wjatka	— (—)	6 (3)	1. Juli
» Ufa	— (—)	1 (—)	10. »
» Perm	1 (—)	18 (7)	18. »
» Estland	6 (2)	16 (9)	5. »
» Kurland	6 (1)	232 (113)	1. »
» Livland	41 (17)	210 (103)	16. »
» Wilna	27 (7)	130 (48)	29. Juni
» Witebsk	222 (80)	2289 (833)	16. »
» Smolensk	— (—)	15 (6)	3. Juli
» Kowno	8 (—)	9 (—)	9. Aug.
» Mogilew	— (—)	40 (19)	26. Juli
» Twer	10 (3)	159 (74)	29. Juni
» Jaroslaw	38 (19)	294 (151)	24. »
» Kostroma	16 (10)	29 (17)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	10 (3)	22 (9)	30. »
Stadt Ssamara	3 (2)	9 (5)	4. Aug.
Gouv. Ssaratow	— (—)	5 (5)	4. »
» Ssimbirsk	— (—)	2 (—)	27. Juni
» Moskau	— (—)	7 (2)	25. »
» Nowgorod	20 (6)	399 (206)	7. »
» Pskow	18 (7)	265 (110)	28. »
» Rjasan	— (—)	39 (25)	10. »
Stadt Tula	— (—)	1 (1)	19. Juli
Gouv. Wladimir	— (—)	6 (5)	25. April
» Charkow	— (—)	17 (10)	5. Juli
» Poltawa	10 (6)	71 (35)	28. »
» Cherson	— (—)	3 (3)	29. »
Stadt Tomsk	— (1)	1 (1)	12. Aug.
Finnland	— (—)	8 (4)	6. Juni
	697 (278)	10994 (4676)	

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 19. Aug.	des 20. Aug.	19	9	16	296
» 20. »	» 21. »	26	11	25	286
» 21. »	» 22. »	21	9	14	284
» 22. »	» 23. »	28	9	14	289
» 23. »	» 24. »	23	7	21	284
» 24. »	» 25. »	28	1	13	298
» 25. »	» 26. »	15	4	17	292
» 26. »	» 27. »	23	9	20	286

Seit dem Beginn der Epidemie sind 14982 Personen erkrankt, 5789 gestorben und 8907 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 2. bis zum 8. Aug. 1909 528 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 32, Typhus exanthem. 6, Febris recurrens 9, Pocken 12, Windpocken 3, Masern 70, Scharlach 46, Diphtherie 67, Cholera 151, acut. Magen-Darmkatarrh 95, an anderen Infectionskrankheiten 37.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 10660. Darunter Typhus abdominalis 242, Typhus exanth. 17, Febris recurrens 42, Scharlach 187, Masern 63, Diphtherie 194, Pocken 88, Windpocken 0, Milzbrand 0, Cholera 353, crupöse Pneumonie 91, Tuberculose 336, Influenza 145, Erysipel 105, Keuchhusten 8, Hautkrankheiten 43, Lepra 0, Syphilis 465, venerische Krankheiten 338, acute Erkrankungen 1741, chronische Krankheiten 1357, chirurgische Krankheiten 1284, Geisteskrankheiten 3221, gynäkologische Krankheiten 223, Krankheiten des Wochenbetts 99, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 36.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 711 + 32 Totgeborene + 37 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 6, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 2, Pocken 6, Masern 35, Scharlach 8, Diphtherie 13, Keuchhusten 6, crupöse Pneumonie 15, katarrhalische Pneumonie 55, Erysipelas 2, Influenza 4, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 2, Cholera 86, Magen-Darmkatarrh 50, andere Magen- und Darmerkrankungen 54, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 34, Marasmus senilis 22, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 202.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten in der Woche vom 11. bis zum 17. Juli 800 Personen und starben 613. — In Japan wurden vom 25. bis zum 28. Juli 6 Pestfälle in Kobe und 1 in Osaka constatiert. — In Aegypten erkrankten vom 7. bis zum 13. August 9 Personen und starben 3. — In Zanzibar wurden am 8., 11., 13. und 23. Juli pestverdächtige Erkrankungen beobachtet. Bei der Section wurde in einem Falle die Diagnose Pest bestätigt. In Rio de Janeiro fanden im Laufe dieses Sommers 5 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Pest statt.

— Der Redaction ist eine Zuschrift von einer Dame (Frau Marie Dostojewskaja unterzeichnet) in russischer Sprache zugegangen, in welcher die Schreiberin sich darüber beklagt, dass es in der Umgegend von St. Petersburg keine Sanatorien und Reconvalescentenheime gibt, und die Aerzte dazu auffordert eine derartige Anstalt «und sei es auch zwecks Erwerbung eines grossen Einkommens», zu gründen. Wenn man auch der Schreiberin insofern recht geben muss, dass die paar Sanatorien und Heime in der Umgegend von St. Petersburg allerdings den Bedürfnissen der Residenzbevölkerung nicht entsprechen, so ist die Sache mit der Gründung derartiger Institute nicht so einfach, und auch ein «kapitalkräftiger» Arzt würde sich wohl nicht so ohne Weiteres zu einer solchen Gründung entschliessen. Abgesehen von den meist ungünstigen klimatischen Verhältnissen in der Umgegend der Residenz, ist auch mit den recht beträchtlichen Kosten, die die Einrichtung eines Sanatoriums fordert, zu rechnen, und noch mehr mit der Laune unseres Publicums, das durchaus nicht immer bereit sein dürfte, für den Aufenthalt in einem einheimischen Sanatorium den Preis zu zahlen, den es gern in den ausländischen zahlt, wo noch die Reisekosten hinzukommen.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. P. Smirnow, Eisenbahnarzt in Jelez, geb. 1864, Arzt seit 1889; er vergiftete sich mit Strychnin. 2) In Ardatow (Gouv. Ssimbirsk) der Landschaftsarzt D. Bechterew an Typhus abd. 3) Im Dorfe Spasskoje (Küstengebiet des Stillen Oceans) der Brigadearzt, Dr. N. Weinbaum. 4) Dr. Santi Serena, Professor der Pathologischen Anatomie an der med. Facultät zu Palermo. 5) Dr. A. Curci, Professor der Pharmakologie an der Universität zu Catania. 6) Dr. H. Lossen, Professor der Chirurgie an der Universität zu Heidelberg. 7) Dr. E. B. Fullerton, Professor der Therapie und Materia medica am Starling Ohio Medical College of Columbus.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.

E. Meuschen (Gast): Ein Fall von seltener Nierendystopie.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Sept. 1909.

Tagesordnung: Dr. L. v. Lingen: Ueber die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu einigen Organen.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 36 St. Petersburg, den 5. (18. Sept.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die Anwendung des Mercuriolöls zur Syphilisbehandlung.

Von

Dr. J. Lichtmann
in Köln.

Wir wissen, dass die Einverleibung von Quecksilber in der einen oder anderen Form einen energischen Einfluss auf die durch die Syphilis verursachten pathologischen Veränderungen im menschlichen Körper ausübt; die näheren Einzelheiten bei dieser Einwirkung kennen wir jedoch nicht. Vielfache Hg-Untersuchungen bei verschiedenen Behandlungsformen haben, wie Welander schon angegeben hat, unsere Ueberzeugung immer mehr befestigt, dass die Ursache des günstigen Einflusses des Hg auf die syphilitischen Veränderungen im Körper höchst wahrscheinlich darauf beruht, dass das vom Körper absorbierte Hg durch das Blut in alle Teile des Körpers geführt wird, überall eindringt und dadurch Gelegenheit erhält, seine vernichtende Wirkung auf die Syphilisspirochäten auszuüben und die durch sie verursachten Veränderungen zum Verschwinden zu bringen.

Bei der Behandlung der Syphilis werden wesentlich 2 Ziele verfolgt: erstens die Beseitigung der zur Zeit vorhandenen Symptome, zweitens die definitive Vernichtung des Virus und damit die Aufhebung der Infectiosität, die Verhinderung weiterer Recidive und der Vererbbarkeit. Beide Ziele müssen wir gemeinsam erstreben, dabei aber immer daran denken, dass das zweite das viel wichtigere aber auch das viel schwerer erreichbare ist. Damit nun das resorbierte Hg eine eigentliche Wirkung auf die Syphilisspirochäten ausüben könnte, ist es erforderlich, dass keine allzu geringe Quantität resorbiert werde und in die Blutbahn gelange. Eine je grössere Hg-Quantität das Blut enthält, um so sicherer ist die Wirkung auf die durch die Syphilis verursachten pathologisch-anatomischen Veränderungen. In Uebereinstimmung hiermit sehen wir auch im Anfange einer Hg-Behandlung, wo erst eine unbedeutende Hg-Menge resorbiert werden konnte, dass nicht allein die vorher vorhandenen Symptome weiter bestehen, sondern zuweilen neue auftreten. Später, wenn die Behandlung einige Zeit gedauert hat, wenn der Hg-Gehalt im Körper ein recht bedeutender geworden ist, sehen wir in der Regel, wie die syphilitischen Symptome rascher verschwinden und keine neuen Symptome sich zeigen. So lange nun die Hg-Menge im Körper hinreichend bedeutend ist, treten auch keine Recidive auf, aber kürzere oder längere Zeit nach Schluss der Behandlung, wo ein grosser Teil des resorbierten Hg ausgeschieden ist, und die Hg-Menge im Körper eine verhältnismässig geringe geworden ist, kann dies die Syphilisspirochäten nicht verhindern, sich zu entwickeln und neue pathologische Veränderungen zu verursachen, — es treten Recidive auf. Hg-Untersuchungen haben erwiesen, dass es eine so gut wie constante Regel ist, dass die syphilitischen Symptome um so früher verschwinden, je schneller und kräftiger Hg bei einer Behandlungsmethode resorbiert wird, und dass umso eher Symptome auftreten, je schneller das Hg ausgeschieden wird. Daraus folgt, dass eine Hg-Behandlung mit sehr schneller und energischer Resorption einerseits ein ausserordentlich gutes, andererseits aber nur vorübergehendes therapeutisches Resultat ergeben muss. Es ist zweifellos, dass die verschiedenen Anwendungsarten des Hg nicht gleichwertig sein können. So wirken die einen rasch und energisch, aber nur kurze Zeit, die anderen langsamer aber nachhaltiger, die einen können schwerere, die anderen mildere Vergiftungserscheinungen hervorrufen.

Von grösster Bedeutung für die Beurteilung der Behandlung der Syphilis mittelst Hg ist die Kenntnis der mehr oder weniger schnellen Resorption dieses Mittels, seiner mehr oder weniger langen Remanenz im Körper je nach den verschiedenen Präparaten und je nach den verschiedenen Methoden, nach denen es einverleibt wird. Bürgi [1]) hat gefunden, dass die unlöslichen Hg-Präpa-

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

rate, besonders Hg salicylicum, nach ihrer Injection sehr schnell resobiert, aber auch schnell ausgeschieden werden. Auf welche Weise und in welcher Form das Hg auch in den Organismus gelangt sein mag, so wird es in grösserer oder geringerer Menge, mehr oder weniger schnell resorbiert und wirkt auf die im Körper befindlichen Spirochäten schädlich ein, wodurch die syphilitischen Symptome zum Verschwinden gebracht werden. Nach Beendigung der Hg-Cur wird täglich durch Urin, Fäces u. a. Hg ausgeschieden, der Hg-Gehalt vermindert sich immer mehr. Hierdurch entsteht für das Syphilisvirus die Möglichkeit, sich zu vermehren, wodurch neue Symptome sich entwickeln können.

Um dies zu verhindern, dürfen wir den Hg-Gehalt im Organismus sich nicht allzu stark vermindern lassen, wir müssen den Körper lange Zeit hindurch unter einer ziemlich bedeutenden Hg-Einwirkung halten, wodurch der Boden für die kräftige Entwickelung des Syphilisvirus ungeeignet gemacht wird. Die Lebenskraft des Syphilisvirus wird somit von Generation auf Generation vermindert, und man hat die Aussicht, dasselbe allmählich vollständig ersticken und unschädlich machen zu können [2]). Um die infectiösen, für die Umgebung des Patienten so gefährlichen Symptome zum Verschwinden zu bringen, müssen wir ein Hg-Präparat anwenden, dessen Hg sehr schnell resorbiert wird, um zu ermöglichen, dass das Hg so schnell wie möglich seine schädliche Einwirkung auf das Syphilisvirus ausüben könne, wodurch die Symptome verschwinden und die Gefahr der Uebertragung aufgehoben wird.

Um das Auftreten neuer sypilitischer Symptome und Recidive eine Zeit lang verhindern zu können, brauchen wir kein Mittel, durch welches das Hg schnell resorbiert wird, was natürlich mit der schnellen Ausscheidung zusammenhängt. Solche Mittel sind nicht geeignet, den Körper eine lange Zeit vor Rückfällen zu schützen. Hier brauchen wir ein Hg-Mittel, das langsamer resorbiert wird, aber dagegen länger im Organismus zurückbleibt und imstande ist, die Entwickelung und das Zunehmen des Syphilisvirus zu verhindern und zu ersticken. Somit ist es klar, dass ein Hg-Präparat, das sich in der ersteren Beziehung eignet, in der letzteren weniger geeignet sein kann und umgekehrt. Die Frage, ob ein Hg-Mittel in der einen oder anderen Beziehung geeignet ist, ist durch die genauen Uetersuchungen über Resorption und Ausscheidung des Hg bei seiner Anwendung durch Welanders entschieden. Die Untersuchungen Bürgis und Welanders haben gezeigt, dass bei der Injection von Hg salicylicum das Hg ausserordentlich schnell resorbiert wird, aber auch sehr schnell ausgeschieden. Die syphilitischen Symptome werden schnell zum Verschwinden gebracht; die Wirkung ist aber nicht nachhaltig, und sehr bald nach der Cur treten wieder Recidive auf. Die Wirkung des Hg hängt nicht allein davon ab, in welcher Quantität das Hg resorbiert wird, sondern vielmehr davon, in welcher Form es in den Organismus gelangt. Die verschiedenen Hg-Präparate sind keineswegs als gleichwertig zu betrachten, selbst dann nicht, wenn wir durch jedes dem Körper die gleiche Quantität Hg zuführen können. Man kann daher nicht sagen, dass ein Hg-Präparat desto energischer wirkt, je mehr Hg es enthält und in den Organismus gelangen lässt, sondern das Hg-Präparat wirkt desto energischer, je weniger Hg bei seiner Verwendung nötig ist, um die klinischen Symptome zum Schwinden zu bringen.

Hinsichtlich der zweckmässigsten Darreichungsweise des Hg sind die Meinungen der Autoren verschieden. Während nämlich die einen die Methode der intramusculären Einspritzung bevorzugen, ziehen andere die Einreibungen vor und noch andere behaupten, es gebe nichts besseres, als die innere Darreichung der Hg-Präparate. Allen Methoden haften aber besondere Uebelstände an. Die Einreibungen mit Hg erfordern eine gewisse Uebung, einen gewissen Zeitverlust und bringen verschiedene Unbequemlichkeiten mit sich (Beschmutzung der Wäsche, Unmöglichkeit die Behandlung geheim zu halten u. a.), welche den Patienten von einer regelmässigen und gewissenhaften Cur abhalten können. Dazu kommt der Umstand, dass in einer Reihe von Fällen die Durchführung einer Schmiercur geradezu unmöglich ist, weil die Beschaffenheit der Haut es von vornherein verbietet, wie starke Behaarung u. a.; es kann eine ulceröse oder pustulöse Form der Syphilis vorliegen, die die Inunctionen verhindert. Ein weiterer Uebelstand der Einreibungsmethode ist das Auftreten verschiedener Exanthemformen.

In der Frage der Behandlung der Syphilis hat sich in den letzten Jahren eine Wandlung insofern vollzogen, als die Injectionscur gegenüber der Schmiercur in der neueren Zeit immer mehr Anhang und Verbreitung findet.

Gegen die Einspritzungen unlöslicher Hg-Salze heben einige Autoren die sehr verschiedene und oft sehr langsame Resorption solcher Präparate und den Uebelstand hervor, dass in gewissen Fällen das Hg, nachdem es sich lange Zeit an der Injectionsstelle angesammelt hat, plötzlich sehr rasch resorbiert wird und schwere Vergiftungserscheinungen herbeiführt, welche zuweilen schwer zu bekämpfen sind. Trotzdem sind die Injectionen, bei denen wir im allgemeinen ja wissen, wie viel Hg dem Körper zugeführt wird und wie viel ausgeschieden wird, das sicherste und zuverlässigste Verfahren der Hg-Behandlung. Die Durchführung einer Spritzcur scheitert oft daran, dass der Patient die Schmerzen, welche sich nach der Injection des Hg-Salzes einstellen, nicht verträgt; die Behandlung muss unterbrochen und es muss zu einer anderen Cur gegriffen werden. Die löslichen Salze werden zu schnell ausgeschieden und die Einspritzung ist nicht nur schmerzhaft, sondern führt oft zu recht störenden Infiltraten. Die Bemühungen, die Injectionstherapie bei Syphilis schmerzlos zu machen, sind daher sehr zahlreich. Man gibt entweder zur Injectionsflüssigkeit ein Anästheticum, wie Cocain, Novocain u. a., oder sucht Hg-Salze auf, die an sich reizlos sind und infolgedessen auch keine oder sehr mässige locale Reaction bewirken.

Einen besonders nachhaltigen Erfolg hat keine Form löslicher Injectionen. Etwa 6—10 Wochen nach Beendigung der 4—6 Wochen langen Cur ist nach Pinkus [3]) und a. in mehr als der Hälfte der Fälle ein Rückfall eingetreten, — und dies wiederholt sich mehrmals während der ersten 2 Jahre. Die löslichen Injectionen sind wegen ihrer schnellen Verbreitung im Körper und ihrer raschen Wiederausscheidung gerade dasjenige Mittel, das in Fällen verwendet zu werden verdient, in denen die Cur unter Umständen sofort unterbrochen werden muss (bei Stomatitis, Nephritis, Enteritis). Die beste Behandlungsmethode scheint uns die Einspritzung unlöslicher Salze zu sein, deren viel energischere Wirkung wir täglich zu beobachten Gelegenheit haben. Aber auch hier beobachtet man nicht so selten unangenehme Nebenerscheinungen, wie Schmerzhaftigkeit und Bildung störender Infiltrationen.

Ein Präparat, das bei sachgemässer Anwendung die unangenehmen Nebenerscheinungen fast ganz vermissen lässt, ist das von Lang in die Syphilisbehandlung eingeführte Oleum cinereum mit einem Gehalt von 30 und 50 pCt. reinen metallischen Hg; das Präparat ist aber nicht sehr lange Zeit haltbar, und seine Handhabung ist mit mancherlei Unbequemlichkeiten verbunden. In der Absicht, den Aerzten ein Hg-Präparat in die Hände zu geben, welches alle Vorteile des grauen Oels besitzt, dessen Verwendung aber mit keinen Schwierigkeiten verbunden wäre, veranlasste Möller [4]), das von ihm

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erprobte 45 pCt. Mercuriolöl (Oleum Mercurioli) zu empfehlen.

Das ursprüngliche, von Blomquist[5]) dargestellte Mercuriolöl ist eine graue, halbflüssige Masse, welche 90% metallisches Hg in Form von Aluminium-Magnesiumamalgam enthält, dem eine aus Lanolin und Mandelöl bestehende Fettmischung als Constituens beigegeben wurde. Die zähe Beschaffenheit, welche das Vehikel besitzt, hindert das Amalgam, sich am Boden des Gefässes abzusetzen. Erwärmt man das Oleum Mercurioli, so wird es dünnflüssiger, lässt man es abkühlen, so sinkt das schwere Amalgam zu Boden.

Das Präparat, aus dem das Mercuriolöl hervorgegangen ist, war das gleichfalls von Blomquist dargestellte Mercuriol, welches ein graues, ziemlich lockeres, festhaftendes Pulver bildete und 40 pCt. metallisches Hg in äusserst feiner und gleichmässiger Verteilung, „so zu sagen in amorpher Form", enthielt. Es bestand „aus einer Mischung von Aluminium und Magnesiumamalgam mittelst einer durch mechanische Zerreibung bewirkten feinen Verteilung in einem indifferenten Stoff", und zwar in Kreide, der etwas Fett beigemischt wurde, „um das Anhaftungsvermögen des Mercuriols zu vermehren und zu verhindern, dass die Oxydation der amalgamierten Metalle allzu schnell verläuft". Im Mercuriolöl wurde der Hg-Gehalt um 50% erhöht, und das Aluminium-Magnesiumamalgam in demselben beträgt kaum 0,6 pCt. vom Gewichte des Hg. Da das Amalgam durch Wasser momentan zersetzt wird, so muss das Präparat vor dem Einfluss der Feuchtigkeit sorgfältig geschützt werden.

Möller, der, wie bereits erwähnt wurde, mit Mercuriolöl die ersten Versuche gemacht hat, empfiehlt für die Zwecke der Praxis nicht das ursprüngliche 90 pCt., sondern das mit getrocknetem Mandelöl verdünnte Präparat, welches 45 pCt. Mercuriolöl enthält. 1 Gramm des verdünnten Mercuriolöls enthält 0,45 Hg und 0,00027 Aluminium-Magnesium. Das Präparat, welches bei einer Temperatur von etwa 150° C. bereitet wird, ist vollkommen steril. Durch einige Secunden im gut verschlossenen Gefässe geschüttelt, ist es eine ölige, graue Flüssigkeit, die nach kurzem Erwärmen über der Spiritusflamme zum Gebrauche fertig ist. Die zur Injection des 45 pCt. Mercuriolöls in Verwendung kommenden Spritzen und Canülen müssen vollständig trocken sein. Möller und Glück[6]) spritzen jeden 5. Tag 1½ Teilstriche der Langschen Spritze (dieselbe fasst 0,5 ccm., von der Instrumentenfabrik Reiner in Wien verfertigt), d. i. 0,1 Hg pro dosis intramusculär in die Glutäen ein.

Bezüglich der zu injicierenden Dosis halten wir uns nur im Anfange an die Vorschriften Möllers, gehen aber dann vorsichtig zu höheren Dosen über und überschreiten auch die für eine Cur empfohlene Gesamtzahl von 8 Injectionen. Die Injectionsflüssigkeit wird vor dem Gebrauche kräftig geschüttelt. Die Injection machen wir an den aufrecht stehenden Patienten. Nachdem die Stelle mit Aether gereinigt ist, stossen wir die Nadel schnell in senkrechter Richtung ein. Wir haben immer bei der ersten Injection 0,05 Mercuriolöl d. i. ½ Teilstrich, bei der 2., zwei Tage nach der ersten, 0,15—d. i. 1½ Teilstriche der Spritze injiciert und von nun ab jeden 5. Tag—0,2 Mercuriolöl, d. i. 2 Teilstriche, was 0,126 Hg entspricht. Die Cur bestand aus 12 Einspritzungen. Die Injectionen waren fast durchweg schmerzlos und wurden, abgesehen von vereinzelten Fällen, in denen 2—3 Tage nach der Injection ein etwas empfindliches Infiltrat entstand, gut vertragen. Nach jeder Injection werden durch die Canüle 2—3 Aetherspritzen durchgespritzt; die Spritze und Canüle werden dann trocken aufbewahrt.

Dass intramusculäre Injectionen von Mercuriolöl keine dauernden Veränderungen zurücklassen, liegt zum Teil in dem geringen Volumen der verwendeten Dosis, während die Injection anderer Präparate, wie Sublimat, Hg-salicylicum in der Menge von 1 gr. gemacht werden. Um eine Depotwirkung zu erzielen, muss die Injectionsflüssigkeit an Ort und Stelle abgelagert werden, darf jedoch nicht direct in den Blutstrom eingespritzt werden. Um unangenehme und schädliche Nebenwirkungen zu vermeiden, muss man bei jeder Injection eine Stelle zu vermeiden suchen, wo bereits eine frühere Injection gemacht worden war. Es könnte sonst leicht einmal zu einer zu starken Hg-Resorption kommen. Wenn man in eine frühere Injectionsstelle kommt, fühlt man übrigens sofort einen leichten Widerstand. Es muss eine neue Stelle gewählt werden, wenn man nicht starke Schmerzen erzeugen will. Besonders wichtig ist es auch, zu vermeiden, dass die Injectionsflüssigkeit direct in ein Blutgefäss eindringt. Nachdem die 4 cm. lange Canüle in den oberen Teil der Glutäalmusculatur senkrecht eingestossen ist, wird die Spritze von der Canüle abgenommen, und einige Secunden gewartet, ob Blut ausfliesst (Lassars Handgriff). Nachdem wird die Spritze wieder angesetzt, das Mercuriolöl langsam eingespritzt und eine Spritze Luft nachgespritzt; dies empfiehlt sich, um die Canüle völlig zu entleeren und so zu verhüten, dass im Stichcanal Hg-Reste bleiben, oder in ihn eindringen. Sonst entstehen schmerzhafte Infiltrate.

Da durch die Mercuriolölinjectionen alle Formen von Syphilis in verschiedenen Stadien deutlich und energisch beeinflusst wurden, haben wir von Februar 1907 bis August 1909 an 176 Kranken der Kassenpraxis und einer grösseren Zahl der Privatpraxis die Behandlung mit dem von Blomquist in Stockholm*) bezogenen Originalpräparate durchgeführt. Da die, wenn auch nur tabellarische Mitteilung der einzelnen Krankengeschichten zu viel Raum beanspruchen würde, ohne den Wert dieser Mitteilung wesentlich zu beeinflussen, so beabsichtige ich, die erzielten Resultate summarisch darzustellen und dieselben mit den Ergebnissen zu vergleichen, die allerdings bei einer bedeutend geringeren Anzahl ähnlicher Syphilisfälle, die mit Hg-salicylicum und Schmiercur behandelt worden sind, erzielt wurden.

Zur Beurteilung des Wertes eines Hg-Präparates ist die Kenntnis der Häufigkeit, der Intensität und der Zeit des Auftretens der wichtigsten Complicationen, wie z. B. der Infiltrate, der Lungenembolien nach Injectionen, sowie der Nebenerscheinungen, wie der Stomatitis, Enteritis, Nephritis, ferner die Kenntnis der Häufigkeit und der Zeit des Auftretens der Recidive und der Dauer der Ausscheidung des Hg im Harne notwendig. Die Frage, wie lange das Mercuriolöl im Körper wirksam bleibt und in wie weit es somit die Hoffnung erfüllt, welche man auf die intramusculäre Injection des Hg gesetzt, dass es durch die allmähliche Resorption eine viel länger andauernde Wirkung erziele, beantwortet sich für den Practiker am einfachsten durch das Auftreten der Recidive. Bei der Zusammenstellung der von uns beobachteten Recidive, haben wir die Beobachtung gemacht, dass die Recidive meist bei denjenigen Patienten auftraten, welche mit Hg-salicylicum Injectionen und Schmiercur behandelt waren. In diesen Fällen traten die Recidive zum grossen Teil früh ein. Der Grund für die Häufigkeit der Recidive ist in der leichten Resorbierbarkeit des Hg zu suchen. Das Hg-salicylicum hat einerseits den Vorzug der kürzeren Behandlungsdauer, andererseits aber, wie schon erwähnt, hat es den Nachteil, dass das Hg sehr schnell aus dem Körper ausgeschieden wird und deshalb keine länger andauernde Wirkung entfalten kann.

Wir haben eine ganze Anzahl Luetiker fast beständig unter Augen gehabt, die Patienten waren stets controlliert, und nur aus den controllierten, die mindestens

*) Apotheke Ugglan.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

eine vollständige Mercuriolölcur (12 Injectionen) durchgemacht haben, will ich meine Schlüsse ziehen. Eine grosse Anzahl war leider gar nicht oder unsicher controllierbar, daher bin ich ausser Stande, eine Statistik aus grösseren Zahlen zusammenzustellen.

Es wurden also vom Februar 1907 bis August 1909 mit Mercuriolöl in der Kassenpraxis 3 Patienten im primären, 108 im secundären (darunter 10 Frauen), 7 im tertiären Stadium behandelt; mit Hg-salicylicum-Injectionen wurden 8, mit Einreibungen wurden 7 und combiniert mit Injectionen und Einreibungen 3 Fälle behandelt. Die Patienten, die, was ja bei jeder Behandlungsmethode vorkommt, nicht wieder erschienen sind oder nur wenige Injectionen von Mercuriolöl erhielten, sind nicht mitgerechnet. Von den Fällen wurden intermittierend (ohne Erscheinungen) behandelt: 30 Patienten 2 mal, 12 Patienten 3 mal, 4 Patienten 4 mal und 6 Patienten 5 mal. Im Laufe der $2^1/_2$ Jahre wurden an den Patienten über 3000 Injectionen mit Mercuriolöl gemacht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 8 Wochen. Bei den sämtlichen Fällen wurde der Zeitpunct, in welchem die Hautausschläge geschwunden sind, genau notiert. Die maculöse Form verschwand gewöhnlich nach 3—4 Injectionen, die papulöse Form nach 6—7 Injectionen. Die pustulöse und ulceröse nach 8—10 Injectionen. Auch in einem Falle von Syphilis maligna praecox, es handelte sich um Rupia, schnell um sich greifende Geschwüre, grösstenteils am Rücken, welche im Beginne der Behandlung von Tag zu Tag sich vergrösserten und erst zum Schlusse der Behandlung zum Stillstand gebracht wurden.

Daraus ersieht man, dass die verschiedenen syphilitischen Ausschlagformen verschiedene Quecksilbermengen beanspruchen.

Bevor ich zur Besprechung der Nebenerscheinungen und Complicationen schreite, möchte ich hervorheben, dass das Mercuriolöl keine oder nur in geringem Maasse dieselben bereitet. In diesem Puncte stimmen unsere Erfahrungen mit der grossen Mehrzahl der anderen Beobachter überein. Was die von uns beobachteten Nebenerscheinungen im einzelnen anlangt, so haben wir S t o m a t i t i s meist leichter Art nach der Anwendung des Mercuriolöls in 5 Fällen beobachtet. Die beste Prophylaxe der Stomatitis besteht in regelmässigen, stündlich zu wiederholenden Spülungen des Mundes z. B. mit mehrfach verdünntem Wasserstoffsuperoxyd oder Perhydrolmundwasser und in regelmässigem Putzen der Zähne mit adstringierenden und leicht antiseptischen Flüssigkeiten (Tinctura Rhatan., Tinctur. Myrrh. $\overline{aa}$). Diese Massnahmen müssen noch 4—6 Wochen nach der Behandlung durchgeführt werden. Ich muss hier hinzufügen, das wir auf eine ordentliche Mundpflege strengstens achten und die Patienten stets anhalten, dieselbe durchzuführen. Entstanden trotz der Mundpflege Schwellungen des Zahnfleisches, die das Kauen hinderten, so wurden die Patienten aufgefordert, die Spülungen etwas häufiger vorzunehmen, ausserdem wurden Pinselungen des Zahnfleisches mit reinem Wasserstoffsuperoxyd anempfohlen. Die Stomatitis entsteht meistens zum Schlusse der Cur oder kurz nach derselben. Nur in 2 Fällen haben wir eine ziemlich starke Stomatitis erlebt, bei deren Entwickelung die Indolenz und Unsauberkeit der betreffenden Patienten jedoch wesentlichen Anteil gehabt haben mag.

Was die D a r m a f f e c t i o n e n betrifft, so sind auch diese meist leicht und vorübergehender Natur gewesen, so dass nur selten kurze Unterbrechungen der Cur notwendig waren. Es kamen 3 Mal Diarrhoeen vor. Nur bei einer Patientin beobachteten wir neben heftiger Stomatitis eine nicht unbedeutende mercurielle Enteritis. Unter kolikartigen Schmerzen wurden täglich mehrmals diarrhoische, schleimig blutige Stühle entleert. Gleichzeitig war in den ersten Tagen Erbrechen vorhanden, so dass die Ernährung der Patientin ausserordentlich schwierig war. Der Zustand dauerte im Ganzen ca. 3 Wochen. Die Erscheinungen sind auf entsprechende Diät, D o w e r sche Pulver und T h i o c o l (3 mal täglich 1 Tablette à 0,5 gr.) verschwunden. Bei den leichteren Formen der Diarrhoe während der Behandlung sind wir allein mit Thiocol (kalium sulfoguajacolicum) und entsprechender Diät gut ausgekommen.

Grosse Aufmerksamkeit ist dem Zustande der N i e r e n zuzuwenden, weil bestehende Albuminurie oft durch die plötzliche Hg-Resorption verstärkt wird. Bei 2 Patienten, deren Urin vor der Cur eiweissfrei gewesen war, stellte sich nach einer Reihe von Injectionen Eiweiss ein. Cylinder konnten nicht gefunden werden. Die Albuminurie war vorübergehend. Eine anhaltende Albuminurie ist bei einem 60-jährigen Patienten beobachtet worden. Jedoch war gleichzeitig ausgesprochene Arteriosclerose vorhanden, und die Annahme einer arteriosclerotischen Schrumpfniere ist nicht unwahrscheinlich.

Was nun die Complicationen anbelangt, namentlich die Lungenembolie, so waren es 2 Patienten, die ohne die typischen Zeichen der Embolie erst am Tage nach der Injection unter Seitenstechen, Fieber und Husten erkrankten; die Symptome vergingen in einigen Tagen wieder. Ob diese Fälle mit der Einspritzung in causalem Zusammenhang stehen, vermag ich nicht zu entscheiden.

Von den mit Mercuriolöl behandelten 117 Patienten sind im Laufe von 2 Jahren 49 Patienten wieder erschienen. Von diesen 49 zum Teil zur neuen Cur erschienenen Patienten hatten 2 Patienten Recidive, einer nach 4 Monaten, ein zweiter nach 6 Monaten gehabt. Mit Hg-salicylicum sind 7 Patienten behandelt worden, von diesen erschienen mit Recidiven 2 nach 2 Monaten. Mit Einreibungen sind 8 Patienten behandelt worden. Von diesen kamen mit Recidiven: 1 nach 1 Monat, 2 nach 2 Monaten und 1 nach 3 Monaten; 1 Patient befindet sich zur Zeit wegen eines Lymphdrüsenabscesses in Behandlung; von Syphilis sind bei ihm keine Erscheinungen. Die W a s s e r m a n n sche Reaction ergab aber ein positives Resultat.

Die uns zu Gesichte gekommenen Recidive nach der Mercuriolölbehandlung waren meist leichter Art. Wir hatten 2 leichte Rückfälle in Gestalt von Plaques an der Zunge. Die nach der Behandlung mit Hg-salicylicum und Einreibungen aufgetretenen Recidive waren schwerer; es handelte sich meist um condylomatöse Wucherungen und Papeln. Bezüglich der Zeit, in welcher wir die Recidive zu sehen bekamen, sehen wir, dass das erste Recidiv nach Mercuriolölbehandlung erst nach 4 Monaten auftritt, nach Hg-salicylicum schon nach 1 Monat. Die Wirkung des Hg-salicylicum ist zwar eine schnelle und sichere, jedoch wegen der vielen und oft sehr bald sich einstellenden Recidive von sehr geringer Nachhaltigkeit. Seine Anwendung ist ziemlich gefahrlos; es dürfte sich in Fällen eignen, wo es darauf ankommt, die auffälligsten syphilitischen Symptome möglichst schnell zum Schwinden zu bringen. Fälle, in welchen uns das Mercuriolöl im Stich gelassen hätte, haben wir nicht zu verzeichnen. Abscesse nach den Injectionen hatten wir auch nicht zu verzeichnen.

Von den behandelten Patienten konnten 47 im Laufe der $2^1/_2$ Jahre regelmässig weiter beobachtet werden. Bei diesen Patienten kam kein Recidiv zum Vorschein. Wenn wir also über das Eintreten von Recidiven ein absolut sicheres Urteil uns noch nicht zu bilden vermochten, so hatten wir andererseits doch den Eindruck, dass die rückfälligen Erscheinungen bei der Mercuriolölbehandlung ausserordentlich selten vorkommen im Gegensatz zu den Innunctionscuren und Injectionen von Hg-salicylicum. Aus einem Vergleiche der Recidive bei Mercuriolölbehandlung, die bei 495 Patienten durchge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

führt war, und Sublimatbehandlung, der 655 Kranke unterworfen waren, zieht Glück [6]) folgenden Schluss: „die Recidive nach der Mercuriolölbehandlung pflegen überhaupt bedeutend seltener und überdies verhältnismässig später aufzutreten als nach den Sublimatinjectionen. Zwei- oder dreimalige Recidive scheinen bei der Verwendung des erstgenannten Präparates nur ausnahmsweise vorzukommen".

Auch bezüglich der Intensität der Recidive glaube ich auf Grund der bisherigen Erfahrungen wenigstens die Behauptung aufstellen zu dürfen, dass sie infolge der sehr nachhaltigen Wirkung des Mercuriolöls auf den Syphilisprocess nicht nur selten, sondern auch sehr schwach oder schwächer auftreten als bei anderen Behandlungsmethoden. Dass durch Mercuriolölcuren nicht nur eine Verschiebung, sondern meistens ein völliges Ausbleiben der sonst zu erwartenden Recidive stattfindet, scheint mir nicht nur nach meinen, sondern auch nach den Erfahrungen des Herrn Dr. Dreyer, der 6 Jahre lang fast ausschliesslich Mercuriolölcuren an einigen Hunderten von Patienten durchgeführt hat, sehr wahrscheinlich. Eine grosse Anzahl derselben war durch Jahre controllierbar.

Unsere Patienten wurden chronisch intermittierend behandelt. Nach Erfahrungen von Jadassohn, Neisser, Finger u. a. ist die chronisch intermittierende Behandlung bei genügender Individualisierung ohne körperliche und psychische Störungen der Patienten durchführbar; bei so behandelten Patienten sind tertiäre Erscheinungen sehr selten; sie kommen überhaupt um so spärlicher vor, je mehr und regelmässiger Hg. in der Frühperiode gegeben worden ist.

Was nun die Frage betrifft, wie lange man behandeln soll, d. h. wann die Zeit eintritt, in welcher von einer wirklichen Beseitigung der Syphilis gesprochen werden kann, so ist dieselbe schwer zu beantworten; man muss sich einerseits auf Erfahrungen stützen, andererseits kann man die Wassermannsche Reaction zur Hilfe heranziehen. Wenn man nun im Laufe der Jahre bei sorgfältiger und wiederholter Untersuchung, besonders bei den Privatpatienten, die zum Teil durch Jahre controllierbar waren, kein auf Syphilis hinweisendes Symptom zu entdecken imstande war, wenn eine Anzahl der Patienten geheiratet hat, und Frau und Kinder gesund blieben und keinerlei Zeichen der Syphilis constatieren liessen, dann kann man wohl annehmen, dass die betreffenden Patienten von Syphilis frei sind. Die Wassermannsche Reaction wurde bei 20 mit Mercuriolöl behandelten Patienten längere Zeit nach der Cur vorgenommen, 18 ergaben ein negatives Resultat, 2 — ein positives; die letzteren 2 Fälle sind aber unregelmässig und nicht intermittierend behandelt worden.

Die Intensität der einzelnen Curen selbst, die Zahl der Curen, die Grösse der Intervalle, sogar die Gesamtdauer der Behandlung wechselt von Fall zu Fall und muss nicht selten für jedes Individuum für sich festgestellt werden. Wir behandeln gewöhnlich $2^1/_2$ Jahre; jedes halbe Jahr eine Cur von 2-monatlicher Dauer. Wir müssen auch das Princip festhalten, jeden Kranken mehrere Jahre hindurch von Zeit zu Zeit mit Hg. zu behandeln (Neisser [7]). Bei schwächlichen und kränklichen wird man sich mit einer kürzeren Dauer begnügen müssen. Besonders bei Tuberculösen muss man sehr rücksichtsvoll vorgehen, da das Hg. den tuberculösen Process verschlimmert, so dass man von der chronisch-intermittierenden Behandlung auch absehen kann.

Wenn wir nun einerseits zugeben wollen, dass Stomatitis, Darmstörungen und Nierenreizungen in demselben Masse vorkommen, wie bei den anderen Behandlungsmethoden, so haben wir andererseits unbedingt den Eindruck erhalten, dass die Recidive bei der Mercuriolölbehandlung sehr selten sind. Das Mercuriolöl wird im allgemeinen ausgezeichnet vertragen, es ist fast immer schmerzlos und für dauernde und rationelle Syphilisbehandlung sowohl im secundären, wie im tertiären Stadium von bester Wirkung. Es bietet alle Vorteile der unlöslichen Quecksilbersalze, führt aber fast nie zu stärkerer entzündlicher Reaction und bewirkt selten die Bildung kleiner Knoten. Im Verlaufe der Behandlung ist aber eine genaue Ueberwachung des Darmes und Urins und besonders eine exacte Mundpflege nötig. Auf Grund meiner Resultate glaube ich die Ansicht der Autoren [2]) bestätigen zu können, dass wir in dem Mercuriolöl bei geeigneter Vorsicht und richtiger Technik nicht nur ein Mittel zur Hand haben, welches sehr brauchbar ist und mehr Berücksichtigung verdient, sondern auch ausserdem durch Verhütung von Recidiven in den meisten Fällen geeignet erscheint, in der Syphilistherapie eine hervorragende Rolle zu spielen.

Literatur.

1. Bürgi. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXXIX. 1906. 2. cit. n. Welander. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXXXVII. 3. Pinkus. Die specielle Behandlung der Syphilis. Deutsche Klinik. Bd. X. 4. Möller. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXVI. 1903. 5. Blomquist. Archiv für Dermatologie und Syphilis. LXVI. 6. Glück. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band LXXIX. 7. cit. n. Neisser: Ueber ätiologische Beziehung der tertiären Lues etc. Verhandl. der Deutsch. Dermatolog. Ges. IV Congress. 8. Lang. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 1896.

Zur Eklampsie der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen.

Von

Dr. F. Weber senior (Jalta).

Zwar habe ich in meinen Arbeiten, die seiner Zeit in B. VII. (1871) Nr. 3 der Berliner klinischen Wochenschrift, B. X der Berliner klinischen Wochenschrift NNr. 23, 24, 25, B. XV. der Berl. kl. W. Nr. 5, B. V NNr. 11, 12, 13 der St. Petersb. Medic. Wochenschr. und schliesslich in NNr. 7, 8, 9, 10, 11 der allgemeinen Med. Central-Zeitung 1892 erschienen, meine Erfahrungen über die Eklampsie vielfach verfochten und in dem letzten Aufsatz, welcher sich auf 60 Fälle meiner Privatpraxis während 28 Jahre meiner geburtshilflichen Tätigkeit in der Residenz stützt und den ich der Redaction hiermit überreiche, umfassend illustriert, doch hat der Vortrag Dr. Wiedemanns in der Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins in St. Petersburg am 13. April 1909, abgedruckt in Nr. 26 der St. Pet. M. W. des laufenden Jahres, und besonders die damit verbundene Discussion mich dazu angeregt, die Resultate meiner Erfahrungen, die sich in diesen 22 Jahren noch bereichert, dem höchst interessanten Vortrag anzuschliessen.

Auf meine Arbeit von 1888, welche in der Jaltaer Section der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit zum Vortrag kam und 1892 in deutscher Sprache in der Allgem. Med. Centralzeitung erschien, mich stützend, weise ich darauf hin, dass meine 60 Fälle sich auf 3117 Schwangere, Kreissende und Wöchnerinnen beziehen, die in meinem Privatjournal registriert waren, also = 1,8 %. Im Allgemeinen finden wir in den geburtshilflichen Handbüchern auf 5—600 Schwangere 1 Fall von Eklampsie angegeben. In den Gebäranstalten ist der Procentsatz ein grösserer (Kieter 0,16 %, Spiegelberg 0,2 %, Hugenberger 0,4 %. — Mein Material gibt einen grösseren Procentsatz, weil ich nur von in abnormen Fällen von Schwangerschaft und Geburten consultiert wurde.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Da von den 60 in meinem Journal registrierten Fällen in 13 Fällen nur die Daten von Alter, Aufnahme und Exitus notiert waren, die entsprechenden Krankenbögen aber abhanden gekommen sind, so habe ich die weiteren statistischen Daten nur von 47 Fällen verwerten können.

Auf 2032 Schwangere kamen 12 Fälle = 0,6 %.

Auf 1085 pathologische Geburten und Wochenbett kamen 35 Fälle = 3,2 %.

Eine solche Aufstellung habe ich in der Literatur nicht aufgefunden; nur Hugenberger gibt in seinem Bericht über das Hebammeninstitut für 15 Jahre auf 8036 Geburten 36 Fälle von Eklampsie = 0,4 % an. Dieses ist erklärlich, da das Gebärasyl hauptsächlich für normale Geburten bestimmt ist, wogegen ich hauptsächlich mit abnormen Geburten zu tun hatte.

Wenn wir nun die 47 Fälle mit voller Krankengeschichte berücksichtigen, so lassen sich aus denselben drei Gruppen unterscheiden, je nachdem in welchem Stadium der erste Anfall auftrat.

1.	Eklampsie Schwangerer . .	22 Fälle	=	46,8 pCt.
2.	„ Kreissender . .	15 „	=	32,2 „
3.	„ im Wochenbett .	10 „	=	21,0 „

Berücksichtigen wir nun den Umstand, dass die Eklampsie zuweilen in der Gravidität begann, dann latent wurde, um in der Geburt oder im Wochenbett wieder aufzutreten, oder sich mit den Anfällen in der Schwangerschaft begnügte, und später Geburt und Wochenbett normal verliefen, oder die Eklampsie erst nach Ablauf der Geburt auftrat, so lassen sich aus meinem kleinen Material 6 Gruppen bilden.

					pCt.
1.	Eklampsie	in der Schwangerschaft	12 Fälle	=	25,6
2.	„	in der Geburt . . .	13 „	=	27,6
3.	„	im Wochenbett . . .	5 „	=	10,6
4.	„	in der Schwangerschaft und Geburt . . .	7 „	=	15,0
5.	„	in der Schwangerschaft, Geburt u. im Wochenbett	4 „	=	8,5
6.	„	in der Geburt und im Wochenbett . . .	6 „	=	12,7

Meine Statistik geht mit Autoren, welche über das Material der Gebärasyle verfügen, deshalb auseinander, weil in dieselben hauptsächlich Kreissende, selten Schwangere aufgenommen werden.

Was die Eklampsie in der Schwangerschaft anbetrifft, so habe ich in meinem bescheidenen Material die Erfahrung gemacht, dass von den 22 Fällen die Eklampsie sich in 12 Fällen mit der Schwangerschaft begnügte, und nur in 7 Fällen kam es zu spontanen oder künstlichen Frühgeburten, wogegen in 4 Fällen die Eklampsie schwand, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen und von ihnen in 3 Fällen die Gravidität mit einer normalen Geburt abschloss; im 1. Falle entzog sich die Frau nach der Genesung meiner Beobachtung. Die Eklampsie trat in diesen 4 Fällen 1 Mal im III., 1 Mal im V., 1 Mal im VI. und 1 Mal im VII. Schwangerschaftsmonat ein. Von dieser Art von Fällen ist mir in der Literatur wenig bekannt.

Im 1. Falle schwand die Eklampsie nach 3 Anfällen, trat nach 8 Tagen unter heftigen Symptomen ein und führte zur Frühgeburt. Wochenbett frei.

Die Widersprüche inbezug auf das Verhältnis des Auftretens der Eklampsie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind dem zuzuschreiben, dass die betreffende Statistik aus den Berichten der Gebärasyle entnommen wird. Den Berichten des Wiener Professors Braun ist deshalb der grösste Wert zuzusprechen, da der Belegraum in seiner Klinik zur Berichtszeit gleichmässig unter Schwangere und Kreissende verteilt war.

Was die Schwangerschaftsperiode anbetrifft, in welcher die Eklampsie auftritt, so verteilen sich die 47 Fälle meines Materials folgendermassen: im 3. Schwangerschaftsmonat 1 = 2,1 %, 5. M. 2 = 4,2 %, 6. M. 2 = 4,2 %, 7. M. 5 = 10,5 %, 8. M. 11 = 23,1 %, im 9. M. 1 = 2,1 %, in der Geburt 15 = 31,5 %, im Wochenbett 10 Fälle = 21,0 %.

Was das Verhältnis der Ehefrauen zu den Unverheirateten anbetrifft, so weist mein Material nur 7 Unverheiratete (15 %) und 40 Verheiratete (85 %) auf, dabei 8 uneheliche und 39 eheliche Geburten, da der eine Fall eine Frau betrifft, die schon lange Zeit nicht mehr mit ihrem Ehemanne lebte; somit widerspricht meine Statistik der allgemeinen Annahme, dass die Eklampsie hauptsächlich bei unverheirateten Schwangeren beobachtet wird. — Selbst in dem Gebärasyl der Grossfürstin Helene Pawlowna, welches speciell für Ehefrauen bestimmt war, gibt der Bericht Dr. Hugenbergers dennoch einen Procentsatz von 24 für Ehefrauen und den grossen Procentsatz von 76 für die unehelichen Geburten. Dieses erklärt sich durch den Umstand, dass Ehefrauen besonders zu der Zeit, aus welcher die gegebenen Berichte stammen, nur im äussersten Falle der Not in den Gebärasylen ihre Zuflucht suchen.

Auch das Verhältnis der Erstgebärenden gestaltet sich in unserem Material anders, wie es uns die meisten Handbücher der Geburtshilfe lehren. Wir haben hier 16 Fälle von Erstgebärenden (34 %) und 31 Fälle von Mehrgebärenden (66 %), — somit stimmt das Verhältnis nicht mit den Angaben der Autoren Winckel (77 %), Scanzoni (79,3 %), Hugenberger (79 %), Kieter (80 %), die alle den Erstgebärenden einen so grossen Procentsatz der Eklampsiefälle zuschreiben. Auch diesen Umstand möchte ich durch das von den Autoren benutzte statistische Material erklären, da die öffentlichen Gebärasyle hauptsächlich von Erstgebärenden frequentiert werden, wogegen mein Material direct aus dem Gesellschaftsleben mit seinen socialen Abstufungen gegriffen ist. In den Berichten der Gebärasyle sind fast durchgängig die Primiparae mit 30 bis 35 % notiert, wogegen dieselben in meinem Privatjournale in den verschiedenen Jahren zwischen 10 und 15 % schwanken, und das wird wohl die natürliche Zahl sein. Da nun andererseits der Privatpraxis eine bedeutende Anzahl von Primiparen durch die Gebärasyle entführt wird, so könnte man zu dem Schluss kommen, dass die Eklampsie unter Multi- und Primiparen ziemlich gleichmässig verteilt ist.

Das Alter der Erkrankten verteilte sich in unserem Material wie folgt: 15 Jahre 1 Fall (2,1 %), 18—20 Jahre 5 Fälle (10,7 %), 20—25 Jahre 21 Fälle (44,7 %), 25—30 Jahre 11 Fälle (23,4 %), 30—35 Jahre 6 Fälle (12,8 %), 35—40 Jahre 2 Fälle (4,2 %), 49 Jahre 1 Fall (27 %).

Unser Material zeigt also, dass hauptsächlich junge Mütter zwischen 15—30 Jahren (80,0 %) von der Eklampsie heimgesucht werden. Unsere Zahlen sprechen auch gegen die allgemeine Meinung, dass unter den Erstgebärenden hauptsächlich die im reiferen Alter stehenden Mütter von der Eklampsie heimgesucht werden, da die Primiparen meines Materials auf die Jahre von 15 bis 20 Jahre kommen. Von den 16 Erstgebärenden waren nur 3 (12 %) über 25 Jahre alt, womit die Zahlen in Dr. Hugenbergers Bericht (11,5 %) so ziemlich übereinstimmen. Meine kleine Statistik weist darauf hin, dass sehr junge Erstgebärende hauptsächlich zu dieser Krankheit prädisponiert sind.

Was die übrigen ätiologischen Momente anbetrifft, so verweise ich auf meine oben angeführten Arbeiten, in denen auch die besonders interessanten casuistischen Fälle beschrieben sind.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hier erwähne ich nur den Umstand, dass in meinem Material anhaltende moralische Insulte mit nachfolgender Depression des Nervensystems, Schmerz, Kummer, unglückliche Lebens- und Familienverhältnisse, plötzlich eingetretene Verarmung, eine bedeutende ätiologische Rolle spielen. Plötzlich eingetretener Bankerott bei gewohnter luxuriöser Lebensweise, der Tod eines teuren Kindes oder des heissgeliebten Gatten waren oft den eklamptischen Anfällen in der Schwangerschaft vorangegangen.

In sämtlichen Fällen, selbst in denen, welche fehlender Daten wegen nicht in die Statistik aufgenommen werden konnten, hatte ich Gelegenheit, den Harn zu untersuchen und immer massenhaft Eiweiss vorgefunden. In den meisten Fällen war eine Nierenaffection zu constatieren und Urämie sehr häufig entwickelt. Bei dieser Gelegenheit muss ich darauf aufmerksam machen, dass in einigen Fällen das während der eklamptischen Anfälle im Harn massenhaft vorgefundene Eiweiss mehrere Stunden nach Ablauf des letzten Anfalls vollkommen schwand, so dass in diesen Fällen an einer Nierenaffection gezweifelt werden könnte. Uebrigens fand ja auch Winkel bei der Autopsie nur in 84 % Nierenaffection, in den übrigen Fällen waren die Nieren intact.

Was die bedingenden Ursachen anbetrifft, so sind in meinem Material langanhaltende Geburtsarbeit, Hindernisse von Seiten der weichen und festen Teile der Geburtswege besonders hervorzuheben. Dann folgen Diätfehler, abusus in venere kurz vor Eintritt der Geburt, Schreck, Kummer und andere Insulte des Nervensystems.

Die Zeit des Eintritts des ersten Anfalls ist in den verschiedenen Phasen des physiologischen Processes verschieden. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft tritt die Eklampsie nur ausnahmsweise auf (in meinem Material nur 1 Mal), selten wird sie im 5.—6. Monat, häufiger in den letzten Monaten der Schwangerschaft beobachtet. Während der Geburt trat die Eklampsie in 13 Fällen und zwar 10 Mal (76 pCt.) in der Eröffnungs- und 3 Mal (24 pCt.) in der Austreibungsperiode auf.

Nach der Geburt der Frucht trat die Eklampsie in 10 Fällen auf, und zwar:

4 Mal	1/2	Stunde nach der Geburt	= 40	pCt.
1 „	1 1/2	„ „ „ „	= 10	„
1 „	2	„ „ „ „	= 10	„
1 „	6	„ „ „ „	= 10	„
1 „	8	„ „ „ „	= 10	„
1 „	10	„ „ „ „	= 10	„
1 „	12	Tage „ „ „	= 10	„

In allen Fällen war eine Nierenaffection oder wenigstens Eiweissharn, meist auch Metrorrhagie dem Anfalle vorangegangen.

Was die Zahl der Anfälle anbetrifft, ist dieselbe in meinem Material ausserordentlich schwankend: 1 Anfall 1 Mal (2,8%), 2 Anfälle 2 Mal (5,6%), 3 Anfälle 3 Mal (7,4%), 4 Anfälle 2 Mal (5,6%), 20—25 Anfälle 9 Mal (25,2%), 40 Anfälle 1 Mal (2,8%), 45 Anfälle 3 Mal (7,4%). 50 Anfälle 4 Mal (11,2%), 60 Anfälle 1 Mal (2,8%) 70 und mehr Anfälle 4 Mal (11,2%). Die grösste Zahl der Anfälle kommt auf die Geburtsperiode; dabei ist zu bemerken, dass in einigen Fällen die Anfälle in der Gravidität begannen, dann sich beruhigten, um mit Beginn der Geburt von neuem aufzutreten und sich dabei in das Wochenbett hinschleppten.

Von den 60 Fällen meines Materials genasen 51 (85%), starben 3 (5%), wurden in Gebärasyle übergeführt 6 (10%).

Wollen wir annehmen, dass sämtliche in die Gebärasyle übergeführten Fälle einen letalen Ausgang hatten, so kommt doch auf mein Material der für Eklampsie geringe Procentsatz von 15% Mortalität, der ungefähr die Hälfte des Mortalitätsprocentsatzes aus den Berichten bis zum Jahre 1880 ausmacht. Sollten von den 6 übergeführten einige genesen sein, so würde der Procentsatz natürlich weit geringer sein.

Wie aus dem Berichte Dr. Wiedemanns zu sehen ist, ist die Mortalität in dem Alexandra-Stift für die letzten 25 Jahre eine ausserordentlich günstige (10,7%), was aller Wahrscheinlichkeit nach dem Umstande zuzuschreiben ist, dass seit der Gründung der Anstalt die pathologischen Geburten und Operationen unter ausserordentlich günstigen Verhältnissen geleitet wurden. Wenn die 3 Todesfälle meines Material auf die 47 bis zum Ende beobachteten Fälle verteilt werden, so habe ich den geringen Mortalitätsprocentsatz von 6% zu notieren.

Die Mortalität der Kinder ist in meinem Material eine ausserordentlich hohe, nämlich 20 : 47 = 42%, was sich dadurch erklärt, dass die Häufigkeit der Eklampsie bei Schwangeren den hohen Procentsatz von 46,8% erreichte, wodurch die Zahl der unreifen Früchte und Frühgeburten, von denen ein Teil vor der Geburt abgestorben waren, bedeutend stieg.

Auf die Symptomatologie und Pathogenese will ich hier weiter nicht eingehen, da dieselbe den Collegen ja aus competenten Quellen bekannt ist, nur will ich hier auf eine seltene, dabei aber ausserordentlich frappante Erscheinung hinweisen. Ich meine die Amaurose in der Schwangerschaft und Geburt, sowie im Wochenbett, da dieselbe bei sämtlichen Autoren nur so nebenbei erwähnt wird, wobei man sie als Prodromalsymptom der zu erwartenden Eklampsie bezeichnet.—Schon im Jahre 1873 sprach ich mich in einem Aufsatz, der in der Berliner klinischen Wochenschrift (Nr. 23, 1873) erschien, gegen diese Meinung aus und habe auf dem VII. Congress der Naturforscher und Aerzte in Petersburg darüber einen umfassenden Vortrag gehalten, der auf 7 Fälle meiner Praxis basierte. Von diesen 7 Fällen trat Amaurose 6 Mal (also 10%) mit Eklampsie im Wochenbett auf. Aus meinem Material ist zu sehen, dass man die Amaurose bei Schwangeren keineswegs als Prodromalsymptom der Eklampsie ansehen kann, da dieselbe nur in einem Falle vor Eintritt der eklamptischen Anfälle und in einem Falle sogar ganz ohne Eklampsie auftrat. Ich verweise auf meine früheren Arbeiten über die Amaurose Schwangerer. — Ausserdem mache ich noch auf den Umstand aufmerksam, dass unter den 47 Fällen, die genau registriert waren, sich in einem Falle nach Ablauf der eklamptischen Anfälle rechtsseitige Hemiplegie einstellte, was auf einen Bluterguss in der linken Hemisphäre deutete. Amaurose und Hemiplegie schwanden nach Ablauf der krankhaften Erscheinungen.

Eines ausserordentlich wichtigen Umstandes muss ich noch erwähnen, dass bei 3 der von mir behandelten eklamptischen Frauen sich die Eklampsie 1 Mal bei 2 Geburten, 1 Mal bei 3 Geburten und 1 Mal bei 4 Geburten wiederholte. Der letzte Fall betrifft die Gemahlin des Professor K., bei welcher ich alle 4 Kinder mit der Zange extrahierte, die bei meiner Abreise aus Petersburg noch am Leben waren.

Die Ursache, dass ich meine alten Erfahrungen wieder aufwärme, ist teilweise der Bericht Dr. Wiedemanns, hauptsächlich aber die damit verbundene Discussion, soweit sie die Therapie der Eklampsie betreffen. Ich will darüber hier schweigen, was in meinen früheren Arbeiten veröffentlicht, wurde und berühre nur den Umstand, dass in unserem operativen Zeitalter der Operationsmissbrauch immer grösseren Umfang annimmt, und wenn Dr. Bum es wagt, gleich nach dem ersten eklamptischen Anfalle ein Accouchement forcé vorzuschlagen, um die Mortalität der eklamptischen Mütter bis auf 2% herunterzubringen, dabei die der Kinder bis auf 100% heraufzuschrauben, so ist das geradezu grauen-

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

haft, und meiner Meinung nach müsste ein solcher Vorschlag eine ernste Opposition finden. Unmöglich hat Herr Dr. Bum, bevor er es wagte, einen solchen Rat zu geben, sich nicht die Mühe gemacht, die einschlägige Literatur zu studieren. Wie wir sehen, ist die Sterblichkeit der Kinder eklamptischer Mütter im schlechtesten Falle 30%, von denen der grösste Teil den Tod einem Accouchement forcé oder sonstigen operativen Eingriffen zu verdanken hat. Die übrigen 70%, welche doch lebend und lebensfähig geboren werden, sollen also nach Bum frevelhaft hingemordet werden, um vielleicht die Mortalität der Mütter zu vermindern. — Bei dieser Gelegenheit mache ich noch darauf aufmerksam, dass ja unter meinen Fällen sich einmal die Eklampsie in 4 Geburten wiederholte, und die Mutter hat ihre lebenden Kinder mit der Brust ernährt, hat sie grossgezogen und ist jetzt eine würdige Matrone. Deshalb apelliere ich hier wiederum gegen alle Vorschläge dieser Art. Von meinen 60 Fällen waren nur 6 in Gebärasyle gegangen, die meisten der übrigen habe ich auch später gekannt und gesehen, dass sie sich einer guten Gesundheit erfreuten.

Bücherbesprechungen.

Prof. F. Pentzoldt und Prof. R. Stintzing. Handbuch der Gesamten Therapie in 7. Bänden. Vierte Auflage des Handbuchs der Therapie Innerer Krankheiten. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis des ganzen Werkes broschiert M. 100, gebunden M. 117. Preis pro Lieferung brosch. M. 4,50. Lieferungen 2—5.

Die erste Lieferung der neuen Auflage ist in Nr. 23 dieses Jahrgangs der Wochenschrift besprochen. In rascher Aufeinanderfolge hat der rührige Verlag die Lieferungen 2 bis 5 erscheinen lassen, sodass der erste Band des grossen Werkes bereits abgeschlossen ist und vom 2. Bande auch schon 30 Bogen vorliegen.

Die 2. Lieferung enthält die Fortsetzung der Abhandlung von Prof. Levy über Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmassregeln, die eine wesentliche Bereicherung des Buches gegenüber den früheren Auflagen bildet, da hier in Kürze alles Wesentliche über Immunität enthalten ist, was in den letzten Jahren auf diesem Gebiet geleistet ist. Nach einer Einleitung über das Wesen der activen und passiven Immunität werden die verschiedenen Immunisierungsverfahren und zuletzt die einzelnen Infectionskranheiten besprochen, soweit Schutzimpfung oder Versuche einer solchen gegen dieselben vorhanden sind. Es folgt die Allgemeine Behandlung der Infectionskrankheiten von Prof. Matthes, während in der 2. Auflage dieses Capitel von Prof. H. Ziemssen bearbeitet war. Dieser Abschnitt ist naturgemäss sehr kurz gefasst, da ja die allgemeinen Gesichtspuncte gegenüber der speciellen Betrachtung der einzelnen Infectionskrankheiten sowohl inbezug auf Aetiologie und Pathologie als auch specifische Therapie zurücktreten müssen. Ausführlicher werden die Infectionskrankheiten im Speciellen Teil behandelt, wo Prof. F. Voit die Behandlung der acuten Infectionskrankheiten mit vorwiegender Beteiligung der Haut übernommen hat und Prof. F. Ganghofner — die Behandlung der ac. Infectionskrankheiten mit vorwiegender Beteiligung der oberen Luft- und Speisewege (Diphtherie, Keuchhusten und Mumps). Als dritter Abschnitt folgt die Behandlung der ac. Infectionskrankheiten mit vorwiegender Beteiligung des Darms, und zwar hat Prof. Rumpf die Behandlung der Cholera asiatica und nostras und Dr. Kartulis die Behandlung der Dysenterie geschildert. Als IV. Abschnitt soll die Behandlung der acuten Infectionskrankheiten mit vorwiegender Beteiligung des Nervensystems und des Bewegungsapparates im IV. Bande zusammen mit den Nervenkrankheiten bearbeitet werden. Abschnitt V bildet die Behandlung der ac. Infectionskrankheiten mit vorwiegender Allgemeininfection (Typhus abdominalis, Paratyphus, Typhus exanthematicus, Influenza, Septikopyämie, Weilsche Krankheit, Miliartuberculose), bearbeitet von Prof. M. Matthes; Abschnitt VI — die Behandlung der vorwiegend fremdländischen Infectionskrankheiten (Malaria, Schwarzwasserfieber, Gelbfieber, die verschiedenen Arten von Rückfallfieber, Kala-Azár, Pest, Dengue, Schlafkrankheit), bearbeitet von Prof. B. Nocht, Abschnitt VII — Behandlung der chronischen Infectionskrankheiten, von denen aber hier nur die Behandlung der Lepra, von Dr. H. P. Lie verfasst, enthalten ist, während die Behandlung von Syphilis, Tuberculose und Lupus in den folgenden Bänden erscheinen wird. Der VIII. Abschnitt handelt von der Behandlung der tierischen Infectionskrankheiten und zerfällt in folgende Capitel: 1—4. Behandlung von Milzbrand, Rotz, Aphthenseuche und Aktinomykose, bearbeitet von Prof. C. Garré, 5. Behandlung der Wutkrankheit, bearbeitet von Prof. V. Babes, 6. Behandlung der Trichinenkrankheit, bearbeitet von Dr. G. v. Merkel.

Hiermit schliesst die I. Abteilung des I. Bandes, die eine solche Fülle von Material enthält, dass eine eingehende Besprechung der einzelnen Abschnitte ganz unmöglich ist. Alle Capitel ohne Ausnahme sind sehr sorgfältig bearbeitet, die umfangreiche neuere Literatur ist genügend verwertet und alle neueren Forschungen auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten finden entsprechende Beachtung.

Die II. Abteilung des I. Bandes umfasst die Behandlung der Vergiftungen. Sie wird eingeleitet durch die von Prof. Binz verfasste Allgemeine Behandlung der Vergiftungen, der die Capitel folgen: 1) Behandlung der Vergiftungen mit Metalloiden — von Prof. H. Kionka, 2) Behandlung der Vergiftungen mit Metallen — von Dr. W. Mayer, 3) Behandlung der Vergiftungen durch künstliche Kohlenstoffverbindungen — von Prof. F. Gumprecht, von denen die Vergiftung mit Weingeist speciell Prof. C. Moeli bearbeitet hat, und die Behandlung der Vergiftungen durch aromatische Verbindungen, bearbeitet von Prof. R. Heinz; 4) die Behandlung der Vergiftungen durch Pflanzenstoffe, ebenfalls von Prof. R. Heinz verfasst. Hierher gehören auch die speciellen Capitel: Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocainismus von Dr. A. Erlenmeyer sowie die Behandlung des Ergotismus, Lathyrismus und der Pellagra von Prof. F. Tuczek und 5) Behandlung der Vergiftungen durch Tier- und Fäulnissgifte von Prof. R. Heinz.

Hiermit schliesst die 2. Abteilung des I. Bandes, die an Reichhaltigkeit der ersten nicht nachsteht und jedem practischen Arzt als ein zuverlässiges Nachschlagewerk dienen kann.

Der 2. Band, der mit der vierten Lieferung beginnt, bringt als Abteilung III die Behandlung der Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems, wobei der Stoff folgendermassen verteilt ist: Prof. H. Lüthje — die Behandlung der Fettleibigkeit, Abmagerung, Gicht und anderer Stoffwechselanomalien, Prof. J. Grober — die Behandlung der Bluterkrankungen und der hämorrhagischen Diathese, Prof. G. Ledderhose — die chirurgische Behandlung der Erkrankungen und Verletzungen der Milz, Prof. Ph. Biedert und Dr. A. Hoch — die Behandlung der Scrophulose und Prof. O. v. Angerer — die Behandlung der Krankheiten der Lymphgefässe und der Lymphdrüsen. Diese ganze Abteilung bildet eigentlich ein neues Buch, denn es sind nicht nur neue Mitarbeiter hinzugekommen, sondern auch die einzelnen Capitel haben z. T. eine so gründliche Umarbeitung und Erweiterung erfahren, dass sie sich mit den betr. Capiteln der früheren Auflagen gar nicht vergleichen lassen. Besonders hervorzuheben sind die Behandlung der Stoffwechselkrankheiten und die der Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe. In letzterem Capitel sind auch die Ergebnisse der hämatologischen Forschung der letzten Jahre gebührend berücksichtigt, wenn sie auch etwas kurz abgehandelt werden, was übrigens dem Anlageprincip des Werkes, das doch ein Handbuch der Therapie sein soll, entspricht.

Auch der Anfang der IV. Abteilung — die Behandlung der Erkrankungen der Verdauungsorgane ist bereits in der 4. Lieferung enthalten, und die 5. Lieferung bringt die Fortsetzung derselben. Das I. Capitel, die Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle ist, wie früher, von Prof. O. Seifert bearbeitet, die Behandlung der Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches hat ebenfalls wie früher Prof. Graser zum Verfasser. Diesen folgen: die Behandlung der Erkrankungen der Speiseröhre — von Dr. G. v. Merkel, die operative Behandlung der Erkrankungen der Speiseröhre — von Prof. C. Garré, die Behandlung der Verdauungs- und

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ernährungsstörungen im Säuglingsalter von Prof. O. Heubner, die Behandlung der Erkrankungen des Magens und Darms — von Prof. F. Pentzold und die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten von Prof. C. Garré.

Auch dieser Teil ist vielfach umgearbeitet und der Stoff in ihm neu gruppiert. Wie in den anderen Abteilungen, ist auch hier der Fortschritt der Wissenschaft berücksichtigt und die Errungenschaften der Forschungen der letzten Zeit kritisch verwertet worden.

F. Dörbeck.

L. Jankau. Taschenbuch für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. II. Teil. Leipzig. Verlag von Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Der I. Teil dieses Taschenbuchs ist in Nr. 30, Jahrgang 1908 der St. Pet. Med. Wochenschrift besprochen. Der vor kurzem erschienene II. Teil enthält in Kürze das Wesentlichste aus der Behandlung der in der Ueberschrift genannten Krankheiten mit Luft, Licht, Sonne und Wasser. Die wichtigsten Daten der Klimatologie, Balneo- und Hydrotherapie sind hier nach den bekannten Handbüchern und Compendien zusammengestellt. Das Buch bildet sozusagen eine Sammlung von Excerpten aus den erwähnten Disciplinen, die geschickt gruppiert sind. Dem Capitel Klimatologie ist ein Verzeichnis der Cur- und Badeorte nach ihrer Höhenlage als Anhang beigegeben, und in dem Capitel Trink- und Badecuren sind die Bäder nach der Glaxschen Einteilung aufgezählt, denen die Curorte mit Angabe der Indicationen folgen. Den Schluss des Büchleins bilden «Personalien», wo die Professoren und Docenten für innere Krankheiten in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz, die Specialärzte für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Sanatorien und sonstige Heilanstalten in Deutschland und in anderen Ländern angeführt sind. Dem sehr beschäftigten Practiker, der weder Zeit noch Lust hat, die Hand- und Lehrbücher, welche dasselbe Thema ausführlich und gründlich behandeln, zu Rate zu ziehen, wird dieses Taschenbuch zur raschen Orientierung willkommen sein. Zum Schluss kann ich nicht umhin, auf einen Lapsus hinzuweisen in dem Capitel Hydrotherapie, wo ein Abschnitt betitelt ist: «Einfluss der mechanischen und thermischen Einflüsse auf Blutzusammensetzung». Es sollte wohl heissen: Einfluss der mechanischen und thermischen Einwirkungen auf die Blutzusammensetzung.

F. Dörbeck.

L. Jankau. Taschenbuch für Chirurgen und Orthopäden. III. umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. Verlag von Max Gelsdorf, Eberswalde b. Berlin. 1909.

Nach einer wohlverdienten guten Aufnahme in Fachkreisen der II. Auflage des vorliegenden Taschenbuchs hat Verf. die III. Auflage in einem ungeheuer vergrösserten Umfange erscheinen lassen: es hat sich inhaltlich von 15 Bogen auf 26 vermehrt! Und man muss gestehen, dass es ganz enorm inhaltsreich und interessant zusammengestellt ist. Auf den 408 Seiten ist wohl so ziemlich alles vorhanden, was dem practischen Arzt zur schnellen Orientierung dienen könnte. Im allgemeinen Teil finden wir zunächst kurze physikalische Notizen, dann folgen übersichtliche Besprechungen der Nahrungsmittel, Arzneimittel und der wichtigsten Curorte. Im bedeutend grösseren speciellen Teil werden zunächst orientierende anatomische Daten gegeben, dann folgen in einem ausführlichen Capitel die Aufzählung der Untersuchungsmethoden des Harns und Magensaftes, die Besprechung der verschiedenen Narcosemethoden und Anästhesiemethoden. Im grossen klinischen Capitel bringt Verf. eine ausführliche chirurgische Diagnostik und Differentialdiagnostik. Dann folgen die Capitel der Bacteriologie, Statistik, Unfallspraxis, Therapie und zum Schlusse die Gesetzeskunde, Gebührenordnung nebst Anhang, in welchem die Krüppelanstalten Deutschlands und des Auslandes aufgezählt werden. Wir wünschen dem Büchlein grösste Verbreitung.

Hecker.

Dr. med. W. Sternberg: Diätetische Kochkunst. I. Gelatinespeisen. Mit 21 Abbildungen und 10 Tafeln im Text. XI + 113 Seiten. Verlag von F. Enke. Stuttgart. 1908.

Der Verf., der sich schon früher auf dem Gebiete der Diätetik und Krankenernährung mit den Werken «Krankenernährung und Krankenküche», «Kochkunst und ärztliche Kunst», «Die Küche im Krankenhaus» betätigt hat, hat es in dem vorliegenden Buch unternommen, eine Anleitung zu geben zu einer derartigen Zubereitung der dem Kranken zuträglichen Speise, dass sie nicht nur den ärztlichen Indicationen entspricht, sondern auch den Geschmack des Patienten befriedigt und seinen Appetit anregt. Zu diesem Zwecke hat er sich mit verschiedenen «Autoritäten der internationalen französischen Kochkunst» in Paris, London und Berlin in Verbindung gesetzt und nach ihren Angaben die Herstellung von Gerichten geschildert, die auf den Grundlagen einer rationellen diätetischen Kochkunst basiert ist. Der vorliegende I. Teil behandelt die Gelatinespeisen, die eine so grosse Bedeutung für die Krankenernährung haben, die aber bis jetzt nie in einem Buche gleichzeitig vom ärztlichen und culinarischen Standpunct in genügender Weise behandelt worden sind. Der allgemeine Teil, der die Capitel enthält, «Kunst und Kochkunst», «Heilkunst und Kochkunst», «Heilmittel und Gifte». «Nahrungs- und Genussmittel», «Apotheke und Küche», ist so flott geschrieben und mit Citaten aus Shakespeare, Lessing, Schiller, Goethe, Victor Hugo, Uhland, Gottfried Keller u. a. gewürzt, dass er sich leicht und angenehm liest. Der specielle Teil ist der technische, und hier werden nicht etwa nur Kochrecepte gebracht, sondern systematisch die Darstellung und Zubereitung der Gelatinepeisen geschildert, wobei uns ein Instrumentar in Abbildungen vorgeführt wird, von dem unser einer überhaupt kaum eine Ahnung hat. Aerzte und Vorsteherinnen von Hospitälern und Sanatorien können aus dem Buch viel Nutzen ziehen.

F. Dörbeck.

Ergebnisse der Säuglingsfürsorge. Herausgegeben von Prof. Arthur Keller. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.

II. Heft. Die Fürsorge für uneheliche Kinder. Zwei Vorträge von Prof. A. Keller und Prof. H. Reicher. Preis Mk. 2.50.

III. Heft. Die städtische Säuglingsfürsorge in Magdeburg im Halbjahre April—October 1908. I. Allgemeiner Verwaltungsbericht von Bürgermeister Paul Lindemann. II. Aerztlicher Bericht von Prof. Dr. M. Thiemich. Preis Mk. 1.50.

IV. Heft. Ergebnisse einer Stillstatistik im Regierungsbezirk Magdeburg für die Jahre 1906 und 1907 von Geh. Med.-Rat Dr. C. Deneke und San.-Rat. Dr. W. Thorn. Preis Mk. 1.50.

Im Deutschen Reiche ist in den letzten Jahren ungeheuer viel zum Schutze der Kinder in den ersten Lebensjahren unternommen worden, um so der hohen Säuglingssterblichkeit entgegenzuarbeiten, und die vorliegenden Arbeiten aus der Feder hervorragender Männer, welche an der Säuglingsfürsorge persönlich den regsten Anteil genommen und mit ihrem Wirken persönlich sich in den Kampf gestellt haben, zeugen dafür, dass bereits einiges erreicht ist und vieles eingeleitet, das nicht ohne segensreiche Resultate bleiben kann.

Für alle diejenigen, welche sich mit diesen Fragen von so weitgehender socialer Bedeutung beschäftigen werden, bedeuten die vorliegenden Arbeiten einen nennenswerten literarischen Schatz und sind geeignet, für so manches Unternehmen auf diesem Gebiete brauchbare Winke zu liefern.

In einem interessanten Vortrage wird von A. Keller in erschöpfender Weise die Fürsorge für uneheliche Kinder behandelt und was unternommen werden muss, um diese unglücklichen Geschöpfe vor einem frühzeitigen Tode zu bewahren, gleichzeitig aber auch ihre Verwahrlosung zu verhüten und aus ihnen brauchbare Glieder der Gesellschaft zu machen. Das Material, welches Keller zu seinen Ausführungen gedient hat, ist ein reiches gewesen und namentlich ist einer kritischen Besprechung das Findelwesen in den anderen europäischen Staaten unterzogen worden. Die betreffenden gesetzlichen Bestimmungen sind als Beilage hinzugefügt.

An diesen Vortrag reiht sich derjenige des Wiener Juristen Dr. Reicher über dasselbe Thema an, welcher klarzulegen versucht, dass dem Staate dringlich folgende Aufgaben zu lösen sind, um die hohe Säuglingssterblichkeit zu verhüten und der an Ausbreitung zunehmenden Kinderverwahrlosung vorzubeugen, nämlich die Schaffung der Ergänzung unzulänglichen Familienschutzes und Ersatz des fehlenden Familienschutzes. Dieses müsste auf gesetzliche Normen gestellt werden. Während die socialen Bestrebungen zur Förderung des Selbststillens und zur Versorgung mit keimfreier Milch, sowie die ärztlichen Beratungsstellen für Mütter und Pflegerinnen durch Schöpfungen der Gesellschaft, durch die Wohlfahrtspflege ins Leben zu rufen wären.

Ueber die Tätigkeit der städtischen Säuglingsfürsorge in Magdeburg, welche sich eben zur grossen Aufgabe gestellt, durch die Förderung des Selbststillens der Mütter vorzüglich gegen die Säuglingssterblichkeit anzukämpfen, berichten nun die beiden Abhandlungen im dritten Hefte aus der Feder Lindemanns und Thiemichs. Obgleich die Berichte nur den kurzen ersten halbjährigen Termin der Tätigkeit dieser neuen Gesellschaft umfassen, kann man trotzdem sagen, dass das begonnene Werk auch mit Erfolg weiter geführt werden wird. Die Gewährung der Stillprämien für die

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mütter ist insofern von grossem Wert, dass sie nämlich dann zu den ärztlichen Beratungen sich vorzustellen verpflichtet sind, und dadurch Arzt und Pflegerinnen jedes Abweichen im normalen Gedeihen der Säuglinge sofort wieder auf die richtige Fährte zu bringen vermögen. Alsdann seien Aufgabe der Säuglingsfürsorge eine ärztliche und pflegerische Ueberwachung der unehelichen und Ziehkinder, Einrichtung einer Berufsvormundschaft und die Lieferung guter Rohmilch zum Preise gewöhnlicher Vollmilch.

Es kann nicht häufig genug betont, erwähnt und überall verkündet werden, dass die Mütter ihre eigenen Kinder selbst zu stillen hätten! Solches ist auch der rote Faden in dem vierten Hefte dieser Sammlung, in welchem von Deneke und Thorn auf Grund zweier grossen über 66 Tausend Säuglinge umfassenden Statistiken, welche mit Hilfe der Kreisärzte und Hebammen der einzelnen Kreise des Regierungsbezirks Magdeburg für zwei Jahre zusammengestellt worden sind, diese so wichtige Frage der natürlichen Säuglingsernährung kritisch beleuchtet wird. Ueber 80 Procent der Kinder sind von ihrer Mutter über 3 Monate hinaus gestillt worden, und nach dieser Richtung hin müssen Aerzte und Hebammen gemeinsam vorgehen, um diesem Hauptfactor der Säuglingsfürsorge das vollste Bürgerrecht zu verschaffen. Die Verfasser kommen mit verschiedenen Vorschlägen, die geeignet wären, die Mütter zum möglichst langen Stillen ihrer Kinder anzuspornen, wie Stillprämien und dgl., Vorschlägen, welche bereits in Magdeburg eine Verwirklichung gefunden.

Hecker.

Franz M. Grödel. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin. Mit 297 Abbildungen auf 12 photographischen und 44 autotypischen Tafeln und mit 114 Textabbildungen. München. 1909. Lehmanns Medicinische Atlanten. Band VII. Preis geb. M. 24.

Drei schöne unentbehrliche Werke auf dem Gebiet der Röntgenkunde sind in den letzten Jahren dem Lehmannschen Verlage in München zu verdanken gewesen. Zunächst erschien ein Band typisch-chirurgischer Röntgenbilder vom normalen Menschen, gleich darauf von demselben Verfasser Grashey ein Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder, — diesen beiden Werken reiht sich der Grödel würdig an. Eine Reihe namhafter Röntgenologen sind an der Mitarbeit beteiligt.

Grödel selbst behandelt die specielle interne Röntgentechnik, das normale Thoraxbild und die Röntgenuntersuchung des Herzens. Prof. Spiess (Frankfurt a./M.) berichtet über die Röntgenologie der oberen Luftwege, während Prof. Beck (New-York) über die Gallenblasen- und Leberdurchleuchtung schreibt. Prof. Krause (Bonn) bespricht die einschlägigen Daten der Gefässuntersuchungen, Trachealbefunde, Mediastinal- und Lungentumoren, Bronchialerkrankungen und das wichtige Gebiet der Lungentuberculose.

Zwerchfell und Atmung werden von Prof. Jamin (Erlangen) und die urologische Röntgenologie von Haenisch (Hamburg) behandelt. Ueber die Pleura und das Pericard schreibt Brauer (Marburg), während die Abschnitte über den Oesophagus und die Pneumonie aus der Feder Prof. Steyrers (Berlin) stammen. Endlich berührt Köhler (Wiesbaden) die Skeletterkrankungen, — das Grenzgebiet zwischen der internen und chirurgischen Röntgenologie. Diese Abhandlungen bilden auf 338 Seiten den ersten Teil des stattlichen Bandes. Ein Literaturverzeichnis in kleinem Druck auf 34 Seiten erhöht ungemein den Wert dieses Abschnittes; dank diesem Umstand können wir die vorliegende Arbeit als ausführliches Quellenwerk aufs beste empfehlen. Den zweiten Teil bilden die Abbildungen, von denen der grösste Teil in Autotypie, 12 Tafeln in photographischer Reproduction hergestellt sind. Zum grössten Teil sind auch die Abbildungen ganz vorzüglich gelungen, — besonders die Photographien. Von einzelnen Serien sind wohl aus Rücksicht auf den Raum leider nur wenige Bilder veröffentlicht, so z. B. aus dem Gebiet der urologischen Röntgenkunde.

In jeder Hinsicht können wir dieses neue schöne Werk aus Lehmanns Verlage allen auf das Allerbeste empfehlen.

E. Hesse.

Friedrich Albin Hoffmann: Atlas der Anatomie des Mediastinum im Röntgenbilde. 16 Seiten Text und 25 Tafeln im Lichtdruck nebst 25 Erklärungsskizzen. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Leipzig. 1909. Preis geb. M. 12.

Der Verfasser dieses Werkes, Prof. Hoffmann in Leipzig, ist von dem Grundgedanken ausgegangen, dass zum weiteren erfolgreichen Ausbau der internen Röntgendiagnostik die Kenntnis des normalen Röntgenbildes als eins der wichtigsten Principien zu betrachten ist. Die Kunde der Röntgenschatten des normalen Menschen muss sich nach des Verf. Ansicht zu einem Zweige der normalen Anatomie entwickeln. Zu diesem Zwecke brauchen wir einen systematischen Röntgenatlas des normalen Menschen. Als einen der ersten Bausteine zu diesem Werk ist der vorliegende Atlas zu betrachten. Auf 25 in Lichtdruck ausgeführten Tafeln sind die normalen Mediastinalorgane in den verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen (0°, 30°, 45°, 60°, 90°, 120°, 150°, 180°, 210°, 240°, 270°, 300° und 330°) zur Anschauung gebracht. Es ist gewiss ein dankenswertes, streng wissenschaftliches Unternehmen, welches Prof. Hoffmann sich zur Aufgabe gestellt hat; auch die Erklärungen sind vielfach lehrreich. Stellenweise jedoch nicht den Anforderungen entsprechend sind die Röntgenbilder, was wohl auf die mangelhafte Reproduction im Lichtdruck zurückzuführen ist. Das Format des Atlas (33 × 25 cent.) ist nicht bequem. Im ganzen dürfte das Werk wohl nur dem Specialisten zu empfehlen sein.

E. Hesse.

D. G. Besold und Dr. H. von Gidionsen. Pathologie und Therapie der Kehlkopf-Tuberculose. Berlin. 1907. Verlag von Reimer.

Die vorliegende Abhandlung ist aus den Erfahrungen über 498 Fälle von Kehlkopftuberculose, die 1896—1906 in Falkenstein am Taunus behandelt worden sind, hervorgegangen. Sie soll hauptsächlich practischen Zwecken dienen und vermeidet daher eine ausführliche Literaturbesprechung. Aber auch dem wissenschaftlichen Forscher bietet die Abhandlung viel Belehrendes, indem die Histologie der Larynxtuberculose durch Untersuchung von zahlreich excidiertem Material erschöpfend berücksichtigt worden ist. Interessant ist der Befund der Verfasser, «dass die ganze Tuberkelansiedelung in einem deutlichen Verhältnis zu dem äussersten unmittelbar unter dem Epithel gelegenen Gefässschlingenbezirke stand». Da die Definition des «tuberculösen Tumors» bisher keine einheitliche ist, so gewinnen die von den Verfassern gewonnenen Befunde über den Tumor differentialdiagnostische Bedeutung: sie fanden nämlich in den Tumoren der hinteren Larynxwand eine starke Bindegewebswucherung und starke Wachstumsvorgänge im Plattenepithel. Die Klinik und Therapie der Larynxtuberculose findet auch belehrenswerte Berücksichtigung. Unter den verschiedenen Behandlungsmethoden sprechen die Verfasser den chirurgischen Eingriffen das Wort: «wir müssen die instrumentelle Behandlung der Kehlkopftuberculose als sehr segensreich bezeichnen und möchten dieser Krankheit bis zur Auffindung besserer Mittel ohne Doppelkürette nicht gegenüberstehn». Auch die Kaustik verdient nach Ansicht der Verfasser in ausgedehntem Masse angewandt zu werden. Die vorliegende Abhandlung kann practischen Aerzten und Fachgelehrten bestens empfohlen werden.

J. Hoehlein.

Dr. Dahmer-Posen: Aerztliche Obergutachten aus der Praxis eines Ohren-, Nasen- und Halsarztes. Berlin. 1908. Verlag von Karger.

Im vorliegenden Büchlein handelt es sich um einen Auszug von 13 specialärztlichen Gutachten, die einer Reihe von 1[illegible] Gutachten entnommen sind, die Verfasser in den letzten 2[illegible] Jahren den verschiedenen Behörden erstattet hat. Sie sind «mit Rücksicht auf die Seltenheit der Fälle und der sie begleitenden Umstände ausgewählt». Dem practischen Arzte, der specialärztliche Gutachten abzugeben hat, können sie von grossem Nutzen und Interesse sein; dem Specialcollegen, der mit der Literatur vertraut ist, bieten sie wenig Belehrendes.

J. Hoehlein.

Verhandlungen des Vereins Süddeutscher Laryngologen. 1907. Herausgegeben vom Schriftführer Dr. med. Blumenfeld. Würzburg. C. Kabitsch. (Stubers Verlag).

Die Verhandlungen der vierzehnten Versammlung des Vereins sind im Verlage von Stuber erschienen. Den Vorsitz der von 88 Mitgliedern besuchten Versammlung führte Prof. Lindt (Bern). Nach der Geschäftssitzung fand die wissenschaftliche Sitzung statt. Es kamen 16 Vorträge zur Verhandlung, deren Titel im Folgenden wiedergegeben sei:

1. Siebenmann: Ein Fall von Mitbeteiligung der Schleimhaut der oberen Luftwege bei universeller, ichthyosiformer Erkrankung der Körperoberfläche. 2. Seifert: Beitrag zur Kenntnis von den toxischen Kehlkopflähmungen. 3. Avellis: a) Laryngotomie ohne Canüle und ohne Chloroform in Scopolaminmorphiumnarcose, b) Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen (Laryngocele). 4. Vohsen: Wert der Durchleuchtung bei Erkrankungen der Stirnhöhle. 5. Oppikofer: Mikroskopische Befunde von Nebenhöhlenschleimhäuten bei chronischem Empyem. 6. Denker: Weitere Erfahrungen über die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems. 7. Katz: Demonstration eines neuen elektro-

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

medicinischen Universalapparates für das ärztliche Sprech- u. Operationszimmer. 8. Starck: Oesophagoskopische Diagnostik von Erkrankungen im oberen Speiseröhrenabschnitt. 9. Von Eicken: a) Weitere Mitteilungen über Hypopharyngoskopie b) Bronchoskopische Mitteilungen. 10. Brünings: Zur Technik der Bronchoskopie. 11. Nager: Bronchoskopische Mitteilungen. 12. Kander: Meningitis beim Keilbeinhöhlenempyem mit Ausgang in Heilung. 13. Avellis: Oertliche seröse Meningitis bei acuter Keilbeineiterung mit Spontanheilung. 14. Hug: Ueber einen Fall von acuter Leukämie mit Exitus nach Adenotomie. 15. Dünges: a) Zur laryngologischen Casuistik, b) Zur Theorie des Asthmas.

Auf einen Inhaltsbericht der Vorträge kann nicht eingegangen werden.

J. Hoehlein.

Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Herausgegeben von Prof. Dr. Paul Dittrich in Prag. Lieferung 28—30. 7. Band. I. Lieferung. Vergiftungen. Klinischer Teil. I. Hälfte: Allgemeines. Anorganische Gifte. Von Dr. Franz Erben. Mit Vorwort und zwei Beiträgen von Prof. Dr. R. v. Jaksch. Wien u. Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1909.

Von dem bereits mehrfach in diesem Blatte angekündigten Standardwerke liegt jetzt der erste Band über die Vergiftungen vor. Er behandelt dieses Thema vom klinische Standpuncte, ist für den ärztlichen Sachverständigen und den practischen Juristen von grösster Wichtigkeit, jedoch auch für jeden practisch tätigen Arzt als Nachschlagebuch unentbehrlich. Der allgemeine Teil (71 Seiten) enthält u. A. eine detaillierte Darstellung der Aetiologie der Vergiftungen, wobei die endogenen Toxicosen eine besondere Berücksichtigung erfahren. Im speciellen Teile werden in diesem Bande nur die anorganischen Gifte (377 S.) abgehandelt. An eine ausführliche Symptomatologie schliesst sich jedesmal die Differentialdiagnose sowie der klinische Nachweis des Giftes. — Der Band über die organischen Gifte und die Therapie wird für den September dieses Jahres in Aussicht gestellt.

Michelson.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Dorpat. Die Eröffnung des I. Baltischen Aerztecongresses erfolgte am Sonntag, den 23. August, im Saale der Bürgermusse. Ausser der grossen Zahl von Aerzten aus den drei baltischen Provinzen befanden sich unter den Teilnehmern auch mehrere Aerzte aus den Residenzen und anderen Orten des Reichs.

Herr Dr. Lezius erklärte als Vertreter der Livl. Medicinalbehörde den Congress für eröffnet. Darauf hiess Prof. K. Dehio als Präses des baltischen Aerzte-Congresses die von nah und fern herangereisten Teilnehmer des Congresses mit einigen warmen Worten willkommen und wies auf die Ziele und Aufgaben des Congresses hin.

Das Stadthaupt, v. Grewingk begrüsste mit warmen Worten im Namen der Stadt den Congress und forderte die Mitglieder des Congresses auf, am Dienstag, den 25., in den Räumen der Ressource an einem von der Stadt veranstalteten Rout teilnehmen zu wollen.

Prof. Dehio dankte dem Stadthaupt im Namen des Congresses für die Einladung.

Dr. A. v. Bergmann-Riga übermittelte dem Congress Grüsse und Glückwünsche des Livländischen Aerztetages und wünschte, dass die Strahlen der alten alma mater, an deren Stätte sich der erste Baltische Aerzte-Congress versammelt hat, erwärmend auf das wissenschaftliche Leben, stärkend auf das collegiale Verhältnis wirken möchte. — Dr. v. Wistinghausen-Reval begrüsste den Congress im Namen des Estländischen Aerztetages. — Dr. Zoepffel-Libau beglückwünschte den Congress im Namen des Kurländischen Aerztetages und der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.— Dr. Krannhals-Riga übermittelte den Glückwunsch der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga. — Dr. Sadikoff-Talsen gratulierte im Namen des nordkurländischen Aerzte-Vereins.

Prof. Dehio dankte in kurzen Worten für die übermittelten Glückwünsche.

Darauf schritt der Congress auf Aufforderung Prof. Dehios zu den Wahlen.

Die Glieder des ständigen Congressbureaus in Riga, welchem die Vorbereitung auch des 1. Congresses oblag, und zwar Dr. W. v. Holst als Präses des Bureaus, Dr. L. Bornhaupt als Kassaführer und Archivar und Dr. G. Schultz als Secretär wurden in ihrem Amt vom Congress bestätigt. Die auf dem letzten Aerztetage in Riga vorgenommene Wahl des Professors Dehio zum Präses des 1. Congresses wurde bestätigt. Prof. Dehio dankte für die Wahl. — Weiterhin wurden per Acclamation die seitens des Bureaus proponierten Präsides der einzelnen Sectionen gewählt, und zwar Dr. A. v. Bergmann-Riga für die Section für Chirurgie, Dr. Krannhals-Riga für die innere Section, Dr. v. Kruedener-Riga für die ophthalmologische, Dr. Tiling-Riga für die psychiatrische und neurologische, Dr. v. Engelmann-Riga für die urologische, Dr. Voss-Riga für die otologische und Prof. Kessler für die geburtshilfliche Section. Da letzterer aber im Auslande weilte, so wurde auf Vorschlag Prof. Dehios die Wahl des Präses für die zuletzt genannte Section den Mittgliedern derselben überlassen.

Zu Vice-Präsides des Congresses wurden vom Congress die vom Bureau vorgeschlagenen Herren, Dr. Greiffenhagen-Reval und Dr. Zoepffel-Libau gewählt, zu Secretären die Herren: Dr. Schröder-Riga, Dr. R. Wolferz jun. Riga, Dr. O. Brehm-Libau, Dr. Raphael-Mitau, Dr. Armsen-Reval, Dr. G. v. zur Mühlen-Reval. Den Beschluss der Wahlen bildete die Wahl von 3 Cassaführern, zu welchem Amt der Congress folgende Herren wählte: Dr. Pfaff-Dorpat, Dr. P. Mende-Kurland, Dr. v. Dehn-Reval.

Dr. W. v. Holst erteilte darauf einen kurz gehaltenen Rechenschaftsbericht über die bisherige Tätigkeit des Congress-Bureaus und führte einige kurze Daten über die Entstehung des 1. Balt. Aerzte-Congresses an. Schon auf dem 18. Livländischen Aerztetag zu Wolmar wurde die Umbenennung des Livländischen Aerztetages in einen baltischen geplant, doch fand dieser Vorschlag damals nicht allgemeinen Anklang; erst auf dem letzten Aerztetage zu Dorpat wurde die Begründung eines baltischen Aerzte-Congresses, der alle 3 Jahr zusammentreten und die Glieder der drei baltischen Aerztetage vereinigen soll, beschlossen. Dieser Vorschlag wurde von den Aerztetagen der beiden Schwesterprovinzen acceptiert und freudig begrüsst.

Professor Kennel eröffnete sodann die lange Reihe der wissenschaftlichen Vorträge.

Am Abend fand ein Diner statt, welches unter zahlreichen Reden äusserst harmonisch verlief. Nach Schluss desselben vereinigte ein zwangloses Beisammensein die Collegen.

Am Dienstag, d. 25. August, fand der Congress seinen Abschluss.

Es haben sich insgesamt 162 Aerzte am Congress beteiligt.

— St. Petersburg. Das Mitglied des Militär-Medicinischen gelehrten Comitees, Leibmedicus, Geheimrat, Dr. Alyschewski ist wegen Krankheit verabschiedet unter Beförderung zum wirklichen Geheimrat, mit Uniform und Pension und Belassung des Titels eines Leibmedicus.

— Dr. N. Freiberg ist als Vertreter Russlands zur 2. Conferenz zur Bekämpfung der Nahrungsmittelverfälschung, die am 4. October in Paris stattfindet, abcommandiert.

— Die Halbinsel Kamtschatka, die vor kurzem zu einem besonderen Gouvernement umgewandelt wurde, hat als ersten Gouverneur einen Arzt erhalten. Dr. W. Perfiljew, der bisher einen administrativen Posten im Amurgebiet einnahm, ist zum Gouverneur vom Kamtschatka ernannt.

— Moskau. Der a. o. Professor der medicinischen Diagnostik an der Universität, Dr. Kischkin, ist zum ordentlichen Professor ernannt und der Privatdocent, Dr. Krimberg, zum a. o. Professor der Medicinischen Chemie an der Universität zu Charkow.

— Amsterdam. Der Privatdocent, Dr. G. van Rijnbeck ist zum ordentlichen Professor der Physiologie ernannt.

— Lemberg. Der Privatdocent für Anatomie, Dr. J. Szyszylowicz, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Insbruck. Der Privatdocent für pathologische Anatomie, Dr. E. v. Hibler, ist zum a. o. Professor ernannt.

— Prag. Der Privatdocent für Pharmakologie an der tschechischen Universität, Dr. K. v. Lhotak, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Neapel. Dr. H. Pianese ist zum a. o. Professer der pathologischen Anatomie ernannt.

— Modena. Dr. E. Lugaso ist zum a. o. Professor der Neurologie und Psychiatrie ernannt.

— Bukarest. Der Privatdocent Dr. Stanculeanu, ist zum o. Professor der Augenheilkunde ernannt.

— Die am Fusse des Elborus gelegenen heissen Quellen, die unter dem Namen Gorjatschij Narsan bekannt waren und von den einheimischen Bergvölkern als Curort besucht wurden, sind am 20. Juli durch einen Bergsturz vernichtet. Das Wasser des grossen zwischen den Gletschern Birdshal-Giran gelegenen Sees brach durch den Berg durch und ergoss sich in den Fluss Birdshalys, einen Nebenfluss der Malka, wodurch das Wasser im Fluss um 3 Faden stieg und grosse Felsmassen mit sich riss. Alle umliegenden Hütten und Zelte der Kranken wurden weggeschwemmt, ohne dass Menschen hierbei umkamen. Die Stelle,

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wo die Quellen früher zu Tage traten, ist verschüttet und von den Quellen jede Spur verloren.

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 27. Aug.	des 28. Aug.	19	9	16	296
» 28. »	» 29. »	37	13	16	302
» 29. »	» 30. »	20	15	14	293
» 30. »	» 31. »	49	13	18	310
» 31. »	» 1. Sept.	31	14	13	314
» 1. Sept.	» 2. »	40	4	18	332
» 2. »	» 3. »	43	11	18	348

Seit dem Beginn der Epidemie sind 15230 Personen erkrankt, 5865 gestorben und 9019 genesen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 23. bis zum 29. Aug.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	183 (49)	4675 (1782)	16. Mai
Kronstadt	— (1)	102 (47)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	51 (65)	991 (514)	27. Mai
» Archangelsk	5 (—)	686 (314)	13. Juni
Gouv. Wologda	4 (3)	556 (317)	19. »
» Olonez	3 (2)	28 (19)	8. »
» Perm	8 (1)	28 (9)	18. Juli
» Estland	9 (—)	27 (12)	5. »
» Kurland	4 (1)	239 (118)	1. »
» Livland	21 (10)	241 (118)	16. »
» Wilna	6 (—)	157 (52)	29. Juni
» Witebsk	138 (77)	2698 (1005)	16. »
» Twer	65 (17)	286 (113)	29. Juni
» Jaroslaw	79 (38)	445 (222)	24. »
» Kostroma	49 (16)	92 (37)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	13 (6)	39 (19)	30. »
Stadt Ssamara	8 (4)	20 (11)	4. Aug.
Gouv. Moskau	1 (1)	8 (3)	25. Juni
» Nowgorod	17 (8)	482 (246)	7. »
» Pskow	39 (22)	306 (133)	28. »
Gouv Wladimir	1 (1)	7 (6)	25. April
» Poltawa	3 (7)	92 (48)	28. Juli
» Taurien, Kreis Berdjansk	4 (2)	4 (2)	28. Aug
Stadt Tomsk	1 (—)	2 (1)	12. Aug
	608 (331)	12219 (4793)	

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten vom 18. bis zum 24. Juli 781 Personen, starben 623. — In der Kolonie von Honkong erkrankten vom 4. bis zum 10. Juli 4 Personen und starben 2. Auf der Insel Mauritius erkrankten vom 4. Juni bis zum 15. Juli 4 Personen und starben 3. — In Aegypten erkrankten vom 16. bis zum 13. Juli 26 Personen und starben 9.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 11. bis zum 24. Juli 36 Personen an der Cholera.

— Rotterdam. Alle in den Baracken untergebracht gewesenen Cholerakranken sind genesen und nach Hause entlassen worden. Seit dem 4. September (22. August) sind keine neuen Erkrankungen mehr vorgenommen und im ganzen befindet sich nur noch ein Cholerakranker.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 9. bis zum 15. Aug. 1909 468 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 16, Typhus exanthem. 2, Febris recurrens 10, Pocken 11, Windpocken 4, Masern 53, Scharlach 49, Diphtherie 47, Cholera 138, acut. Magen-Darmkatarrh 92, an anderen Infectionskrankheiten 46.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 4477. Darunter Typhus abdominalis 224, Typhus exanth. 13, Febris recurrens 36, Scharlach 209, Masern 59, Diphtherie 168, Pocken 82, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 393, crupöse Pneumonie 87, Tuberculose 318, Influenza 139, Erysipel 108, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 44, Lepra 0, Syphilis 415, venerische Krankheiten 360, acute Erkrankungen 1787, chronische Krankheiten 1361, chirurgische Krankheiten 1320, Geisteskrankheiten 3228, gynäkologische Krankheiten 207, Krankheiten des Wochenbetts 105, Hydrophobie 0, verschiedene andere Krankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 746 + 38 Totgeborene + 60 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 7, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 5, Masern 38, Scharlach 11, Diphtherie 14, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 14, katarrhalische Pneumonie 60, Erysipelas 12, Influenza 6, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 13, Dysenterie 1, Cholera 87, Magen-Darmkatarrh 40, andere Magen- und Darmerkrankungen 49, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 35, Marasmus senilis 22, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 228.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Brest-Litowsk Dr. C. Schultz, geb. 1853, Arzt seit 1881; 2) Dr. R. Boddaert, Professor der Pathologischen Anatomie an der medicinischen Facultät in Gand; 3) Dr. Lewis Balch, Professor der Anatomie und Gerichtlichen Medicin am Albany Medical College; 4) Dr. J. A. Scott, Professor der Medicinischen Klinik in Philadelphia.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept. 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.

E. Meuschen (Gast): Ein Fall von seltener Nierendystopie.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Sept. 1909.

Tagesordnung: Dr. L. v. Lingen: Ueber die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu einigen Organen.

— Ich verreise und werde bis auf weiteres von H. Dr. med. F. Holzinger vertreten: Was. Ostr. 2. Linie 35.

F. Dörbeck.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

O. Rand. Der Mythus von der Geburt des Helden. Leipzig. Verlag von F. Deuticke. 1909.

Grenzgebiete in der Medicin. Vierzehn Vorträge anlässlich der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen, gehalten von den Professoren Bäumler, v. Baumgarten, Bardenheuer, Curschmann, Edinger, Ehrlich, Frenkel-Heiden, Gaffky, Hoffa, Kehr, Lexer, Michel, F. Müller, Rumpf. Redigiert von Prof. R. Kutner, Verlag v. G. Fischer in Jena.

G. Gruber. Ueber Wesen und Wertschätzung der Medicin zu allen Zeiten. Verlag der Aerztlichen Rundschau. (O. Gmelin). München 1909.

A. Lorand. Das Altern, seine Ursachen und seine Behandlung. Verlag von Dr. W. Klinkhardt in Leipzig. 1909.

O. E. A. Hjelt. Carl von Linné als Arzt und medicinischer Schriftsteller. Uebersetzung aus dem schwedischen. Verlag von G. Fischer in Jena. 1909.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medicin im In- und Auslande. Begründet v. Prof. Ebstein. Redigiert von Dr. Schreiber und Dr. Rigler. Bericht über die Jahre 1902 und 1903. I. Band. Leipzig. Verlag von Dr. W. Klinkhardt. 1909.

Я. Гальпернъ. О связи между грыжами и разрывами кишекъ. 1909.

Gynäkologie. Mitteilungen aus der zweiten Frauenklinik der Universität zu Budapest, Director Prof. Tauffer, gewidmet der VIII. Section des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 37 St. Petersburg, den 12. (25. Sept.) 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

(Aus den Medicinischen Kliniken zu Dorpat und Heidelberg).

Ueber die Einteilung der Anämien.

Von

Ernst Masing.

z. Z. Volontär der Heidelberger Klinik.

Dass die Einteilung der Anämien in primäre, bezw. idiopathische, und in secundäre eine unbefriedigende ist, liegt auf der Hand, schon deswegen, weil es wahrscheinlich überhaupt keine idiopathischen gibt. „Die neuere Hämatologie anerkennt nur secundäre . . . . Anämien" (Pappenheim [1]).

Aber auch, wenn man nach Ehrlichs Vorgang den Regenerationstypus zum Einteilungsprincip nimmt, megaloblastische von normoblastischen Anämien streng scheidet und weiterhin die megaloblastischen für perniciös, dem Biermerschen Symptomenbilde gehörig, erklärt, so gerät man in Schwierigkeiten und Widersprüche.

Einmal lässt sich nämlich eine scharfe Grenze zwischen beiden Typen nicht ziehen. Es gibt Anämien, die neben vielen Normoblasten einige Megaloblasten aufweisen, andere, die vorwiegend megaloblastisch sind. Wie schon Schaumann [2]) bemerkt, finden sich im Blutbilde unter günstigen Umständen alle Uebergänge zwischen den extremen Ehrlichschen Megaloblasten mit grossem, blassem, structurierten Kern und kleinen Normoblasten mit pyknotischen Kernen. Dieselbe Beobachtung haben auch S. Askanazy [3]), Pappenheim [4]), St. Klein [5]) und andere gemacht.

[1]) Fol. hämatol. April 1909. pag. 414.
[2]) «Zur Kenntnis der sogen. Bothriocephalusanämie». Helsingfors. 1894. pag. 145.
[3]) «Ueber Bothriocephalusanämie und die prognost. Bedeutung der Megaloblasten im anämischen Blut. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 27, pag. 492.
[4]) «Neue Streitfragen aus dem Gebiete der Hämatologie». Zeitschr. für klin. Med. Bd. 47. pag. 216.
[5]) Wiener med. Presse. 1896. pag. 921.

Im gleichen Sinne spricht das Tierexperiment. Tallqvist stellte bei experimentellen Blutgiftanämien durch genaue Messungen eine Makrocytose fest, die im Ganzen der Schwere der Anämie proportional war; je schwerer die Anämie, desto grösser der mittlere Durchmesser der Erythrocyten. Und Makrocytose ist doch nach Ehrlich der Ausdruck megaloblastischer Blutbildung — Reckzeh [1]), Askanazy [2]), Wyssotzky [3]) fanden bei ähnlichen Versuchen Megaloblasten im Blut und auch im Knochenmark.

An Kaninchen, die subacut mit Anilin und Pyrodin vergiftet waren, konnte ich [4]) zeigen, dass mit zunehmender Anämie immer grössere kernlose und kernhaltige Erythrocyten auftreten. So hatte beispielsweise ein Tier bei 3 Millionen Erythrocyten im mm³ Blut Durchmesser von 5—10 μ (7,4), bei 1,5 Millionen im mm³ dagegen 4,8—12,0 μ (8,2), während der Durchmesser in der Norm 6,0—7,5 (6,7) betrug. — Zu Beginn der Vergiftung zeigten sich in der Regel typische Normoblasten, im weiteren Verlauf grössere Formen — im gewählten Beispiel 7,5—10,5 μ grosse —, zum Schluss vorwiegend typische Megaloblasten bis 13,5 μ im Durchmesser. Stets aber waren fliessende Uebergänge zwischen beiden Typen vorhanden. — Auch im Knochenmark (Rippenresectionen!) liess sich stets eine allmähliche Zunahme der Procentzahl der Megaloblasten nachweisen, zuweilen eine sehr bedeutende (25 pCt. statt 1—3 pCt. normal), das Bild der sogen. „megaloblastischen Degeneration" des Knochenmarkes.

Die megaloblastische Blutbildung scheint demnach weiter nichts zu sein, als eine Reaction des Knochen-

[1]) »Ueber die durch das Alter der Organismen etc.». Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 54, pag. 165.
[2]) Ueber die Körnung der roten Blutkörperchen bei anäm. Zuständen. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 64, pag. 288.
[3]) «Beiträge zur Frage der progr. pern. Anämie». Dissert. Moskau. 1906 (russisch).
[4]) «Zur Frage der Regenerat. der roten Blutkörperchen bei experim. Anämien». Dissert. Dorpat. 1908 (russisch). Daselbst finden sich auch die genaueren Versuchsprotocolle.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

marks auf sehr starke Reize [1]), vorwiegend auf blutzerstörende Processe, denn durch Aderlässe gelingt es nicht oder nur unvollkommen sie hervorzurufen; als eine specifische Giftwirkung kann sie m. E. deswegen nicht angesehen werden, weil sie sich durch Blei, Anilin, Pyrogallol, Pyrodin, Phenylhydrazin in annähernd gleicher Weise provocieren lässt.

Trotzdem könnte es aus practischen Rücksichten zweckmässig sein, die Anämien mit megaloblastischer Blutbildung als selbständiges Krankheitsbild bestehen zu lassen, wenn diesem Syndrom — etwa wie den Perforationsperitonitiden — ein einigermassen einheitlicher klinischer Verlauf entspräche. Doch ist das nach den neueren Erfahrungen nicht der Fall.

Man hielt die megaloblastischen Anämien für perniciös, die normoblastischen für relativ gutartig. Nun sind aber die sogenannten pseudoleukämischen und andere Anämien des Kindesalters [2]) megaloblastisch trotz häufig gutartigen Verlaufs. Die Anämien bei Bothriocephalus latus sind es wohl immer, die bei Carcinom, Leukämie, Syphilis — ebenfalls nicht selten und dabei in ihrem Verlauf abhängig von der Möglichkeit einer Beeinflussung des Grundleidens; megaloblastische Giftanämien heilen nach Aussetzen der Vergiftung aus. 2 „atypische" acute megaloblastische Anämien von Morawitz [3]) zeigten eine wohl endgültige Heilung. Dagegen hat die bösartigste aller Anämien, die sogen. aplastische, keine Megaloblasten und Makrocyten.

Also, um es kurz zu formulieren: weder sind alle megaloblastischen Anämien perniciös, noch alle perniciösen Anämien megaloblastisch. Daraus scheint mir hervorzugehen, dass es willkürlich ist, die Anämien nach dem Regenerationstypus einzuteilen, und dass eine solche Einteilung uns das Verständnis des Wesens der verschiedenen Formen nicht erleichtert. Deswegen möchte ich vorschlagen, sie fallen zu lassen und eine andere, mehr ätiologische wie sie schon von Pappenheim [4]) angebahnt worden ist, an ihre Stelle zu setzen.

Freilich müsste dazu zuerst eine Einigung über die Aetiologie der Biermerschen Anämie erzielt werden, und das dürfte bei den noch herrschenden Meinungsverschiedenheiten schwierig sein. Immerhin glaube ich, dass wir über einige wesentliche Factoren schon soweit unterrichtet sind, dass wir trotz mancher unbekannter Grössen, den Causalnexus bis zu einem gewissen Grade übersehen.

Es gibt 3 Möglichkeiten für das Zustandekommen der „perniciösen" Anämie.

1) Vermehrter Blutuntergang (Neumann, Hunter, Pappenheim u. a.).

2) Neubildung von wenig resistenten, rascher dem Untergang anheimfallenden Blutkörperchen (Gulland und Goodall u. a.).

3) Absolut verminderte Neubildung (Ehrlich, Lazarus, Bloch u. a.).

Endlich sind noch Combinationen dieser 3 Möglichkeiten denkbar.

Nachdem Quincke [5]) bei manchen schweren Anämien einen vermehrten Eisengehalt der Organe — besonders der Leber — nachgewiesen hatte, ohne diese Tatsache als typisch für bestimmte Formen zu bezeichnen, stellte Hunter [1]) eine regelmässige Siderose der Leber bei der „Addisonschen" Anämie (das Bild der später „progressiv perniciös" genannten Anämie hat zuerst Addison 1849 und 1855 beschrieben) fest.

Hunter [2]) fand beispielsweise folgende Zahlen:

	Leber	Milz
Normal	80 mg. Fe.	90—230 mg. Fe.
Blutverlust (3 Fälle)	19 „ „	23 „ „
„Addison"-anämie (18 Fälle)	290 „ „	113 „ „

Aus dieser bedeutenden Vermehrung des Lebereisens schliesst er erstens auf starken Zerfall von Blut und zweitens, dass dieser Zerfall im Portalkreislauf vor sich gehen müsse und daher intestinalen Ursprungs sei, denn Blutzerfall im grossen Kreislauf bedingte Eisenablagerung vorwiegend in der Milz. Die „Addison"-anämie" ist also nach Hunter eine exquisit hämolytische Anämie. Für diese Ansicht lassen sich weiter anführen:

1) Die subicterische Verfärbung der Haut mit Urobilinurie, zuweilen Icterus (hämo-hepatogener) und Bilirubinurie ohne Verschluss der Gallenwege (Syllaba [3]).

2) Das Vorkommen von Hämoglobinurie [4]) und Hämoglobinämie (Syllaba [1]).

3) Die Blutungen in der Retina und Magenschleimhaut, wahrscheinlich durch Embolien bedingt.

4) Die Entdeckung von Schaumann und Tallqvist [5]), dass Extracte des Bothriocephalus latus in vitro hämolysieren und bei Tieren der Biermerschen in manchen Puncten ähnliche Anämien hervorrufen.

5) Die Befunde von Berger und Tsuchiya [6]), dass in passender Weise hergestellte Extracte der Magen-Darmschleimhaut bei pernic. Anämie viel stärker hämolysieren als Extracte normaler Schleimhäute.

Diese Tatsachen legen den Schluss doch sehr nahe, dass wirklich ein pathologisch gesteigerter Untergang von roten Blutkörperchen stattfindet.

Dieser Blutzerfall könnte, wie manche Autoren glauben [7]), darauf beruhen, dass die Blutbildung fehlerhaft ist, indem hinfällige, wenig resistente Erythrocyten gebildet werden. Wenn dem so wäre, so bliebe es unverständlich, (Hunter), warum gerade in der Leber so viel Eisen abgelagert wird, und nicht in der Milz, wie bei anderen blutzerstörenden Processen z. B. bei Malaria.

Ganz einwandsfrei ist diese Frage noch nicht zu entscheiden, denn die Prüfungen der Resistenz gegen hypotonische Lösungen haben schwankende Resultate ergeben. Doch fand Jakuschewsky [8]) bei Anämien eine erhöhte Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen; mit der Besserung des allgemeinen Zustandes ging sie wieder zurück. Sollte sich das bestätigen, so kann das Zustandekommen der Anämie nicht gut auf eine Verminderung der Resistenz zurückgeführt werden.

Die 3. Möglichkeit, nämlich die verminderte Erythrocytenbildung wird von der Ehrlichschen Schule vertreten. Auch Bloch [9]) spricht von einer „primären asthenischen Beschaffenheit" des Knochenmarks bei Biermerscher Anämie. Die meisten Hämatologen ste-

---

1) cf. Askanazy, St. Klein u. a.

2) cf. Flesch «Die Anämien im Kindesalter». Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk. Bd. III. pag. 219, ff. Literatur.

3) «Ueber atypische schwere Anämien». Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 88, pag. 493.

4) Fol. hämatol. II, 1906, pag. 355, ferner Fol. hämatol. VI, 1909. pag. 419.

5) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 20, 25, 27; ferner Stühlen: «Ueber den Eisengehalt der verschiedenen Organe bei anäm. Zuständen». D. Arch. f. klin. Med. Bd. 54.

---

1) «An investigation into the pathology of pernicious anämia» Lancet Sept. and Oct. 1888.

2) Severest Anaemias, Vol. I. London. 1909, pag. 110.

3) Refer. Centrbl. f. inn. Med. 1902, pag. 1122, ferner Fol. hämatoe. Bd. I, 1904, pag. 283.

4) Hämoglobinurie konnte ich in einem einschlägigen Fall der Heiderberger Klinik beobachten.

5) «Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms». Deutsche med. W. 1898, pag. 312.

6) «Beiträge zur Pathogenese der pernic. Anämien. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 96, pag.

7) z. B. Gulland und Goodall, refer. Centralbl. f. inn. Med. 1905, pag. 718.

8) Russ. med. Rundschau. 1904, pag. 345.

9) Fol. hämatol I, 1904, Nr. 5, ferner Biochem. Zeitschr. 1908.

Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hen aber wohl auf dem Standpunct, dass die Regeneration des Blutes absolut bedeutend erhöht, wenn auch relativ dem vermehrten Zerfall gegenüber insufficient ist. Wir besitzen vorläufig noch keine Methode, um die Grösse der Blutregeneration zu messen, und können daher diese Frage noch nicht endgültig entscheiden, doch ist mir keine einzige Tatsache bekannt, die uns zwänge, eine Verschlechterung der Blutbildung zur Erklärung des Biermerschen Symptomencomplexes heranzuziehen. Es spricht eigentlich alles fürs Gegenteil z. B. die Hyperplasie des roten Markes, die myeloide Metaplasie von Leber und Milz, das Auftreten von kernhaltigen und polychromatischen Erythrocyten. Endlich möchte ich noch darauf hinweisen, dass die aregeneratorische aplastische Anämie wohl deswegen so deletär ist, weil ihr eben die compensatorisch verstärkte Blutbildung der Biermer-Anämie fehlt.

Es lässt sich aber auch direct experimentell zeigen, dass bei längerer Anwendung von blutzerstörenden Mitteln ein dem Biermerschen ähnliches Bild entsteht. In diesem Sinne können die Resultate von Tallquist[1]), Reckzeh[2]), Syllaba[3]), Samuely[4]), Wyssotzky[5]), v. Domarus[6]) u. a. verwertet werden.

Ich verfüge über eine Versuchsreihe an Kaninchen, die durch passende Dosen von Anilin und Pyrodin bis zu $2^1/_2$ Monate lang anämisch gehalten wurden. Bei meinen Tieren fanden sich:

1) Im Blut: Makrocytose, Polychromasie, basophile Tüpfelung, hoher Färbeindex (bis zu 1,8), Megaloblasten.

2) Im Knochenmark: Hyperplasie des roten Marks aller Knochen mit Aufzehrung der Knochencompacta von innen[7]), Vermehrung der Megaloblasten (bis zu 25 %) und eine geringere der „Lymphoidzellen", Siderose.

3) In den Organen: Myeloide Metaplasie von Leber und Milz, allgemeine Siderose (Leber, Milz, Nieren, Herz), submuköse Blutungen im Magen, nekrotische Herde in der Leber[8]), Degeneration des Herzmuskels. Also dieselben Erscheinungen, wie sie für die Biermersche Anämie charakteristisch sind. Abweichend vom Biermerschen Symptomenbilde fanden sich nur constanter Milztumor mit sehr bedeutendem Eisengehalt und meist Leukocytenvermehrung. Doch lässt sich diese Differenz, wie mir scheint, unschwer erklären: Die experimentellen Blutgiftanämien verlaufen stets relativ acut, und wo beim Menschen acute megaloblastische Anämien zur Beobachtung kamen — ich erinnere nur an die Fälle von Morawitz[9]), u. a. —, waren die Leukocytenzahlen hoch und stets Milztumor nachweisbar. Aehnliches scheint auch bei Exacerbationen chronischer Biermerscher Anämien vorzukommen. Jedenfalls konnte ich in der Heidelberger Medicinischen Klinik eine solche Exacerbation mit 17000 Leukocyten und bedeutender Milzschwellung beobachten; nach 2 Monaten war die Milz kleiner geworden und die Leukocytenzahl normal. Das Fehlen der Milzsiderose bei „perniciöser" Anämie endlich erklärt sich leicht, wenn wir mit Hunter annehmen, dass die Hämolyse sich hier im Portalkreislauf abspielt.

[1]) «Ueber exper. Blutgiftanämien. Helsingfors. 1900.
[2]) «Ueber die durch d. Alter etc.» l. c. pag. 165.
[3]) «Ueber die Pathogenese der perniciösen Anämie» refer. Fol. hämat. I, pag. 283.
[4]) «Stoffwechseluntersuchungen bei exp. Anämien.» Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 89, pag. 220.
[5]) l. c.
[6]) «Ueber Blutbildung in Milz und Leber bei exper. Anämien». Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. Bd. 58, pag. 319.
[7]) Bei pernic. Anämie beschrieben von Rindfleisch (Virch. Arch. Bd. 121, pag. 176), Muir (Journ. of Pathol. and Bacteriol. Febr. 1901), Meyer und Heineke (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 88, pag. 482).
[8]) Bei pernic. Anämie beobachtet von Gulland and Goodall und Nikiforow (cit. nach Wyssotzky l. c.).
[9]) «Ueber atyp. schwere Anämien», l. c.

Somit glaube ich mich der Meinung anschliessen zu können, dass das Wesen der Biermerschen Anämie in einer chronischen Blutzerstörung besteht. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, dass nicht secundär auch eine Erschöpfung der blutbildenden Organe eintreten kann, vielleicht auch oft eintritt — analog der Erlahmung des hypertrophischen Herzmuskels. Aber zum Wesen des Processes gehört die Erschöpfung nicht, ebensowenig, wie die Erlahmung des hypertrophischen Herzens die Ursache der arteriosclerotischen Cirkulationsstörung ist.

Wenn also Blutzerstörung der Angelpunct der „progressiven perniciösen Anämie" ist, so gehört diese genetisch zur Gruppe der hämolytischen Anämien. Es scheint mir aber durchaus zweckmässig nach dem Vorschlage von Pappenheim, Krehl[1]), Hunter[2]) u. a. die Bezeichnung „progressive pernic. A." ganz fallen zu lassen, weil sie die falsche Vorstellung von dem unaufhaltsamen Fortschreiten des Processes erweckt, — man denke an die leicht heilbare Bothriocephalusanämie — und statt dessen zu sagen: chronische hämolytische Anämie Typus Addison-Biermer, oder einfach Addison-Biermersche Anämie.

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich dann folgende genetische Einteilung der Anämien, die sich im wesentlichen an die Pappenheimsche anschliesst, sich aber in der Auffassung der chronischen hämolytischen Anämien von ihr unterscheidet.

I. Posthämorrhagische acute und chronische Anämien, die mit Blutverlust nach aussen, also Hämoglobinverlust einhergehen.

Dazu gehören traumatische Blutungen, Nasen-, Lungen-, Magen-, Darm-, Hämorrhoidal-, Uterusblutungen u. s. w. Hämatologisch sind sie charakterisiert durch niedrigen Färbeindex, vorwiegende Normocytose, schwache Polychromasie. Wenn die Hauptmenge des Blutes, etwa vom Darm, wieder resorbiert wird, so verwischt sich das Bild etwas, der Färbeindex kann steigen.

II. Hämolytische Anämien durch Blutzerfall im Körper.

1. Anämien durch blutzerstörende Pharmaka[3]) (z. B. Nitrobenzol, Pyrodin etc.).
2. Bothriocephalusanämie.
3. Mit noch nicht genügend bekannter Genese
   a) acute (Typus Morawitz).
   b) Chronische (Typus Addison-Birmer).
4) Megaloblastische Anämien bei einigen Carcinomen und Syphilis.
5. Malarianämien[4]).

Diese Gruppe ist in ausgesprochenen Fällen charakterisiert durch Makrocytose, hohen Färbeindex, Megaloblasten, oft starke Polychromasie, nicht selten hämolytischen Icterus. Was den 4. Punct anbetrifft, so gaben besonders die Untersuchungen von Crile[5]), der an einem grossen Material im Serum krebskranker Hämolysine fand, das Recht, die megaloblastischen Carcinomanämien für z. T. hämolytisch zu erklären.

Die syphilitischen Anämien wären nur dann hierher zu rechnen, wenn sie — was vorkommt — die aufgezählten Symptome haben; sonst gehören sie in die III. Gruppe.

[1]) «Pathol. Physiologie», Leipzig. 1907. pag. 145.
[2]) «Severest Anaemias». l. c. pag 95.
[3]) Ehlich und Lindenthal. «Eigentüml. Blutbefund bei einem Fall von protrahierter Nitrobenzolvergiftung», Ztschr. f. klin. Med. Bd. 30, pag. 427.
[4]) cf. u. a. Bignami und Dionisi. «Die postmalar. u. chron. exper. Anämien». Centralbl. f. allg. Path. 1894, Bd. 5, pag. 422.
[5]) «The cancer problem», Med. record 1908, Nr. 23, refer. Ctrbl. f. inn. Med. 1909, Nr. 26.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Anämien wegen ungenügender Blutbildung.

1. Myelopathische, bei Zerstörung oder Verdrängung des blutbildenden Marks durch
   a) Tumoren (Myelome, metastische Carcinome u. s. w.)
   b) Leukämische Wucherungen.
   c) Osteosclerose.
2. Hypoplastische; aus z. T. noch unbekannten Ursachen ist die Blutbildung mangelhaft
   a) sogen. „secundäre" Anämien bei chronischen Krankheiten (Nephritis !) Unterernährung, chron. Infect.-Krankheiten (Tuberculose etc.).
   b) sogen. „aplastische" A. (aregeneratorische nach Pappenheim).

Diese ganze Gruppe zeichnet sich aus durch normalen oder mässig erniedrigten Färbeindex, Normocytose und geringe meist fehlende Polychromasie. Die myelopathischen Anämien zeigen zuweilen bei Knochenmarksreizung leichte Makrocytose und oft Myelocyten und hochnormalen Färbeindex.

Den hypoplastischen Anämien fehlen dagegen meist alle Regenerationserscheinungen.

IV. Chlorosen.

Eine genauere Charakteristik der einzelnen Gruppen und Formen fällt aus dem Rahmen dieser kleinen Uebersicht. Das nähere darüber findet sich in den Handbüchern und in der Folia hämatologica.

Es liegt mir gänzlich fern, diese Einteilung für eine allen Anforderungen entsprechende zu halten. Die einzelnen Gruppen umfassen ätiologisch und in ihrem klinischen Verlauf sehr verschiedene Bilder. Wenn die Genese auch der kryptogenetischen Anämien ganz geklärt sein wird, so wäre eine der Hunterschen analoge Einteilung [1]) vielleicht viel zweckmässiger. — Der Vorzug der obigen scheint mir nur darin zu liegen, dass sie solche Krankheitsbilder vereinigt, die durch an sich verschiedene, aber auf den Lebensgang der roten Blutkörperchen mehr oder weniger ähnlich wirkende pathogene Ursachen hervorgerufen werden und daher auch hämatologisch einander gleichen.

Ich bin mir auch sehr wohl bewusst, dass es viele Anämien gibt, die Mittelstellungen einnehmen, die — wie etwa die Carcinomanämien u. a. durch Blutverlust und durch Hämolyse entstehen können. Es wäre daher auch ganz verfehlt, jeden einzelnen Fall durchaus in eine Abteilung des Schemas hineinzwängen zu wollen. Ein Schema soll nur Gesichtspuncte hervorheben.

Wesentlich aber erscheint es mir, in jedem einzelnen Fall von Anämie festzustellen, wie weit Blutverlust, Blutzerstörung und mangelhafte Regeneration bei seiner Genese in Betracht kommen. Das ist wichtig für die symptomatische Therapie der Anämien (z. B. wird Eisendarreichung bei rein hämolytischen zwecklos sein) und ist, wie ich glaube, der Weg zu einer functionellen Diagnostik anämischer Zustände.

---

[1]) H. unterscheidet Anämien infectiösen und nichtinfectiösen Ursprungs ‹Severest Anaemias›, I, pag. 63.

Ueber habituelle Kopfschmerzen.

Von

Dr. H. Hirsch.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerzte-Congress in Dorpat im August 1909.

M. H.! Kopfschmerzen sind das häufigste Krankheitssymptom überhaupt; es gibt keine Krankheit, bei welcher nicht Kopfschmerzen auftreten können oder müssen. Hier beabsichtige ich nur von idiopathischen Kopfschmerzen zu sprechen und zwar von der Gattung, die man nach ihrer wichtigsten Eigentümlichkeit, nach ihrem gewohnheitsmässigen Auftreten oder der langen Dauer ihres Bestehens, als „habituelle", „Gewohnheitskopfschmerzen" bezeichnet. Trotz ihrer Häufigkeit gilt von ihnen bisher im allgemeinen, — in der Literatur sowohl, wie in der Praxis, — was ein Autor sagt: „die Bezeichnung „habituelle Kopfschmerzen" ist nur ein Deckmantel unserer Unwissenheit und muss mit unserer zunehmenden Erkenntnis verschwinden". Und doch handelt es sich hier um eine practisch eminent wichtige Krankheit, die ihre Opfer fordert, wie andere schwere Leiden, zwar nicht an Todten, aber an gebrochener Lebenskraft und Arbeitsfreudigkeit unendlich vieler Menschen.

Ich will im Folgenden versuchen, den habituellen Kopfschmerz" als eine dem Wesen nach gesonderte Krankheit zu zeichnen, um danach vor allem auf die Therapie einzugehen, welche sich aus den gewonnenen Gesichtspuncten ergeben wird. Ich spreche aus der Praxis für den Practiker. Das Krankheitsbild ist Ihnen, m. H. bekannt: Im übrigen gesunde Menschen leiden an häufigen, oft täglich auftretenden, durch lange Perioden ihres Lebens anhaltenden Kopfschmerzen, ohne dass eine ausreichende anatomische oder physiologische Ursache für das Auftreten dieses krankhaften Zustandes gefunden werden könnte. Dieses Fehlen einer greifbaren Aetiologie hat ihnen auch den Namen: nervöse Kopfschmerzen eingetragen, der besonders im Munde der Laien sehr beliebt ist. — In der täglichen Praxis greifen wir häufig genug, um unseren und den Patienten Causalitätsbedürfnis zu genügen, eine Krankheitsursache als die wahrscheinlichste heraus, wie folgendes Beispiel zeigt, gewiss oft recht willkürlich: Es erscheint ein Patient mit der Klage über beständige Kopfschmerzen in unserer Sprechstunde, sagen wir beispielsweise eine vielbeschäftigte, elend aussehende Lehrerin, welche noch angibt, ihre Mutter habe auch an ähnlichen Schmerzen gelitten. Hier wird der eine Arzt „Anämie" als Ursache des Kopfschmerzes diagnosticieren und Eisen verordnen, ein zweiter: „Ueberarbeitung" und Ruhe empfehlen, ein dritter achtet vielleicht auf das aufgeregte Wesen des Pat. und diagnosticiert je nach Geschmack: „hysterischen" oder „neurasthenischen" Kopfschmerz, ein vierter betont die Erblichkeit und verordnet symptomatisch Aspirin oder Phenacetin, während endlich ein fünfter sich mit dem Factum des „habituellen" Kopfschmerzes begnügen und eventuell der Kranken anraten wird, sich mit ihrem Geschick wohl oder übel abzufinden. — Es soll nicht geleugnet werden, dass alle der genannten Factoren im gegebenen Fall ätiologisch mitgewirkt haben können. Aber ganz sicher ist keiner von ihnen allein ausschlaggebend: wir finden eben auch habit. Kopfschmerzen bei sicher nicht anämischen Menschen, bei geistig nicht angestrengten, nicht erblich belasteten und nicht hysterischen. Gibt es also keine specifische Ursache des Kopfschmerzes, so werden wir doch nicht anders können, als eine gewisse Disposition bei den damit Behafteten vorauszusetzen, womit wir uns einstweilen begnügen müssen. Neben der negativen Aetiologie ist das wichtigste Merkmal dieser

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmerzen ihre lange Dauer, jahrelang, ja das ganze Leben hindurch. Doch sind es wohl in den seltensten Fällen wirklich beständige Schmerzen, oft dagegen treten sie periodenweise oder auch täglich zu bestimmten Zeiten auf, und zwar am häufigsten in den Morgen- oder Vormittagsstunden. Sehr auffallend ist die nicht ganz seltene Erscheinung des Anfangens, — ebenso aber auch des Aufhörens der Schmerzen — „nach der Uhr", zu einer ganz bestimmten Stunde, oft auf die Minute, — ganz unabhängig von der augenblicklichen Beschäftigung des Pat. oder anderen äusseren Umständen. Diese Art der Kopfschmerzen, die ich mehrfach beobachtet habe, möchte ich „terminierte Schmerzen" nennen. Viel häufiger allerdings gibt ein bestimmtes Ereignis im Lauf des Tages, eine Mahlzeit, eine besondere Beschäftigung u. s. w., gewissermassen das Signal zum Eintreten der Schmerzen ab. — Ein weiteres Charakteristicum des habituellen Kopfschmerzes ist seine Renitenz gegen die üblichen Mittel: der Schmerz wäre sonst eben nicht „habituell" geworden, oft aber reagiert er auch in ganz willkürlicher Weise gerade auf ein bestimmtes Mittel, während alle anderen, auch chemisch nahe verwandten, völlig wirkungslos bleiben.

Die Intensität der habituellen Kopfschmerzen ist sehr verschieden, doch handelt es sich wohl weitaus in der Mehrzahl der Fälle nicht um die höchsten Grade von Schmerz, wie wir sie bei organischen Hirnkrankheiten aber auch bei der Migräne kennen, sondern mehr um einen Druck, ein Eingenommensein des Kopfes. Die Patienten selbst bezeichnen den Schmerz allerdings häufig genug als unerträglich; doch tut man gut sich bei Beurteilung des Schmerzgrades mehr nach dem ganzen Verhalten des Kranken zu richten, als nach seinen Worten, da beide oft stark differieren. Wir dürfen aber nicht vergessen: Schmerz ist überhaupt etwas Subjectives, ein rein psychisches Geschehen. Nur von diesem Gesichtspunct aus können wir zum Verständnis des Wesens der habituellen Kopfschmerzen gelangen.

Schmerzempfindung, ist die subjective Seite dessen, was wir als physisches Geschehen, oder objectiv betrachtet, einen Reiz nennen. Reiz und Empfindung lassen sich nicht trennen, beide zusammen sind ein einheitlicher psycho-physischer Vorgang welcher sich im Organ der Psyche, im Gehirn, abspielt. Der Reiz nun, welcher in der Psyche als Schmerz percipiert wird, kann zweierlei Ursprungs sein: 1) exogen, von aussen her, das Gehirn treffend, 2) endogen, aus dem Gehirn, der Psyche selbst seinen Ursprung nehmend. Es gibt also körperlich und psychisch verursachten Schmerz. Ich bin der Meinung, dass es sich bei den Formen von habituellem Kopfschmerz, die ich eben geschildert habe, um einen psychogenen Schmerz handelt, oder wie man auch sagen kann: um Schmerzhallucinationen. Es ist also ein eingebildeter Schmerz? lautet der naheliegende Einwurf. Wir wollen dieses Wort gelten lassen, was die Entstehung des Schmerzes betrifft, nur lieber sagen: ein autosuggerierter Schmerz, doch dürfen wir andererseits nicht vergessen, dass auch jede Hallucination für denjenigen, der sie hat, genau so wirklich ist, wie eine richtige Sinneswahrnehmung. Doch wird man fragen: wie kommt ein gesunder Mensch zu Hallucinationen? Wie kommt er dazu sich selbst etwas so unangenehmes wie Kopfschmerzen zu suggerieren? Der Mechanismus der Entstehung dieser Schmerzen ist meiner Meinung nach folgender: Ich gehe davon aus, dass Suggestibilität eine allen Menschen gemeinsame Eigenschaft ist; es gibt nur graduelle Unterschiede. Unter der früher erwähnten Disposition zu habituellen Kopfschmerzen verstehe ich nun gerade einen höheren Grad von Suggestibilität, mag er angeboren oder erworben sein. Suggestion ist Beeinflussung eines Willens durch einen anderen; ihr Resultat ist das Assimilieren zweier Willensinhalte mit einander; diese Tätigkeit geht aber immer im Bereich des Unterbewussten vor sich. Hier im Unterbewussten finden auch die wunderbaren Verknüpfungen zwischen Seelischem und Körperlichem statt, die uns trotz ihrer Alltäglichkeit wie z. B. das Erröten und Erblassen bei entsprechenden Affecten, — doch noch so dunkel sind, — eben gerade weil diese Vorgänge sich unter der Schwelle unseres Bewusstseins abspielen. Was ich von der Beeinflussung eines Willens durch einen fremden Willen sagte, gilt genau ebenso auch von der Beeinflussung eines Willens durch Vorstellungen derselben Psyche, d. i. bei einer Autosuggestion: nämlich, dass der Vorgang sich immer im Unterbewusstsein abspielen muss, wobei die Kritik, das Denken, die Feindin jeder Suggestion, ausgeschaltet wird.

Eine solche Dissociation der Trias unserer Seelenfunction, des Denkens, Fühlens und Wollens, bei welcher das Denken gelähmt ist, findet auch im normalen Leben statt und zwar auf zweierlei Weise: 1) bei plötzlichem elementarem Ueberwuchern des Gefühls (Affectzustände), 2) im Zustande völliger Affect- und Willenslosigkeit, wie der Schlaf ihn darstellt. Diese beiden Zustände geben den günstigen Boden für Suggestionen ab. Deshalb hat man ja auch seit jeher, um Suggestionen wirksam zu machen, entweder künstlich gewisse geeignete Affecte hervorzurufen, oder einen schlafähnlichen Zustand herbeizuführen versucht. — Beides können wir auch bei der Entstehung unserer habituellen Schmerzen beobachten. Das erste Erfordernis für jede Suggestion ist die Vorstellung von dem zu Suggerierenden. Die Vorstellung des Kopfschmerzes entsteht bei dem Kranken entweder durch das Beispiel anderer, oder durch eigene Erfahrung.

Das Beispiel wirkt naturgemäss am meisten in der Kindheit. Wie überhaupt ein grosser Teil aller angeblich angeerbten Eigenschaften ganz gewiss „ansuggeriert" ist, so gewiss vielfach auch die Neigung zum Kopfschmerz. Man bedenke, welchen Eindruck es auf die jugendliche Psyche machen muss, wenn das Kind sieht, wie das ganze Familienleben, — regelmässige Arbeit sowohl, wie Erholung, — gestört wird, weil der Vater oder die Mutter immer wieder „ihre Kopfschmerzen" „ihre Migräne" haben. Dem instinctiv aufnehmenden Kinde wird es zudem bald genug klar, dass die „Migräne" der Mutter oft gerade dann eintritt, wenn ihr etwas nicht passt, oder ihr etwas Unbequemes und Schweres bevorsteht. Durch dieses Beispiel wird dem Kinde die Flucht vor dem Unangenehmen ins Kranksein verständlich und erstrebenswert gemacht. Geht ein solches schlechtes Beispiel noch, wie gewöhnlich, Hand in Hand mit verzärtelnder Erziehung, die ängslich jeden kleinen Schmerz auch am Kinde beachtet, so müssen solche Kinder, die in anderer Umgebung sicher gesund blieben, die Schmerzen sich „angewöhnen".

In anderen Fällen tritt statt des fremden Beispiels die eigene Erfahrung als Ursache des Krankwerdens ein; und dies ist bei den im späteren Leben auftretenden Schmerzen die Regel. Nehmen wir an, ein Mensch leide aus irgend einem Grunde eine Zeitlang an Kopfschmerzen, etwa im Verlauf einer körperlichen Krankheit, einer Kopfverletzung oder dergl., so entsteht unwillkürlich die Furcht, der Schmerz, der gestern und heute bestand, könne morgen auch wieder da sein, und zugleich die gespannte Aufmerksamkeit auf jedes Gefühl im Kopf, ob es nicht der Beginn der gefürchteten Schmerzen sein könnte. Nun wissen wir, wie kein anderer Seelenzustand so sehr das Eintreten von Illusionen resp. Hallucinationen begünstigt, wie gerade ängstliche, gespannte Erwartung. Ja, was den Kopfschmerz betrifft,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so kann jeder an sich selbst das Experiment machen, (— doch rate ich, es nicht oft zu wiederholen) — mit gespannter Aufmerksamkeit, gewissermassen mit nach innen gerichtetem Blick, die Vorgänge im eigenen Kopf zu verfolgen; das anfängliche Gefühl der Spannung verwandelt sich sehr bald in das der Abspannung, der Müdigkeit und diese steigert sich schliesslich zu Schmerz. Hier haben wir im Experiment einen durch die Vorstellung mit dem nötigen Affect erzeugten Schmerz. Wird dieser Vorgang nun immer und immer wiederholt, so wird das hierdurch erzeugte Unbehagen, der Schmerz, eben habituell. Die Wiederholung bahnt den Weg immer mehr: anfangs ist es mit einer gewissen Anstrengung verbunden, den Weg vom Spannungsgefühl bis zu wirklichem Schmerz zu durchlaufen, allmählich fallen die weniger affectbetonten Zwischenglieder mehr und mehr aus, und man fühlt schon beim blossen Gedanken an den möglicherweise kommenden Schmerz, diesen leibhaftig. Nun kommt, um die Schmerz-Autosuggestion recht erfolgreich zu machen, noch ein Moment hinzu, welches, meiner Ansicht nach, die grösste Bedeutung im Mechanismus der Entstehung psychogener Schmerzen überhaupt — nicht nur der Kopfschmerzen — hat, und welche ich wenigstens in der Literatur nirgends genügend gewürdigt gefunden habe. Wir sehen, dass das Zustandekommen jeder Suggestion erleichtert, manchmal auch erst ermöglicht, wird durch die Hypnose, das Einschläfern des Betreffenden.

Nun gibt es auch im normalen Leben Zustände, die dem hypnotischen Schlaf aufs engste verwandt, resp. mit ihm identisch sind; das ist der Halbschlaf in allen seinen Uebergängen vom tiefen Schlaf zum Wachen und umgekehrt, den jeder Mensch morgens und abends, allerdings in sehr verschiedener Dauer, durchmacht. Meiner Ansicht nach ist der Halbschlaf der Boden, auf welchem alle Autosuggestionen am üppigsten wuchern. Jeder kennt aus eigener Erfahrung den Zustand quälenden Unbehagens, der sich gleich einem Alp des Morgens schon durch den letzten leichten Schlaf hindurch bemerkbar macht, wenn wir abends vorher mit einer schweren Sorge, einer ängstlichen Befürchtung eingeschlafen sind. Dieses dumpfe Gefühl von etwas Schwerem, gibt dann oft als Depressionsgefühl für den ganzen Tag den Grundton unserer Stimmung ab.

So suggeriert auch die im Wachen (am Abend vor dem Einschlafen) vorhandene Befürchtung oder Erwartung des morgen kommenden Schmerzes diesen wirklich dem im Halbschlaf noch völlig widerstandslosen und keiner Kritik fähigen Gehirn, und der Mensch wacht mit umso schwererem, schmerzhafterem Kopf auf, je länger dieser Dämmerzustand des Halbschlafes gedauert hat. So wird auch verständlich, warum gerade der Kopfschmerz mit Vorliebe in den Morgenstunden auftritt, oder bald nach Mittag, denn auch dann durchleben wir ja bekanntlich während der Verdauungstätigkeit einen Zustand mehr oder weniger herabgesetzter Gehirnenergie. Dass diese suggerierten Schmerzen aber auch im Wachen noch andauern, braucht uns nicht zu wundern, wenn wir an posthypnotische Suggestionen denken; auch die Schmerzen, die zu anscheinend willkürlichen Stunden des Tages auftreten — die terminierten Schmerzen — können sehr wohl in den morgentlichen Dämmerzuständen erzeugt sein; sie sind nichts anders als eine posthypnotische Suggestion „à écheance" „auf Termin".

Ist die Bedeutung der physiologischen Dämmerzustände zwischen Schlaf und Wachen für Zustandekommen der Kopfschmerzen nur eine theoretische Möglichkeit, eine Hypothese? Ich glaube, es lässt sich die Probe auf die Rechnung auch in einem Tatsachenbeweis erbringen: Es gelingt nämlich durch Abkürzen, Unterbrechen, des Halbschlafes den Eintritt des Schmerzes zu verhindern.

Hiermit komme ich auf die Therapie des habituellen Kopfschmerzes. Als erstes empfehle ich Ihnen, meine Herren Collegen, den eben genannten Weg der Prophylaxe dringend zur Nachprüfung. Zur Unterbrechung des Dämmerzustandes rate ich dem Pat. sofort, im Moment des Erwachens, einen Schluck kalten Wassers zu trinken, sich den Kopf mit Wasser zu benetzen, rasch aus dem Bett zu springen und ähnliches, um sich rasch ganz wach zu machen. Nach meiner Erfahrung gelingt es in der Tat durch dieses einfache Mittel den kommenden Tag schmerzfrei zu gestalten; oft allerdings scheitert der Versuch auch an der Indolenz oder dem Unvermögen des Pat. sich aus dem dämmerhaften Zustand zu reissen. Doch hilft hierbei Uebung und eine absichtliche Autosuggestion, es zu tun, am Abend vorher. Unsere Therapie soll ja, wenn möglich, immer eine causale sein: Auto-suggestion ist nur durch Anti-suggestion zu heilen. Weil man in der Praxis viel zu wenig hiernach handelt, sind die Erfolge bei habituellen Kopfschmerzen so klein und das Axiom der Patienten: „gegen meine Kopfschmerzen ist doch kein Kraut gewachsen" und „nervöse Kopfschmerzen sind unheilbar" ist tief eingewurzelt. Sobald wir aber causal vorgehen, ist die Therapie nicht aussichtslos und es gelingt selbst veraltete Fälle zur Heilung zu bringen. Wie geben wir nun die nötigen Antisuggestionen? durch Hypnose? Gewiss wird man sie hier und da in schweren Fällen anwenden und es geschieht das ja auch allerorten mit bestem Erfolg; ich meine aber doch, dass wir meist ohne Hypnose auskommen können.

Ich wende die Suggestion am liebsten in der Form an, dass ich den Pat. leicht an der Stirn galvanisiere, wobei ich die Elektricität in der Hauptsache nur als das Vehikel für die Suggestionen betrachte. Ich rede während des Elektrisierens in einer längeren Reihe von Sitzungen dem Pat. ein, sein Kopfschmerz sei, obgleich von so langer Dauer, nicht unheilbar, werde durch allmähliches Erstarken der Widerstandskraft der Nerven schwächer und schwächer werden und schliesslich ganz verschwinden; zur Kräftigung der Kopfnerven trage auch diese elektrische Behandlung bei, und sage ihm schliesslich, er solle nach dem Elektrisieren zu Hause noch ein wenig ausruhen, er werde dann mit frischem Kopf aufstehen und werde dann wohl schon heute Abend, oder in den nächsten Tagen seinen Kopf etwas freier als sonst fühlen. Man sieht, es sind die gewöhnlichen Suggestionen des Hypnotiseurs, die ich anwende, jedoch immer nur in der Form der Wachsuggestion, und möglichst ohne, dass der Patient die Absicht merkt, welcher vielmehr die Erfolge nur der Elektricität zuschreibt. Diese Methode ist gewiss nicht unfehlbar, und man wird andererseits auch mit anderen Suggestivmethoden dieselben Resultate erzielen; es lag mir nur daran Ihnen, meine Herren Collegen, die Sie nicht Nervenärzte sind, diese Methode als leicht durchführbar dringend anzuempfehlen. Hypnotisieren kann und soll nicht jeder, — auch nicht jeder Patient gibt sich zu einer Hypnose her, — wohl aber geht jeder Patient, der die halbe Apotheke ausgekostet hat und alle pharmaceutischen Vocabeln auf „in" und „on" durch häufigen Gebrauch auswendig und inwendig kennt, mit Freuden auf eine elektrische Cur ein; und zur Handhabung dieser Cur gehört sich seitens des Arztes eben nichts als Verständnis, Geduld und guter Wille; er kann auf diese Weise dem Patienten nie schaden, sehr oft aber nachhaltig nützen. Ich muss hier die Gelegenheit nehmen, vor einer anderen in Laienkreisen sehr beliebten Behandlungsweise der Kopfschmerzen zu warnen: es ist die Kopfmassage durch Masseure oder Masseusen, welche mir immer ein sehr gefährliches Experiment zu sein scheint. Was ich schon vom Elektrisieren am Kopf sagte, gilt noch viel mehr vom Massieren desselben; die

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Massagestriche am Stirn, Scheitel und Nacken sind nichts anders, als ein Hypnotisieren in optima forma und ohne Verbalsuggestion; der Kranke gerät leicht in einen halbhypnotisierten Zustand, in welchem er seinen Autosuggestionen, die nicht immer die Heilung, sondern oft das Gegenteil zum Ziel haben, führerlos preisgegeben ist; und doch ist diese Gefahr vielleicht noch kleiner, als wenn sich auch noch die Verbalsuggestion dazu gesellt, und das ist häufig genug der Fall: der Masseur, der meist keine Ahnung davon hat, dass er hypnotisiert, während er rein mechanisch zu wirken glaubt, kann der Versuchung selten widerstehen, während seiner Tätigkeit, was er zu fühlen glaubt, auch dem wissbegierigen Patienten mitzuteilen, und ehe man sich's versieht, hat er einen „Nervenknoten" irgendwo am Kopf entdeckt, dessen sich die Phantasie des Patienten sofort bemächtigt, um ihn zum Ausgangspunct neuer und infolge der Autorität des Masseurs vielleicht unausrottbarer Autosuggestionen zu machen. Auch birgt bekanntlich der Zustand des Halbhypnotisiertseins, aus welchem man nicht durch eine wirksame Gegensuggestion geweckt wird, an sich schon ernste Gefahren in sich: die Neigung zum spontanen Verfallen in Selbsthypnose und ähnliche Zustände, welche aus einem Patienten mit habituellen Kopfschmerzen einen richtigen Hysteriker machen können. Also Vorsicht beim Massieren des Kopfes!

Auf die medicamentöse Behandlung des Kopfschmerzes, ebenso auf Bäder und ähnliches gehe ich nicht ein: wer den auto-suggestiven Charakter der Schmerzen erkannt hat, wird diese Mittel richtig zu bewerten und anzuwenden wissen.

Zum Schluss nur noch ein Wort zu Prophylaxe: Ich erinnere daran, was ich über das Angewöhnen von Kopfschmerzen im Kindesalter sprach, durchs Beispiel der Eltern und anderer Erwachsenen.

Ich glaube wir alle, meine Herren, ob Hausärzte oder Specialärzte, haben hier eine grosse erzieherische Aufgabe zu lösen, der wir uns wegen ihrer Schwierigkeit nicht entziehen dürfen. Wir haben die Eltern aufzuklären, ihnen oft das Recht auf ihre Kopfschmerzen im Interesse der Kinder abzusprechen, und sie vor dem übertriebenen Beachten kindlicher Schmerzen zu warnen.

Ebenso aber haben wir auch durchs eigene Beispiel: Selbstzucht als höchstes Ziel jeder Erziehung hinzustellen.

Der heutzutage immer wieder gehörte Satz: „das Beste ist für die Kinder gut genug" droht immer mehr in dem falschen, verweichlichenden Sinn aufgefasst zu werden, als sei das „Beste" zugleich das „Angenehmste", das „Bequemste".

Nein, das Beste muss oft gerade durch Schmerzen errungen werden; nicht Schmerlossein ist das Ideal des Erdenlebens, sondern Schmerzen überwinden.

Aufruf zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses.

Von

Dr. v. z. Mühlen-Reval.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat im August 1909.

M. H.! Sie werden sich vielleicht wundern, dass in den letzten Jahren wir Gynäkologen uns so viel mit dem Carcinom beschäftigen und die Resultate gerade dieses Leidens aufzubessern uns bestreben, obwohl es nicht eigentlich zu den oft gesehenen Krankheiten des weiblichen Geschlechts gehört. Man sollte glauben, dass die Chirurgen mehr Ursache hätten, die Bekämpfung dieser Krankheit in die Hand zu nehmen, da sie es ja wohl häufiger mit Krebs zu tun haben, als wir. — Nach einer Statistik, die Gurlt aufgestellt hat, kommen unter 15880 Personen mit Geschwülsten auf 4740 Männer 11,140 Weiber; also ca. $2^1/_2$ Mal so viel W. als M., zwar waren unter diesen 11,000 in ca. 60,9 % die weibl. Genitalien befallen.

Betrachten wir aber allein die Carcinome, so finden wir unter insgesamt 10661 Carcinome, 3182 bei Männern und 7479 bei Weibern — überlassen wir von diesen alle nicht an den Generationsorganen vorkommenden Carcinome den Chirurgen, so verbleiben immer noch 3743 Genitalcarcinome (excl. Mammae) und darunter 3449: Uterus und Vagina betreffend = 32,4 % aller Carcinome.

Ein anderes Bild: nach Schultze und Winkel kommen unter ca. 1376 gynäkologischen Kranken — 13 % Geschwülste und zwar 3,4 % Carcinome des Uterus vor. Ich habe in Reval unter den Patientinnen der Knüpfferschen Klinik, die letzten 6 Jahre betreffend, ungefähr dieselbe Zahl herausgerechnet — 3,2 % Uteruscarcinome.

Es ist also durchaus nicht die Häufigkeit des Krebses, die den Gynäkologen veranlasst, den Kampf gegen diese Krankheit aufzunehmen, es sind vielmehr die wenig befriedigenden Resultate, die bei Beobachtung und Behandlung dieser Kranken erzielt wurden — dank der, für die anatomisch-pathologische Verbreitungsart und die operative Technik, so überaus ungünstigen topographischen Verhältnisse. Bedenken Sie, m. H., dass bis vor Kurzem in Deutschland: 23000 Personen pro anno an Gebärmutterkrebs starben — eine Zahl, die eher zu niedrig, als zu hoch gegriffen ist, da die sicherste Grundlage für eine genaue Statistik — die obligatorische Leichenschau — fehlt und man sich nur auf klinische Diagnosen stützen kann, dass unter günstigen Umständen aber der Mehrzahl dieser 23000 das Leben hätte verlängert und durch rechtzeitige Operation Hilfe gebracht werden können — denn auch das Carcinom ist im Beginn eine locale Erkrankung und kann geheilt werden.

Es handelt sich eben um ein Krankheitsgebiet auf dem bei richtigem Vorgehen — Besserung erzielt werden kann und da ist es dann wahrhaftig gleichgiltig, ob es sich um einen grossen oder kleinen Procentsatz der Erkrankten handelt. Sehen wir die Möglichkeit vor Augen, einem Teil unserer Patienten, wenn auch einem verschwindend kleinen, auf eine bestimmte Weise besser helfen zu können als bisher, so ist es unsere Pflicht zu handeln.

Ja, m. H., ein jedes Carcinom ist heilbar, vorausgesetzt, dass es rechtzeitig zur Beobachtung und Behandlung kommt.

Diese über alle Zweifel feststehende Tatsache bedeutet einen Triumph, die die operative Kunst in den letzten Jahrzehnten errungen hat. Noch gelingt die Bekämpfung des Carcinoms auf keine andere Weise und solange die Entstehungsursache des Krebses fehlt, ist auch die Hoffnung gering ein specifisches Heilmittel dagegen zu finden. Wenn bei irgend einem Leiden, so besteht hier zur Zeit eine rückhaltslose Anzeige zu operativem Vorgehen.

Allein der Wert einer Carcinomoperation ist nicht sowohl durch die augenblicklichen Resultate des blutigen Eingriffs gekennzeichnet, als vielmehr durch den Dauererfolg, den sie in der endgiltigen Beseitigung der heimtückischen Krankheit zu erreichen vermag.

Ich will Sie, m. H., mit dem geschichtlichen Entwickelungsgang der zur Entfernung des Gebärmutterkrebses ersonnenen Eingriffe nicht weiter aufhalten. — Schon im Beginn des vorigen Jahrhunderts machte sich

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

das durchaus richtige Bestreben geltend, den local abgrenzbaren Krebs im Gesunden abzusetzen, ein Standpunct, der auch heute noch als massgebend gilt, und da ist es denn einleuchtend, dass, je ausgebreiteter der Krankheitsherd, desto grösser der Eingriff, desto gefahrvoller unser Heilbestreben für unsere Schutzbefohlenen sein muss. Aber nicht nur das, desto unwahrscheinlicher wird es auch sein, dass wir die Krebskranke einer dauernden Heilung zuführen. Die in den Drüsen und besonders Lymphbahnen unnachweisbar vorhandenen Keime werden über kurz oder lang das Leiden neu erstehen lassen, das Recidiv ist da und das alte Elend beginnt mit nur grösserer Heftigkeit.

Obwohl die operative Technik in den letzten Jahren entschiedene Fortschritte gemacht hat, so dass die Indication zum chirurgischen Eingriff immer weiter gesteckt wird, so lässt das absolute Heilungsresultat doch noch viel, sehr viel zu wünschen übrig, (es beträgt c. 20—25 %).

Das Bestreben der Operateure durch Erweiterung der Operation die Heilungsziffer noch zu bessern, stösst aber auf grosse Schwierigkeiten, die mit der Ausdehnung der Operation ins Ungemessene wachsen.

Es wurde daher mit Freuden begrüsst, dass Prof. Winter-Königsberg den Kampf gegen das Carcinom noch nach einer anderen Richtung hin aufgenommen hat — nämlich den Gründen nachzuforschen, die es veranlassen, dass die Uteruscarcinome in den meisten Fällen in einem so weit fortgeschrittenen Stadium zur Operation kommen, dass die Aussicht auf dauernde Heilung von vornherein eine äusserst geringe ist. Frühzeitiges Erkennen und Behandeln der beginnenden Neubildung war seine Losung.

Um so weit zu kommen, galt es eine systematische Bekämpfung derjenigen Factoren durchzuführen, welche die rechtzeitige Erkennung des Krebses hindern.

Winter liess durch einen seiner Schüler genaue Erhebungen anstellen und kam zum Ergebnis, dass die Versäumnis des Operationstermins aus 3 Gründen zu erklären sei:

1) aus der mangelnden rechtzeitigen Sachkenntnis und Sorglosigkeit der Hausärzte;

2) aus der Gewissenlosigkeit der Hebammen und

3) aus dem Verhalten der Frauen selbst.

Auf dieser Basis unternahm es Winter die Hausärzte zu belehren, die Hebammen zu warnen und das Publicum aufzuklären.

Winters Massnahmen hatten Erfolg. Die Operabilität des Uteruscarcinoms war gestiegen, von 62 auf 74 %.

Winters Vorgang fand Nachahmung: Pommern, Franken, Berlin, Breslau und Andere folgten seinem Beispiel.

Meine Herren! Wie steht es denn in dieser Frage bei uns zu Lande? — Erreichen wir etwa bessere Resultate mit unseren Operationen wie die Collegen draussen oder ist gar die Bevölkerung unserer Provinzen aufgeklärter, wie drüben?

Haben wir ein Recht dazu, die Hände in den Schoss zu legen und es gehen zu lassen, wie es geht? — Ich meine, ganz sicherlich nicht, denn wie es geht — das wissen und erfahren nicht nur die Operateure. Sie Alle werden es erlebt und oft genug das traurige Bild einer krebskranken Frau vor Augen gehabt haben, die, seit Monaten blutend sich an Sie wendet, um Hilfe bittend und Sie müssen sich sagen: zu spät — ihr kann nicht mehr geholfen werden. Und das sind, milde gerechnet um 90 %, die früher hätten kommen können, und hätten geheilt werden können — denn, ich wiederhole es nochmals, jeder Gebärmutterkrebs ist heilbar, sofern er im Frühstadium zur Operation kommt.

M. H.! Ich denke, es ist Zeit, dass auch in unseren Ostseeprovinzen etwas geschieht, um Wandel zu schaffen.

Wie die Collegen in Deutschland durch ihr Vorgehen noch nicht ans Ziel gelangt sind, so werden auch wir nicht gleich einen vollen Sieg erringen — aber vorwärts werden auch wir kommen, eine Besserung werden auch wir erreichen.

Gewiss, es gilt zu kämpfen und die zahlreichen Hindernisse zu beseitigen, die uns in Gestalt von Sorglosigkeit, Gewissenlosigkeit, Indolenz, Gleichgiltigkeit, Schamgefühl und wie sie alle heissen mögen — im Wege stehen. Je mehr Kämpfer wir sind, desto schneller der Erfolg!

Ich wende mich daher insbesondere an Sie, m. Herren, die Sie auf dem flachen Lande practicieren und bitte Sie, versagen Sie uns Ihre Hilfe nicht. Im Auftrage der gynäkologischen Section fordere ich Sie auf, sich nach Möglichkeit an unserer Sectionssitzung zu beteiligen und als beste Kenner der Eigenart unserer Landbevölkerung, uns mit Rat und Tat beizustehen, um gemeinsam festzustellen, auf welchem Wege und in welcher Weise wir die grössten Chancen haben, den Sieg zu erringen.

Referat.

H. French. A note on very high specific gravity of urine in healthy women. Britisch med. Journal. 11. Sept.

Hohes specifisches Gewicht des Urins bei Frauen braucht durchaus nicht immer als etwas Pathologisches betrachtet zu werden. Unter 150 gesunden Krankenwärterinnen hatten 11 ständig einen Urin mit auffallend hohem spec. Gewicht (1,020—1,040), ohne dass Zucker mit der Fehling schen und der Phenylhydrazinprobe nachzuweisen war. Verstärkte Flüssigkeitszufuhr hatte durchaus nicht immer das erwartete Sinken des spec. Gewichts zur Folge. Verf. weist auf die Wichtigkeit der beobachteten Erscheinung für Lebensversicherung hin, wo Clienten mit hohem specifischem Gewicht des Urins immer verdächtig angesehen werden.

F. Dörbeck.

Bücherbesprechungen.

Konstantin von Kügelgen: Beitrag zur neuralen progressiven Muskelatrophie. Inauguraldissertation. Kiel. 1909.

Kritische Literaturübersicht und Bericht über einen Fall aus der Siemerling schen Klinik. 25-jährige Haushälterin, bei der sich innerhalb eines halben Jahres folgendes Krankheitsbild entwickelte: schlaffe Lähmung aller 4 Extremitäten, Plattfuss, Krallenhand, Abnahme der elektrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten, Entartungsreaction, Fibrillation und Muskelunruhe; die Strecker wurden vor den Beugern befallen. Abweichend vom typischen Bild der neuralen Form sind: 1) das Fehlen jeglicher vasomotorischen und Sensibilitätsstörungen (bis auf Autographismus), 2) das Fehlen von Familiarität und Heredität, 3) die Beteiligung der Rumpfmuskulatur, 4) das Hypervolum der Beine, 5) dass die Bewegung in den Zehen besser als in den Fussgelenken ist. Aetiologie: Die wahrscheinlich vom Vater her mit einem schwachen Nervensystem belastete Person (Dermographie, Reizbarkeit, Herzklopfen) hat Masern und Scharlach durchgemacht, und kurz vor Beginn der Erkrankung sich offenbar überanstrengt, wofür das Auftreten der ersten Zeichen in der rechten Hand spricht. Die Abtreibung eines Bandwurmes im 2. Monate der Erkrankung hatte nur für 4—5 Tage einige Besserung der Schwäche des rechten Armes zur Folge.

Michelson.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. Jankau: Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater. Dritte umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. Verlag von Max Gelsdorf, Eberswalde bei Berlin, 1909. 315 Seiten.

Den Fachcollegen sei dieses handliche und inhaltsreiche Nachschlagebuch bestens empfohlen. In compendiösester Form enthält es alles Wissenswerte nach dem heutigen Stande der Neurologie und Psychiatrie. Der Inhalt gliedert sich folgendermassen: I. Allgemeiner Teil: Physikalische Notizen. Blut- und Lymphanalyse. Nahrungsmittel. Auszüge aus der allgemeinen Arzneiverordnungslehre und der deutschen Arzneitaxe. Allgemeine therapeutische Notizen. Untersuchung des Harns. Die wichtigsten Bade- und Curorte des Deutschen Reiches, Oesterreichs, der Schweiz und einiger Nachbarländer, wobei allerdings Russland gar nicht berücksichtigt wird. II. Specieller Teil: Anatomie und Physiologie des Schädels, Hirnes, Rückenmarks und der peripheren Nerven. Untersuchungsmethoden. Klinischer Teil mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Unfallpraxis. Statistisches. Therapeutischer Teil. Die für die Psychiatrie wichtigsten civil- und strafgerichtlichen Gesetzesbestimmungen in Deutschland und Oesterreich. Verzeichnis der öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Epileptische, Idioten, der Trinkerasyle, der Abstinenz- und Mässigkeitsvereine und verwandter Organisationen. Im Anstaltsverzeichnis ist das gesamte deutsche Sprachgebiet berücksicht, daher figurieren in ihm auch die Anstalten der russischen Ostseeprovinzen.

Michelson.

Dr. M. Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Dritte, vermehrte Auflage. Leipzig und Wien. Verlag von Franz Deuticke. 1909.

Das bekannte Handbuch von Hajek ist in dritter, vermehrter Auflage erschienen. Im Vergleich zur zweiten Auflage sind 92 Seiten, 2 Tafeln von Radiogrammen und erkrankter Nebenhöhlen und 47 Abbildungen hinzugekommen, was schon a priori auf vielfache Aenderungen und Ergänzungen schliessen lässt. Der allgemeine Teil hat keine wesentlichen Aenderungen erfahren. In das Capitel: pathologische Anatomie der Kieferhöhle ist die Sinusitis ulcerans atque abscedens Killian aufgenommen worden. Bei Besprechung der Diagnose der Kieferhöhleneiterungen empfiehlt H. neben der Punction des unteren auch die Punction des mittleren Nasenganges mit nachfolgender Ausspülung, auch der diagnostischen Bedeutung der Röntgendurchleuchtung wird Erwähnung getan. Zu den conservativen Methoden ist die Eröffnung der Kieferhöhle durch den mittleren Nasengang und die modificierte Mikuliczsche Methode hinzugekommen. Letztere hält H. für die beste unter den conservativen Behandlungsmethoden. Die Luc-Caldwellsche Operation wird in Localanästhesie und Chloroformnarcose beschrieben. Ausserdem werden die Modificationen der Luc-Caldwellschen Operation, speciell der Operation nach Denker beschrieben. Hajek äussert sich zum ersten Mal über die Indicationen zur Radicaloperation der Kieferhöhle und gelangt zum Schlusse, dass eine absolute Indication nur in denjenigen Fällen besteht, bei welchen entweder eine deutliche Erkrankung des Knochengerüstes oder sichere Symptome einer Geschwulstbildung (Polypen oder Cysten) zu constatieren sind. Bei der Beschreibung der Anatomie der Stirnhöhle macht uns H. auch mit der Entwickelungsgeschichte der Muschelbildung nach Killian bekannt, was früher nicht berücksichtigt worden ist. Die Röntgendurchleuchtung der Stirnhöhle in sagittaler Richtung wird als wichtige Ergänzung unserer diagnostischen Hilfsmittel empfohlen. Ausführlich wird die Killiansche Stirnhöhlenoperation und die Hajeksche Modification derselben beschrieben. Bei Besprechung der Indication zur Radicaloperation rät H. zunächst auch bei chronischen uncomplicierten Fällen zur Vornahme der von ihm eingeführten «hohen Resection der mittleren Muschel»; sodass die Radicaloperation hauptsächlich auf complicierte acute und chronische Fälle beschränkt wird. Bei Eröffnung des Siebbeinlabyrinthes von aussen hält H. die Killiansche Schnittführung mit partieller oder totaler Resection des Processus frontalis am zweckmässigsten. Bei Besprechung der Therapie der Keilbeinhöhleneiterungen unterscheidet H. zwischen endonasalen und extranasalen radicalen Operationsmethoden; bei der endonasalen (Methode von Hajek) wird principiell auch die mediale Wand der hinteren Siebbeinzelle entfernt. Ganz neu ist die Beschreibung der extranasalen radicalen Operationsmethoden. Das Capitel «Complicationen» hat keine wesentlichen Aenderungen erfahren. Das Handbuch von Hajek entspricht durchaus den modernen Errungenschaften der Rhinologie und kann bestens empfohlen werden.

J. Hoehlein.

S. Jellinek: Atlas der Eelktropathologie. 230 meist farbige Abbildungen auf 96 Tafeln und 16 Textfiguren. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien. 1909. Preis 35 Mark.

Die meisterhaft ausgeführten und äusserst anschaulichen Bilder dieses Prachtwerkes geben Objecte aus der Sammlung der elektropathologischen Abteilung des Museums des Universitätsinstitutes für gerichtliche Medicin in Wien wieder. Der Atlas bildet eine willkommene Ergänzung, des 1903 bei F. Enke erschienenen Werkes Jellineks: «Elektropathologie. Die Erkrankungen durch Blitzschlag und elektrischen Starkstrom in klinischer und forensischer Darstellung. «Das umfangreiche Material wird in 3 Gruppen geteilt. I. Gruppe: Schädigungen des menschlichen Organismus durch elektrische Starkströme. Hier sind 29 elektrische Unfälle zusammengestellt, illustriert durch 150 Abbildungen. Jeder einen Fall umfassenden Bildergruppe geht ein kurzer orientierender Text voran; eine kurze Epikrise hebt die in klinischer, forensischer und gesundheitstechnischer Beziehung bedeutungsvollen Puncte des Falles hervor. In den meisten Fällen sind Unaufmerksamkeit und Nichtbeachtung der Sicherheitsvorschriften die Ursache des Unglückes gewesen. II. Gruppe: Materialschäden durch elektrische Starkströme. Auf 13 Tafeln wurden sowohl die Schäden bei eingetretenen Unfällen veranschaulicht, als auch solche Schäden, die Unfälle hätten herbeiführen können, wie «die Verletzung der Kabelpanzer durch Hiebe mit der Erdhaue, die durch Feuchtigkeit hervorgerufene Aboxydierung von Kabeln, die mitunter ungenügend isolierten Glühlampen und Lampenfassungen, die durch vagabundierende Erdströme entstandenen Korrosionen an Gas- und Wasserleitungsröhren etc.». III. Gruppe: Die Organ- und Materialschäden durch Blitzschlag, 23 Tafeln. Wegen ihrer grossen Wichtigkeit finden die charakteristischen Beschädigungen der Kleidungsstücke hier besondere Berücksichtigung, denn sie sind zuweilen der einzige sichere Anhaltspunct dafür, dass ein elektrisches Trauma stattgefunden hat.

Michelson.

Prof. Dr. E. Gaupp: Ueber die Rechtshändigkeit des Menschen. Jena. Verlag v. G. Fischer. 1909. 32 Seiten. Preis 1 Mark. I. Heft der „Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze". Herausgegeben von Prof. Dr. E. Gaupp und Prof. Dr. W. Nagel.

Diese neue Sammlung stellt es sich zur Aufgabe, «die Resultate anatomischer und physiologischer Arbeit allgemein leichter zugänglich zu machen und damit der Anatomie und Physiologie wieder mehr Beachtung in weiteren Kreisen zu verschaffen. Durch die Erscheinungsweise in selbständigen zwanglosen Heften wird es jedem ermöglicht, sich nur das auszuwählen, was er brauchen kann; der Zwang zum Halten einer Zeitschrift fällt weg». — Die sehr interessanten und umfassenden Ausführungen über das Thema des vorliegenden ersten Aufsatzes werden vom Verf. folgendermassen zusammengefasst: «Die Rechtshändigkeit ist ein specifisch menschliches Merkmal; nicht eine Schöpfung der Laune, sondern in der Organisation des Menschen begründet; ihre directe Ursache liegt in einem bestimmten Uebergewicht der linken Hemisphäre über die rechte, das bisher in seiner Natur nicht näher zu analysieren, auch in seiner Bedingtheit und seinem Zusammenhang mit unserer Gesamtorganisation noch nicht ganz aufgeklärt, möglicherweise aber in letzter Instanz auf die Asymmetrie in der Anordnung der grossen Gefässe zurückzuführen ist, — eine Asymmetrie, deren Ausbildung an die Annahme des aufrechten Ganges geknüpft erscheint. Linkshändigkeit hat ihren Grund in einer Transpositio cerebralis, die dem Gesagten zufolge auch in Zusammenhang mit einer (wenn auch vielleicht manchmal geringen und daher leicht übersehbaren) Gefässbesonderheit zu denken wäre. Die Anlage zur Rechts- oder Linkshändigkeit ist bei den einzelnen Individuen sehr verschieden, und damit erhöht sich die Bedeutung, die eine, in bestimmter Richtung wirksame Erziehung (im weitesten Sinne) auf die Ausbildung von Rechts- oder Linkshändigkeit haben kann: die Erziehung wird die gegebenen Ungleichheiten beider Hemisphären steigern, beim Fehlen solcher sie schaffen, und selbst eine vorhandene irgendwie geartete in ihr Gegenteil umkehren können, wofern es sich nur um geringere Grade von Verschiedenheit handelt. Die durch Messung und Wägung nachweisbare bessere Entwickelung der rechten oberen Extremität ist zum grossen Teil wohl eine Folge der stärkeren Inanspruchnahme, doch kann eine davon unabhängige von vornherein gegebene Ungleichheit der Entwickelungstendenzen, namentlich des Längenwachstums, nicht ausgeschlossen werden».

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zum Schluss wird kurz die Zweihandbewegung besprochen, die Ambidextrie. Ihre Vorteile sind augenscheinlich. Ein theoretischer Einwand gegen sie wäre möglich von dem Standpuncte, dass man «die in der Rechtshändigkeit sich ausprägende Einseitigkeit zu den charakteristischen Merkmalen der menschlichen Organisation» zählt; «es könnte wie ein Eingriff in den von der Natur vorgeschriebenen Entwicklungsgang erscheinen, wollte man jene Einrichtung künstlich abzuändern versuchen». Zu entscheiden hat auch hier die Erfahrung. «Einstweilen jedenfalls lauten die Berichte über systematisch durchgeführte Versuche zur Ambidextralcultur günstig. Derartige Versuche sind seit einiger Zeit in Schweden und Dänemark, vor allen Dingen aber in Amerika, England und neuerdings auch in Deutschland ins Werk gesetzt worden».

Michelson.

A. Villaret. Die wichtigen deutschen, österreichisch-ungarischen und schweizerischen Brunnen- und Badeorte nach ihren Heilanzeigen alphabetisch zusammengestellt. VIII + 110 Seiten. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1909. Preis M. 3.

Der Verf. hat die grosse Mühe auf sich genommen, die Curorte nach ihren Indicationen zu ordnen. Eine keineswegs dankbare Aufgabe, denn die hierbei geleistete Arbeit ist unendlich gross und der Erfolg ihr nicht entsprechend. Auch kann eine solche Zusammenstellung nie als vollständig und erschöpfend angesehen werden, weil, wenn auch im Allgemeinen gewisse Bäder für besonders heilkräftig inbezug auf gewisse Krankheiten gelten, dennoch für die Indicationsstellung von Fall zu Fall ein recht weiter Spielraum bleibt. Hierbei ist auch der Umstand zu berücksichtigen, dass bei der Wahl eines Bades nicht nur die chemische Zusammensetzung der betr. Quelle und ihre Temperatur sondern auch die Lage des Badeortes, seine Entfernung vom Wohnort des Kranken, alle äusseren Verhältnisse etc. mitsprechen. Dass das Buch Dr. Villarets dem Bedürfnis so manches practischen Arztes, dem die Balneologie mehr oder weniger eine terra incognita ist, entgegenkommt und vom Practiker mit Nutzen gebraucht werden wird, ist gar nicht zu bezweifeln. Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass die Badeorte durchaus nicht unbedingt und für jeden Fall so ganz genau zu einer Krankheit passen, so dass man Krankheit und Bad wie Frage und Antwort ohne weiteres einander gegenüber stellen kann. Andererseits braucht man nur die von den Badeverwaltungen und Curhausdirectionen herausgegebenen Prospecte durchzusehen, um zu erfahren, dass von ihrem Standpuncte gerade das betreffende Bad beinahe «alle Leiden» heilt.

Der Verf. hat sich bemüht, für jede Krankheit möglichst viele Bäder anzugeben, um dem Arzt und Patienten die Möglichkeit einer Auswahl zu bieten. Dennoch vermisst man bei einigen Krankheiten für sie geeignete Badeorte. Um einige Beispiele anzuführen, nehmen wir z. B. «Gelenkentzündung»: solche für die Behandlung der Gelenkerkrankungen bekannte Orte, wie Kreuznach und Pistyan sind hier nicht angegeben, für die Behandlung der «Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane» ist weder Elster noch Franzensbad angegeben, bei den chronischen «Darmkatarrhen» fehlen Kissingen und Neuenahr, bei der «Stuhlverstopfung» sind Homburg, Kissingen, Marienbad, Neuenahr nicht erwähnt.

In einem Anhang sind die deutschen und oesterreichisch-ungarischen Seebäder angeführt.

Ein sehr sorgfältig zusammengestelltes Register erleichtert das Auffinden der einzelnen Badeorte.

F. Dörbeck.

Dr. August Lucae. Die chronische progressive Schwerhörigkeit, ihre Erkenntnis und Behandlung. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1908.

Der Arbeit Lucaes liegen 733 Fälle von chronischer progressiver Schwerhörigkeit zu Grunde. In der Einleitung führt L. aus, dass er unter dieser Benennung verschiedene Affectionen des Gehörorganes versteht, deren gemeinsames, auffallendstes Symptom eben die progressive Schwerhörigkeit bleibt. Die Processe fixieren allmählich den Schallleitungsapparat und berauben ihn ganz oder teilweise seiner Elasticität. Die Paukenschleimhaut zeigt in der Regel gar keine Secretion. Alle diese Veränderungen sind auf abgelaufene Mittelohrkatarrhe oder Eiterungen und weit seltener auf eine primäre in knöcherne Steigbügelankylose ausgehende Erkrankung der Labyrinthkapsel zurückzuführen. L. unterscheidet daher eine postkatarrhalische, postotitische (resp. adhäsive) und sclerotische Form der chronischen progressiven Schwerhörigkeit. Zur sclerotischen Form gehören die Fälle mit «normalem oder annähernd normalem Trommelfellbefund». Es handelt sich nicht blos um die Feststellung des normal aussehenden, sondern auch des normal functionierenden Trommelfells, d. h. um die acustische Dignität dieser Befunde, zu deren Untersuchung L. schon vor Jahren die pneumatische Vibrationsmassage dringend empfohlen hat.

L. unterwirft die Arbeiten über pathologische Anatomie der Schwerhörigkeit einer strengen wissenschaftlichen Kritik, findet es nicht zulässig, auf Grund einer makroskopischen Besichtigung der Mittelohrschleimhaut auf deren normale Beschaffenheit zu schliessen. Auch findet Verfasser einen Hauptübelstand bei allen bisherigen pathologisch-anatomischen Untersuchungen darin, dass dieselben fast durchweg nur bei hochbetagten Personen vorgenommen wurden, während es zur Lösung mancher Fragen vor allem darauf ankäme, die Anfangsstadien der fraglichen Processe an jüngeren Individuen durch Sectionen zu studieren. Verhältnismässig wenig pathologische Labyrinthbefunde sind bisher bei der chronisch-progressiven Schwerhörigkeit sichergestellt. Reine primäre Erkrankungen des schallpercipierenden Apparates bei der chronisch progressiven Schwerhörigkeit sind bisher höchst selten festgestellt worden, was der Ansicht Manasses widerspricht.

Im dritten Capitel wird die Aetiologie besprochen. Von den 733 Fällen betrafen 380 (52 %) das männliche und 353 (48 %) das weibliche Geschlecht, doppelseitig war der Process in 87 %. Heredität liess sich in 87 % nachweisen. Nach L. ist es bisher in den allermeisten Fällen nicht möglich gewesen, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der progr. Schwerhörigkeit und constitutionellen Krankheiten nachzuweisen.

Im vierten Capitel werden Symptome und Verlauf beschrieben. Das Hauptsymptom der Krankheit bildet der geringere oder grössere Verlust des Sprachgehörs, der ganz allmählich zunimmt. Es findet nie ein so jäher Wechsel der Function statt, wie wir denselben bei den hypersecretorischen Mittelohrkatarrhen beobachten. Sehr charakteristisch ist das Besserhören bei Geräuschen, das L. niemals bei reiner nervöser Schwerhörigkeit beobachtet hat. Verfasser gibt eine sehr ausführliche Schilderung der subjectiven Gehörsempfindungen, die meist continuierlich, weit seltener intermittierend auftreten. Entgegen der Ansicht der meisten Autoren hält L. ein hohes Klingen für prognostisch günstiger als die tiefen Geräusche. Für die Entstehung der Gehörsempfindungen werden gewisse Allgemeinerkrankungen, besonders die Erkrankungen des Gefässsystems verantwortlich gemacht. Zuweilen klagen die Patienten über Schwindel, Zucken, sogar periodische Schmerzen in den Ohren. In einer Reihe von Fällen nimmt das Leiden stetig zu, während es in anderen zeitweise, seltener jahrelang stationär bleibt. Sehr verhängnisvoll sind hinzutretende Mittelohrentzündungen. Missbrauch von Alcohol und Tabak ruft oft rapide Verschlechterungen hervor. Auch Uebertäubung und psychische Affecte beeinflussen den Verlauf ungünstig.

Das fünfte Capitel handelt von der physikalischen Untersuchung. Auf Grund physiologischer Untersuchungen kommt Verfasser zum Schluss, dass eine doppelte Schallleitung zum Labyrinthe vorhanden ist: vom Trommelfell durch die Gehörknöchelchen und vom Trommelfell durch die Luft der Trommelhöhle auf die Fenster, besonders auf die Membran des runden Fensters.

Die kranio-tympanale Schallleitung steht der Leitung durch Luft nach. Der Webersche Versuch, den Verfasser für sehr unsicher hält, wird nicht durch behinderten Schallabfluss, sondern durch erhöhte Resonanz im Ohr erklärt. Bei der Hörprüfung bietet die Prüfung des Sprachgehörs die einzige sichere Objectivität aller unserer Functionsprüfungen. Die Prüfung des Tongehörs führt Verf. durch die Zuhilfenahme der entsprechenden Resonatoren aus, die die Intensität, besonders der tieferen Stimmgabeln, wesentlich verstärken. Erst wenn die durch Resonatoren verstärkten Stimmgabeln nicht gehört werden, habe der Untersucher ein Recht, eine Labyrinthaffection anzunehmen. Dem Rinneschen Versuch, insbesondere dem positiven Ausfalle, legt L. nur in den Fällen grösseres Gewicht bei, wo es sich um höhere Grade von Schwerhörigkeit handelt.

Das sechste Capitel gehört der Diagnose. Für die Diagnose sind Heredität und Doppelseitigkeit wichtig; auch die Paracusis Willisii schliesst mit grosser Wahrscheinlichkeit eine nervöse Schwerhörigkeit aus. L. legt der Bezoldschen Trias keinen besonderen diagnostischen Wert bei.

Im siebenten Capitel wird die Prognose besprochen.

Das achte Capitel beschäftigt sich mit der Therapie. Der Luftdusche misst L. fast gar keine Bedeutung zu. Nur ganz ausnahmsweise ist bei leichteren Fällen der adhäsiven und postkatarrhalischen Form ein dauernder Erfolg von der Luftdusche zu erwarten; viel häufiger beobachtet man keine Besserung, resp. sogar eine Verschlechterung, ganz besonders bei der sclerotischen Form. Die Massagebehandlung hält Verfasser für geeigneter; dazu wird benutzt: 1) ein vom Verfasser angegebener kleiner Ballon mit einem zum Ohre führenden Gummischlauch, 2) ein der Anwendung des constanten negativen Druckes dienender Apparat. Besser als die positiv-negative Massage wirkt die ausschliesslich positive

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Massage. Auch die Drucksonden- und Wassermassagebehandlung wird besprochen. Von den operativen Behandlungsmethoden bespricht L. die Durchschneidung der hinteren Falte, die Incision von Narben, die Anlegung einer persistenten Wunde im Trommelfell, die Tenotomie des musculus tensor tympani und stapedius, die vollständige Excision des Trommelfells und Hammers und die Mobilisierung und Extraction des Steigbügels. Auch die locale medicamentöse Behandlung wird besprochen. In der Abhandlung über allgemeine Therapie wird nur dem Pilocarpin eine hörverbessernde Wirkung zugeschrieben, das Isopral gegen Ohrensausen empfohlen.

Das neunte Capitel handelt von den Hörrohren. Der aus Mikrophon und Telephon bestehende Akustik-Apparat (Deutsche Akustik-Gesellschaft.) wird empfohlen. Das Absehen des Gesprochenen wird warm empfohlen.

Das zehnte Capitel ist der von Lucae beschriebenen accomodativen Form der progr. Schwerhörigkeit gewidmet.

Das Beispiel Lucaes seine reichen durch vielfache geistreiche Experimente gestützten Erfahrungen in einem umfangreichen Werke wiederzugeben verdient Nachahmung seitens anderer nambafter Fachgelehrten. Lucaes Wissenschaftlichkeit und Gründlichkeit dient dem Buche als beste Empfehlung.

J. Hoehlein.

Dr. Bárány. Physiologie und Pathologie des Bogengang-Apparates beim Menschen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1907.

Die vorliegende Abhandlung, die aus der K. K. Universitäts-Ohrenklinik in Wien (Politzer) hervorgegangen ist, ist eine bedeutende Bereicherung der modernen otologischen Literatur, da Bárány darin in 10 Vorlesungen seine eigenen interessanten Untersuchungen schildert und die Arbeiten anderer Forscher einer strengen Kritik unterwirft.

Die beiden ersten Vorlesungen beschäftigen sich mit der Anatomie und Physiologie des Bogengang-Apparates, die 3.—5. Vorlesung handelt von Drehnystagmus. Unter physiologischen Verhältnissen treten Endolymphbewegungen in den halbcirkelförmigen Canälen und reflectorischer Nystagmus der Augen bei Drehbewegungen des Kopfes auf. Betrachten wir die Drehung bei aufrechtem Kopfe, so sehen wir, dass hierbei hauptsächlich in den horizontalen Bogengängen eine Verschiebung der Endolymphe erfolgen wird. Jeder Bogengang ruft Augenbewegungen in seiner Ebene hervor. Findet die Drehung um die verticale Achse statt, so gibt die Schnittlinie der Horizontalebene mit der Cornea die Art des Nystagmus, die Drehungsrichtung die Richtung des Nystagmus während der Drehung an.

Mit dem Nystagmus treten aber auch subjective und objective Begleiterscheinungen auf: Scheinbewegungen der umgebenden Gegenstände, die Empfindung des Fallens, Reactionsbewegungen, die sich durch Gleichgewichtsstörungen bemerkbar machen, Funken- und Farbensehen, Uebelkeit und Erbrechen. Bárány hat bei seinen Untersuchungen den Nachnystagmus beobachtet, da ihm eine Drehscheibe nicht zur Verfügung stand. Er benutzte einen Drehstuhl und stellte mit demselben an 200 Personen Drehversuche an, die folgende Resultate ergaben: Bei Normalen und Ohrkranken ohne Schwindel mit intactem Nervensystem, betrug die mittlere Dauer des horizontalen Nachnystagmus nach rechts nach 10-maliger Linksdrehung 41 Secunden, des Nachnystagmus nach links 39 Secunden. Häufig beträgt die Dauer des Nystagmus über und unter diesem Durchschnitt. Es wurde auch der Einfluss langsamer und rascher Drehung untersucht: die raschere Drehung zeigte in der Hälfte der Fälle eine Vermehrung der Dauer und Stärke des Nystagmus. Wird die Anzahl der Drehungen bedeutend vermehrt (20—60), so tritt in der Regel der «Nachnystagmus» auf. Es kommt hier der zuerst sehr kräftige Nachnystagmus ziemlich plötzlich zur Ruhe und wenige Secunden danach beginnt ein ganz kleinschlägiger Nystagmus in der ursprünlichen Drehungsrichtung. In der fünften Vorlesung verwirft Verfasser die Breuersche Theorie vom Zustandekommen des Nystagmus und glaubt mit Dr. Abels die Ursache aller Phänomene in das Centrum, also z. B. in die Deiterschen Kerne verlegen zu müssen.

Die sechste Vorlesung behandelt den calorischen Nystagmus, der vom Verfasser vor 4 Jahren näher untersucht worden ist: Spritzt man in das rechte Ohr einer Versuchsperson mit intactem Vestibularapparat Wasser von niedrigerer als Körpertemperatur, so entsteht bei aufrechter Kopfstellung ein nach links gerichteter horizontaler und rotatorischer Nystagmus; bei Wasser von höherer als Körpertemperatur entsteht ein nach rechts gerichteter rotatorischer Nystagmus. Diese Erscheinungen werden durch Bewegungen der Endolymphe, wie im Ewaldschen Experiment erklärt. Bei zerstörtem Vestibularapparat tritt kein calorischer Nystagmus ein. Nystagmus bei Luftverdichtung und Luftverdünnung im äusseren Gehörgang entsteht, sobald eine Usur der Labyrinthwand besteht und zwar oft noch dann, wenn der Vestibularapparat seine calorische Erregbarkeit eingebüsst hat.

In der siebenten Vorlesung wird der galvanische Nystagmus besprochen, der bisher eine wesentliche practische Bedeutung nicht erlangt hat. Weiter wird die acute Labyrinthzerstörung besprochen, deren Aetiologie und Symptome. Untersucht man in einem solchen Falle die calorische Reaction, die Reaction auf directen Druck, so erhält man keine Beeinflussung des spontanen Nystagmus, wodurch die Diagnose der Labyrinthzerstörung fixiert wird. 2—3 Wochen nach der acuten Zerstörung sind in der Regel sämtliche Symptome verschwunden und wir haben jetzt das Bild der latenten Labyrinthzerstörung. In diesem Falle kann die Diagnose nur durch Benutzung der calorischen Reaction, eventuell des Drehnystagmus gestellt werden. Bei 25 untersuchten Fällen hat Verfasser stets ein typisches Resultat erhalten, welches die Diagnose einer einseitigen Zerstörung mit grosser Wahrscheinlichheit stellen liess. Bei Labyrinthzerstörung ist der Nachnystagmus zur gesunden Seite stärker als zur kranken, weil das erkrankte Labyrinth nur einen geringen Teil der Innervation mitliefere. Durchschnittlich fand Bárány den Nachnystagmus zur kranken Seite 14 Secunden, zur gesunden 28 Secunden.

In der achten Vorlesung werden die circumscripten Erkrankungen des Vestibularapparates besprochen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie für Drehen und Ausspritzen eine normale oder nahezu normale Reaction ergeben und dass sie spontane Schwindelanfälle zeigen. Die circumscripten Erkrankungen werden zunächst durch Labyrinthfisteln im Verlaufe von chronischen und acuten Mittelohreiterungen mit oder ohne Beteiligung der Cochlea veranlasst.

In den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen können die an Schwindel leidenden Personen sich vollkommen normal verhalten ohne Nystagmus und Gleichgewichtsstörungen. Bestehen jedoch Schwindelanfälle längere Zeit, so kommt es häufig zur Entstehung einer Neurose.

Sodann werden die Labyrintheiterungen besprochen, die in acut diffuse, latent diffuse und circumscripte eingeteilt werden. Nach Bárány muss jede Labyrintheiterung operativ behandelt werden: bei acuter Labyrintheiterung mit drohender intracranieller Complication müssen sofort die Mittelohrräume freigelegt werden mit gleichzeitiger Labyrinthoperation. Sind keine drohenden Erscheinungen vorhanden, so kann die Warzenfortsatz- und Labyrinthoperation erst nach 8—10 Tagen ausgeführt werden. Bei latenter Labyrintheiterung muss bei Vornahme der Warzenfortsatzoperation auch die Labyrinthoperation vorgenommen werden, da sonst postoperative Meningitis auftreten kann. Bei circumscripter Labyrintheiterung muss unbedingt die Mastoid- resp. Radicaloperation ausgeführt werden; vom weiteren Verlaufe wird dann die Notwendigkeit einer Labyrinthoperation abhängig sein. Die Ausführung der Operation wird sich hauptsächlich nach dem Zustande des Hörvermögens richten. Die Labyrinthoperation wird an der Politzerschen Ohrenklinik nach der Methode von Neumann vorgenommen.

In der zehnten Vorlesung bespricht Verfasser den intracraniell ausgelösten Nystagmus. Jedes Labyrinth macht Nystagmus nach seiner Seite. Ist ein Labyrinth gelähmt, so kann nicht mehr vom peripheren Endorgan Nystagmus nach der kranken Seite entstehen, er kann nur durch einen intracraniellen Reiz entstehen. Ist der rechte Vestibularapparat zerstört und besteht Nystagmus rotatorius nach links, so ist zunächst an eine acute Labyrinthitis rechts zu denken. Nimmt der Nystagmus continuierlich nicht ab, sondern zu, so ist er intracraniell ausgelöst.

Sodann finden Erörterungen über den optischen Nystagmus und die Bedeutung des vestibulären N. für die topische Diagnostik der Augenmuskellähmungen statt.

Am Schlusse findet sich eine kurze Zusammenstellung der Symptome der wichtigsten Vestibularerkrankungen und ein Fragebogen, der den Zweck hat Beziehungen zwischen Erscheinungen von Seiten des Vestibularapparates und der Seekrankheit zu constatieren.

Die Arbeit legt Zeugnis ab von dem ernsten Streben Báránys nach Licht auf dem noch vielfach dunklen Gebiete des Vestibularapparates.

J. Hoehlein.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der militär-medicinischen Akademie, Dr. N. Cholodkowskij ist nach Ausdienung von 25 Jahren auf weitere 5 Jahre auf seinem Posten belassen.

— Moskau. Am 29. August wurde an dem Staro-Jekaterininskij Hospital der Grundstein für ein neues Ambulanzgebäude für 500 Personen gelegt. Die Mittel zum Bau sind von einem Wohltäter, H. Timueter gespendet.

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

— Jelisawetgrad. Hier wird die Gründung eines chirurgischen Instituts geplant, welches den Zweck haben soll, jungen Aerzten die Möglichkeit zu geben sich in der Chirurgie auszubilden. Die Mittel hierzu hat ein Herr A. Dmitrjan gespendet. An der Spitze des Instituts soll Prof. Wenglowskij stehen.

— Auf dem Internationalen medicinischen Congress zu Budapest ist der im Jahre 1897 von der Stadt Moskau gestiftete Preis von 5000 Francs dem Professor der vergleichenden Anatomie und Embryologie an der Universität zu Berlin, Dr. O. Hertwig zuerkannt worden. Den Preis des internationalen Congresses zu Paris (3000 Fr.) erhielt Dr. J. Bordet, Director des Pasteur-Institut zu Brüssel. Der Preis für Otologie (400 Francs) wurde zwischen den Professoren H. Neumann (Wien) und A. Grey (Glasgow) geteilt. Der für die beste Arbeit über die Aetiologie des Trachoms (1000 Kronen) kam nicht zur Verteilung, da nach dem Urteil des Preisrichtercollegiums keine von den eingesandten Arbeiten den gestellten Bedingungen entsprach.

— Der nächste internationale medicinische Congress soll im Jahre 1913 in London stattfinden.

— In London ist ein neues Institut zur Erforschung der Tropenkrankheiten begründet worden.

— Paris. Die Academie de Médecine hat eine Stiftung von 25000 Francs erhalten, von denen die Zinsen als Potain-Preis alle 3 Jahre für die beste Arbeit aus dem Gebiete der klinischen Medicin verliehen werden sollen.

— Wien. Der Docent der physiologischen Chemie, Dr. A. Jolles ist zum Professor ernannt.

— Freiburg i. B. Der emeritierte Director der Augenklinik an der Universität, Prof. Dr. W. Manz, beging am 14. Sept. sein 50-jähriges Docentenjubiläum. — Der Privatdocent für Zahnheilkunde Dr. med. W. Herrenknecht ist zum a. o. Professor ernannt.

— Groningen. Dr. G. Scheltema ist zum a. o. Professor der Kinderheilkunde erannnt.

— Turin. Dr. A. Ceconi ist zum o. Professor der Pathologie ernannt.

— Rio de Janeiro. Dr. A. R. Lima ist zum Professor der internen Klinik ernannt.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
vom 30. Aug. bis zum 5. Sept.			
St. Petersburg mit den Vorstädten	244 (90)	4919 (1872)	16. Mai
Kronstadt	2 (—)	104 (47)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg .	80 (40)	1076 (561)	27. Mai
» Archangelsk . .	8 (3)	698 (353)	13. Juni
» Wologda . . .	4 (—)	580 (330)	19. »
» Olonez	1 (1)	29 (20)	8. »
» Perm	1 (—)	30 (9)	18. Juli
» Estland. . . .	9 (2)	36 (14)	5. »
» Livland	10 (7)	256 (31)	16. Juni
» Witebsk . . .	63 (31)	2864 (1095)	16. »
» Kowno	8 (1)	17 (3)	9. Aug.
Stadt Minsk	1 (1)	1 (1)	2. Sept.
Gouv. Twer.	90 (4)	426 (173)	29. Juni
» Jaroslaw . . .	97 (44)	572 (285)	24. »
» Kostroma . . .	47 (17)	150 (64)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	29 (10)	75 (35)	30. »
Stadt Kasan	1 (1)	1 (1)	1. Sept.
Gouv. Ssamara . . .	21 (7)	53 (26)	4. Aug.
Stadt Astrachan . . .	1 (—)	3 (2)	27. »
Gouv. Nowgorod . .	15 (5)	571 (270)	7. Juni
» Pskow	49 (18)	355 (151)	28. »
» Rjasan	6 (3)	51 (31)	10. »
» Wladimir . . .	9 (3)	17 (10)	25. April
» Kiew	7 (1)	14 (6)	22. Aug.
» Poltawa . . .	9 (8)	113 (59)	25. Juli

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 3. Sept.	des 4. Sept.	26	17	22	333
» 4. »	» 5. »	35	16	21	330
» 5. »	» 6. »	33	15	16	332
» 6. »	» 7. »	34	10	17	332
» 7. »	» 8. »	33	13	8	351

Seit dem Beginn der Epidemie sind 15390 Personen erkrankt, 5936 gestorben und 9103 genesen.

— Verbreitung der Cholera. In Calcutta starben vom 25. bis zum 31. Juli 28. Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Ostindien erkrankten vom 25. bis zum 31. Juli 926 Personen und starben 709. — In der Colonie von Honkong erkrankten vom 11. bis zum 24. Juli 4 Personen und starben 3. — In Aegypten erkrankten vom 14. bis zum 27. August 18 Personen und starben 6. — In Marokko sind in dem Militärlager bei Casablanca von Mitte Juli bis Ende August 3 Personen an der Pest gestorben. — In Zanzibar wurde am 23. Juli ein Todesfall an der Pest constatiert. — In Britisch Ostafrika wurden bis zum 28. Juli in Kisumu 8 Fälle von Pesterkrankung mit tötlichem Verlauf registriert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 16. bis zum 22. Aug. 1909 520 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 19, Typhus exanthem. 14, Febris recurrens 4, Pocken 15, Windpocken 16, Masern 51, Scharlach 58, Diphtherie 52, Cholera 131, acut. Magen-Darmkatarrh 110, an anderen Infectionskrankheiten 50.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 10601. Darunter Typhus abdominalis 227, Typhus exanth. 21, Febris recurrens 28, Scharlach 221, Masern 47, Diphtherie 158, Pocken 72, Windpocken 6, Milzbrand 0, Cholera 275, crupöse Pneumonie 91, Tuberculose 302, Influenza 135, Erysipel 85, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 54, Lepra 10, Syphilis 430, venerische Krankheiten 339, acute Erkrankungen 1889, chronische Krankheiten 1317, chirurgische Krankheiten 1342, Geisteskrankheiten 3233, gynäkologische Krankheiten 186, Krankheiten des Wochenbetts 81, Hydrophobie 10, verschiedene andere Krankheiten 33.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 797 + 50 Totgeborene + 46 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 8, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 3, Masern 16, Scharlach 23, Diphtherie 15, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 14, katarrhalische Pneumonie 63, Erysipelas 7, Influenza 1, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 6, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 19, Dysenterie 2, Cholera 70, Magen-Darmkatarrh 54, andere Magen- und Darmerkrankungen 65, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 53, Marasmus senilis 25, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 221.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) der Arzt am Militärhospital in Wilna P. Finogejew, 27 Jahre alt. 2) In Orel vergiftete sich mit Morphium Dr. Wosnessenskij geb. 1864, Arzt seit 1889; als Ursache des Selbstmordes gibt die «Wratschebnaja Gaseta» an: Not und Arbeitslosigkeit. Er hinterlässt die Wittwe und 2 Kinder ohne alle Mittel. 3) In München Dr. A. Rosenberg (aus Odessa), geb. 1857, Arzt seit 1883. 4) In Posen Prof. M. Ed. Jaffé, Oberarzt am städtischen Krankenhaus.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 15. Sept. 1909.

Tagesordnung: E. Schmidt: Ueber die Pirquet'sche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter.
E. Meuschen (Gast): Ein Fall von seltener Nierendystopie.

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Sept. 1909.

Tagesordnung: Dr. L. v. Lingen: Ueber die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu einigen Organen.

— Ich verreise und werde bis auf weiteres von H. Dr. med. F. Holzinger vertreten: Was. Ostrow 2. Linie 35. Telephon 291—43.

F. Dörbeck.

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 38 St. Petersburg, den 19. Sept. (2.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Ernährung der Säuglinge.

(Referat, erstattet auf dem I. baltischen Aerztecongress in Dorpat, 1909).

Von

Dr. A. Berkholz in Riga.

Die Ernährung des Säuglings, d. h. des Kindes in den zwei ersten Lebensjahren, eignet sich in seiner Ausführlichkeit nicht als Thema eines kurzen Referates. Selbst, wenn ich Ihnen nur über die Forschungen der letzten Decennien einigermassen ausführlich referieren wollte, würde es mir an Zeit gebrechen. Sie würden alle Mängel und Ungenaugigkeiten in meinem Referat finden. Ich habe mir darum zur Aufgabe gestellt nur die markantesten, practisch wichtigsten Fortschritte in der Säuglingsernährung Ihnen vor Augen zu führen.

Es handelt sich bei meinem Thema nur um die Ernährung gesunder Säuglinge, d. h. solcher Säuglinge, die gesund zur Welt kamen und in der Aussenwelt keine Krankheiten erworben haben. Da ergibt sich aber die Frage: „Welcher Säugling ist gesund?" Die genaue Erforschung der Physiologie und Psychologie des Säuglings gehört zu den wichtigsten Fortschritten der modernen Pädiatrie und sind wir in der Praxis, um krankhafte Zustände zu beurteilen, stets verpflichtet uns das Bild eines in allen seinen Functionen gesunden Kindes vorzuhalten.

Wir verlangen von einem gesunden Säuglinge einen hellrosa Farbenton der Haut, straffen Turgor der Gewebe und guten Tonus der Muskulatur. Die Stimmung des Säuglings muss gleichmässig fröhlich sein; der gesunde Säugling isst, schläft und lacht; sein Missbehagen, etwa Hunger, Kältegefühl bei nassen Windeln, äussert er durch Schreien; ist der Grund des Unbehagens beseitigt, so tritt sofort wieder die fröhliche Grundstimmung des normalen Säuglings zu Tage. Jeder gesunde Säugling ist agil, d. h. er hat Lust und Freude an der Bewegung seiner Extremitäten vom ersten Lebenstage an. Die Zunge und die Mundschleimhaut eines gesunden Säuglings sind blassrosa, der Rachen hat einen hellrosa, fast weissen Farbenton. Selbstverständlich ist die Constatierung normaler Brust- und Abdominal-Organe. Beim Abdomen ist namentlich auf die Configuration zu achten, beim normalen Brustkinde darf der Leib nur gleich nach der Mahlzeit aufgetrieben erscheinen. Zudem müssen wir homogene, beim Brustkinde goldgelbe, beim Flaschenkinde graugelbe Stuhlentlehrungen, von Salbenconsistenz verlangen. Die Körpergewichtszunahme muss bei häufigen Wägungen regelmässig sein. Erfolgt die Körpergewichtszunahme trotz richtiger Ernährung nicht regelmässig, sondern in Sprüngen, oder besteht zeitweilig Gewichtsstillstand, so ist hierin bereits eine Abweichung von der Norm im Sinne des Pathologischen zu verzeichnen.

Dieses Ihnen kurz geschilderte klinische Bild eines normalen Säuglings gilt fur alle Altersstufen vom ersten Tage bis zum Ende der Säuglingsperiode. Wir verlangen dazu nur noch die normale Entwickelung der Sinnesorgane, der statischen Functionen und des Knochenbaues.

Es gibt nun gewisse Gruppen von Säuglingen, die trotz richtiger Ernährung, Abweichungen von der Norm zeigen, ohne dass sie an einer erworbenen oder angeborenen Krankheit leiden. Ich halte es nun für geboten auch diese Gruppen vor Ihnen schematisch zu fixieren, da gerade die frühzeitige Erkennung dieser angeborenen Anomalien wichtig ist. Begründet sich doch der Erfolg der modernen Ernährungstherapie gerade auf der Erkenntnis, dass es Entwickelungsstörungen der Kinder in der ersten Lebensjahren gibt, deren Ursache in einer angeborenen Constitutionsanomalie zu suchen ist. Diese Constitutionsanomalie ist entweder durch die Ernährung nicht zu beeinflussen und verlangt daher auch keine Therapie in dieser Richtung, oder aber sie bedarf einer speciellen Ernährungstherapie. Vornehmlich sind es zwei Gruppen, die ich Ihnen kennzeichnen muss; der Neuropath und der Säugling mit exsudativer Diathese.

Der neuropathische Säugling gibt sich frühzeitig zu erkennen in der Abweichung seines psychischen Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haltens von der Norm, trotz richtiger Nahrungsaufnahme und ungestörter Verdauungstätigkeit; die ersten Zeichen, die auf Neuropathie hinweisen, sind Schreckhaftigkeit und schlechte Stimmung des Säuglings, er schreit ohne Veranlassung. Während die Stimmung des normalen Säuglings nie ohne Grund gestört ist, ist der Neuropath oft ohne jegliche Ursache schlechter Stimmung und, worauf besonders Gewicht zu legen ist, die durch eine factische Ursache gestörte gute Stimmung kehrt nicht sofort nach Beseitigung des Grundes des Unbehagens wieder zurück, sondern die Ursache wirkt nachhaltig, sodass es geraumer Zeit bedarf, um das seelische Gleichgewicht wiederherzustellen.

Der Schlaf des normalen Säuglings ist tief und ungestört, der Neuropath erwacht leicht, oft beim kleinsten Geräusch, oder schläft überhaupt nicht längere Zeit ohne Unterbrechung. Neben dem neuropathisch veranlagten Säugling, der sich nur durch Schreckhaftigkeit und dauernd schlechte Stimmung vom normalen unterscheidet, gibt es zwei Formen der Neuropathie, die besonderer Besprechung bedürfen: die Idiotie und die Spasmophilie.

Der Idiot gedeiht körperlich vorzüglich, seine Ernährung bereitet keine Schwierigkeiten. Der schwere, sozusagen hoffnungslose Idiot documentiert sich dem geschulten Beobachter oft bereits in den ersten Lebensmonaten dadurch, dass seine psychischen Organe sich nicht entwickeln: er lacht nicht, trotz ungestörten psychischen Verhaltens, er fixiert nicht, er schluckt den Speichel nicht, er hat kein Muskelgefühl, da er bei gut entwickelter Muskulatur durch mangelnden Tonus und geringe oder keine Agilität auffällt. Je älter er wird, desto mehr tritt der Mangel seiner geistigen Functionen zu Tage.

Zu den spasmophilen Säuglingen rechnen wir klinisch den Hypertoniker, den Eklamptiker, den Tetaniker und den mit Laryngospasmen behafteten Säugling. Das Charakteristische der Spasmophilie ist die galvanische Ueberregbarkeit der Nerven, nach Thiemich und Mann ist eine K. O. Z. unter 5 Milliampère als pathologisch zu bezeichnen. Der spasmophile Säugling ist ein angeborener Neuropath, bei dem es infolge unzweckmässiger Ernährung zu den Erscheinungen der Uebererregbarkeit kommt.

Klinische Beobachtungen haben es vermuten lassen und Stoffwechseluntersuchungen haben es bestätigt, dass der intermediäre Stoffwechsel, speciell die Resorption und Assimilation des Fettes und der Eiweissstoffe, bei ihm geschädigt ist.

Gleich der Spasmophilie besteht die exsudative Diathese in einer angeborenen Stoffwechselanomalie. Unter dem Begriff der exsudativen Diathese hat Czerny einen Complex von Symptomen zusammengefasst, von denen folgende die wichtigsten sind. Die exsudativen Säuglinge leiden bei scheinbar normaler Verdauungstätigkeit zeitweilig an Gewichtsstillstand resp. ungenügender Gewichtszunahme, an den verschiedensten Erscheinungen an der Haut, wie Intertrigo, Ekzem, namentlich Milchschorf, Prurigo-Strophulus und Katharren der Schleimhäute. Weitere Erscheinungen der exsudativen Diathese sind: Die Landkartenzunge, der von Neumann beschriebene grüne Belag, resp. die circuläre Caries der oberen Incisivi, die Behaarung des Schultergürtels und die langen dünnen Wimpern. Wesentlich unterscheiden sich die exsudativen von den normalen Säuglingen durch ihre Hautfarbe. Die Haut des exsudativen Säuglings hat einen blassen etwas graugelben Farbenton, welcher deutlich von dem schönen Rosa des normalen Säuglings abweicht.

Sie sehen, neben der Störung der Körpergewichtszunahme, welche übrigens bei Neuropathen und Exsudativen in gleicher Weise zur Beobachtung kommen kann, erscheinen die Symptome der exsudativen Diathese nur an der Haut und an den Schleimhäuten. Auch der exsudative Säugling verlangt specieller Ernährungsvorschriften.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass Czerny mit dem Symptomencomplex der exsudativen Diathese keinen neuen bisher unbekannten Krankheitsbegriff schaffen, sondern nur das als Scrophulose bekannte Krankheitsbild für das Säuglingsalter fixieren wollte. Exsudative Diathese ist nichts anderes als der Beginn der Scrophulose. Mit voller Ueberzeugung hat Czerny einen neuen Namen für die Scrophulose der Säuglinge geschaffen, um sie streng von der Tuberculose zu trennen. Denn diese Trennung wird bei der Scrophulose nicht consequent durchgeführt, da zur Scrophulose der älteren Kinder auch solche Fälle gerechnet werden, welche mit Tuberkelbacillen bereits inficiert sind, also eigentlich eine richtige Tuberculose darstellen. Er wollte den Beginn der Scrophulose als eine angeborene Stoffwechselanomalie kennzeichnen und wählte dazu den Namen „exsudative Diathese“.

Ob die Rachitis auch angeboren vorkommt, ist in neuer Zeit in Frage gestellt; sie scheint eine erworbene Krankheit zu sein, und möchte ich mich persönlich diesem Standpuncte anschliessen. Die Abhandlung derselben liegt daher ausserhalb des Rahmens meines Referates.

Damit habe ich den ersten Teil meines Referates beendigt; er sollte Sie mit den bedeutenden Fortschritten bekannt machen, die die Pädiatrie in der klinischen Beurteilung des Säuglings gemacht hat, welche darin gipfelt, dass jeder Säugling individuell behandelt zu werden verdient. Sie dürfen nicht vergessen, dass ich Ihnen die Bilder der Neuropathie und exsudativen Diathese nur schematisch schilderte und dass es unzählige Uebergänge gibt vom normalen Kinde zum typischen Neuropathen und zum Exsudativen par excellence.

Der zweite wesentliche Fortschritt der Kinderheilkunde liegt in der Untersuchung des Gesamtstoffwechsels normaler und kranker Kinder. Die Untersuchungen über den Stoffwechsel schliessen sich an die Namen: Heubner und Rubner, Cammerer, Finkelstein, Schlossmann und and. und namentlich aber an die ganze Breslauer Schule. Hier ist vor allem ihr Begründer Czerny zu nennen und seine Schüler, Keller, Gregor, Thiemich, Steinitz u. a.

Den systematischen Stoffwechseluntersuchungen vornehmlich verdankt es die Pädiatrie, dass sie aus dem Stadium des Experimentierens am Kinde herausgekommen ist, dass der Speculation mit den verschiedensten Nahrungsgemischen, dem Suchen nach immer neuen künstlichen Nahrungsmitteln ein Riegel vorgeschoben ist. Diesen unwissenschaftlichen Bestrebungen sind viele tausende Kinder zum Opfer gefallen und fallen ihnen auch heute noch immer zum Opfer, weil die Fortschritte der Ernährungslehre des Säuglings noch nicht Gemeingut aller geworden sind.

Im Einzelnen auf die Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen am normalen und anormalen Kinde einzugehen ist im Rahmen eines Referates unmöglich, nur die wichtigsten Ergebnisse derselben seien hier gezeichnet.

Ein Resultat derselben besteht zunächst in der Kenntnis des Nahrungsbedarfs eines normalen Säuglings zum regelmässigen Wachstum und Gedeihen, der Heubner'sche Energiequotient, d. h. die Nahrungsmenge in Calorien ausgedrückt, welche einem Kinde pro Kilo Körpergewicht und Tag zugeführt werden muss, damit es befriedigend gedeihe. Heubner hat diesen Energiequotienten auf hundert Calorien pro Kilo Körpergewicht berechnet. Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass der Energiequotient bei einem jeden Kinde ein verschiedener

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein kann, bedingt durch die verschiedene Assimilationsfähigkeit des Darmes für die einzelnen Bestandteile der Nahrung. Wir haben aus den Stoffwechseluntersuchungen gelernt zu erkennen wie verschieden die Assimilations- und Resorptions-Fähigkeit des Säuglingsdarmes für Fette, für Eiweisstoffe, für Kohlehydrate und für mineralische Salze ist. Es gibt Säuglinge, deren Assimilationsfähigkeit namentlich für die Fette der Milch sehr gering ist, so dass wir genötigt sind, ihren Calorienbedarf bei Einschränkung der Fett-Menge durch überreichliche Kohlehydratzufuhr zu decken. Mit der von Biedert s. Z. vertretenen Anschauung der besonderen Schwerverdaulichkeit des Kuhmilcheiweisses, an der man Jahrzente lang festhielt, ist definitiv gebrochen worden. Wir wissen durch Stoffwechseluntersuchungen und durch chemische Untersuchungen der Fäces, dass gerade in der Fettverdauung die häufigsten und wesentlichsten Störungen im Stoffwechsel des Säuglings liegen.

Die Stoffwechseluntersuchungen sind noch nicht abgeschlossen; es gibt noch eine Fülle von Arbeit, namentlich wohl in Betreff des Mineralstoffwechsels, aber die bisherigen Ergebnisse derselben sind doch bereits so weitgehend für die Behandlung der Säuglinge, dass wir sagen können, die Untersuchungen des Gesamtstoffwechsels haben uns erst die Aera der modernen Pädiatrie erschlossen. Es ist uns durch die Stoffwechseluntersuchungen und durch den Nutzen, den wir aus denselben für die Klinik ziehen können ein bedeutend grösseres Individualisierungsvermögen gegeben, und darauf eben kommt es uns an. Die Ursachen des gestörten Wachstums und Gedeihens, der gestörten Stimmung und Agilität sind oft im Säugling selbst zu suchen und nicht allein der Nahrungsfrage in die Schuhe zu schieben. Das Studium des klinischen Verhaltens des Säuglings und der Assimilationsfähigkeit des Darmes muss im Vordergrunde stehen und nach ihr erst die Nahrung, das richtige Futter, für jeden einzelnen Säugling gesucht werden.

Der modernen Pädiatrie, welche ihre Hauptstütze im chemischen Laboratorium findet, wird vielfach der unberechtigte Vorwurf des Theoretisierens gemacht. Theoretisierend ist in der Tat die moderne Pädiatrie durchaus nicht, sie basiert auf der Klinik. Von klinischen Beobachtungen geht sie aus, practische Beobachtungen am gesunden und kranken Säugling gaben Veranlassungen zu den chemischen Untersuchungen. Die Laboratoriumstätigkeit rechtfertigt nur unser therapeutisches Vorgehen, sie verfeinert und vertieft unsere klinischen Beobachtungen.

Es sei mir nun gestattet auf die Ernährung der Säuglinge einzugehen. Die einzige Nahrung, die das Gedeihen des Säuglings in allen Fällen sicherstellt, ist die Mutterbrust. Das ist eine Tatsache, deren Erkenntnisse Gemeingut aller Aerzte sein muss. In der Physiologie der Laktationsperiode, in der Erkenntnis der Anforderungen, die wir an eine Mutterbrust stellen dürfen, und in der Technik des Stillens, sind bedeutende Fortschritte gemacht worden, welche ein näheres Eingehen auf die Ernährung an der Brust rechtfertigen. Der normale Säugling gedeiht an der Brust der Mutter unter allen Umständen und bei jeder Technik. Offenbar ist der Organismus des gesunden Kindes befähigt sich innerhalb weiter Grenzen verschiedenen Nahrungs-Quantitäten und -Qualitäten anzupassen. Klinische Erfahrungen haben gelehrt, dass das Nahrungsbedürfnis des Kindes mit seltenen Ausnahmen nicht vor 24 Stunden nach der Geburt erwacht und früher schiesst die Milch auch nicht in die Brust der Mutter. Sollte die Brust der Mutter sich erst später füllen — es kommt vor, dass dieses erst 6 Tage post partum eintritt — so kann bei geeigneten Massregeln ohne Schaden für das Kind auch solange darauf gewartet werden. Es wäre jedenfalls fehlerhaft zu vorzeitig mit künstlicher Nahrung zu beginnen. Das Gewöhnliche ist, dass der Säugling am zweiten Tage dreimal an die Brust gelegt wird; vom dritten resp. vierten Tage an wird er fünfmal gestillt. Das hat sich an grossem klinischen Material für Mutter und Kind als am günstigsten erwiesen, weshalb man nicht ohne Grund von diesem Regime abweichen sollte. Zum Einhalten der langen Nahrungspausen ist man nicht etwa auf theoretischem Wege gekommen, sondern sie sind das Ergebnis der Beobachtungen des Nahrungsbedürfnisses gesunder Kinder. Die Interwalle, in denen ein gesundes Kind in den ersten Lebenswochen erwacht, sind nicht gleich gross. Im Maximum dürfte es siebenmal erwachen. Es gibt jedoch Kinder, und diese scheinen auch nach meinen Beobachtungen nicht ganz selten zu sein, die sich selbst auf nur 4 Mahlzeiten pro Tag einstellen und dabei vorzüglich gedeihen. Diese klinischen Beobachtungen haben die Forderung gezeitigt mit den früher üblichen 2—3-stündlichen Mahlzeiten zu brechen. Vergleichende Beobachtungen an grossen Reihen von Säuglingen haben die Tatsache ergeben, dass die Zahl der Ernährungsstörungen der Säuglinge rasch zunimmt, wenn man von dem Einhalten langer Nahrungspausen abweicht.

Wichtig für die Praxis ist die Beantwortung der Frage, ob ein Säugling genug Nahrung bekommt. Diese Frage kann nur am Säugling selbst entschieden werden, nicht durch Beurteilung der Mutterbrust. Der Unterernährte Säugling gibt sich nur selten durch Unruhe zu erkennen. Im Gegenteil der Unterernährte zeichnet sich gewöhnlich durch grosse Ruhe aus, nur ist seine Agilität gering. Die Erscheinungen der Unterernährung sind: scheinbare Obstipation — denn wirkliche gibt es beim Brustkinde nicht, daher sind Abführmittel und Klystire niemals angebracht — mangelnde Gewichtszunahme und eingesunkener Leib. Wir wissen, dass der normale Säugling in den ersten Lebensmonaten, nach der physiologischen Gewichtsabnahme der ersten Tage regelmässig 25—30 Gramm pro die an Körpergewicht zunimmt. Bleibt die Körpergewichtszunahme ständig hinter der Norm zurück, besteht Gewichtsstillstand oder -Abnahme und tritt dabei scheinbare Obstipation in Beobachtung, d. h. erfolgt nur alle 2—3 Tage oder noch seltener ein Stuhl, so müssen wir annehmen, dass die genossene Nahrungsmenge zu gering ist. Eines der beiden Symptome allein genügt aber nicht um Unterernährung zu constatieren. Es gibt Säuglinge, die trotz scheinbarer Obstipation doch regelmässig an Körpergewicht zunehmen; ich selbst habe einen Säugling beobachtet, der von der Mutter genährt nur alle 6—7 Tage normalen Stuhl hatte und dabei vorzüglich gedieh und regelmässige genügende Körpergewichtszunahme aufwies. Es beruht dies darauf, dass Brustnahrung restlos resorbiert werden kann. Andererseits sind mangelnde Körpergewichtszunahmen bei häufigen Stühlen, namentlich, wenn das Kind unruhig ist, Zeichen von gestörter Verdauung entweder zu reichlicher Nahrung oder einer bestehenden Infection, oder ein Zeichen gestörter Assimilationskraft des Darmes.

Besorgten Müttern genügen aber, namentlich, wenn das Kind nicht ganz ruhig ist, was oft auf neuropathische Veranlagung zurückgeführt werden kann, die Erfahrungssätze des Kinderarztes in den seltensten Fällen. Sie verlangen factische Beweise dafür, dass ihre Brust auch noch Nahrung enthält. Es ist auffallend, wie eine besorgte Mutter durch die kleinsten sichtbaren Mengen Nahrung in der Flasche beruhigt wird, und wenn es sich auch nur um dünnen Haferschleim handelt, der nach Calorien berechnet, nur ein Viertel des Nährwertes der Brustnahrung besitzt. In solchen Fällen bietet die Wage ein brauchbares Hilfsmittel. Die Differenz des Gewichtes des Kindes vor und nach dem Trinken, auf einer genauen Grammwage bestimmt, gibt uns die Menge der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

getrunkenen Brustmilch. Genaue Wägungen haben ergeben, dass ein Brustkind in den ersten Lebensmonaten einer Nahrungsmenge bedarf, die einem Fünftel bis einem Sechstel seines Körpergewichtes entspricht. Allmählich nimmt das relative Nahrungsbedürfnis ab, sodass ein halbjähriger Säugling einer Menge bedarf, die etwa einem Achtel seines Körpergewichtes entspricht. Ist durch Körpergewichtswägungen, durch Beobachtung des Stuhles und durch die Bestimmung der getrunkenen Nahrungsmenge constatiert, dass ein Minus an der gewünschten Nahrungsaufnahme vorliegt, und kann selbstverständlich sonst jede acute erworbene Krankheit des Säuglings ausgeschlossen werden, wir verlangen z. B. absolut blassen Mund und Rachen, so haben wir Grund die Brustnahrung durch Zuführung einer künstlichen Nahrung zu ergänzen, auf ein sogenanntes Allaitementes mixte überzugehen. Dieses geschieht am besten dadurch, dass man der Mutterbrust, ein bis zwei mal am Tage längere Zeit zur Erholung lässt, also etwa 3—4 mal täglich die Brust reicht und 1—2 mal täglich eine künstliche Mahlzeit zufüttert. Auf weniger als 3 Mahlzeiten Mutterbrust pro Tag darf in keinem Falle heruntergegangen werden, da wir sonst Gefahr laufen, dass eine vorzeitige Rückbildung der Mutterbrust stattfindet, wegen zu geringer Inanspruchnahme durch den Säugling. Bei drei Mahlzeiten pro Tag gelingt es aber die Brust Monate lang zu erhalten, es sei denn, dass überhaupt eine frühzeitige Rückbildung eintritt, welche, durch den Nachweis von Kolostrum in der Milch erkannt wird.

Als Zufütterung bedienen wir uns bei normalen Säuglingen unter 3 Monaten einer Mischung von $^1/_2$ Kuhmilch, $^1/_2$ 10% wässriger Milchzuckerlösung, bei älteren Kindern einer Mischung von $^1/_2$ Milch $^1/_2$ Haferschleim mit Rohrzuckerzusatz, wobei wir die Bestimmung des Quantums der einzelnen Mahlzeit dem Säugling überlassen.

Bei der geschilderten Ernährung durch die Mutterbrust allein oder dem Allaitementes mixte bleiben wir je nach der Jahreszeit und den sonstigen von der Mutter abhängenden Umständen beim normalen Säuglinge 6—8 Monate.

Eine derartige Regelung der Ernährung an der Brust bereitet beim normalen Säugling keine Schwierigkeiten, sie muss als die einzige physiologische hingestellt werden. Entwickelt sich dabei der Säugling nicht in vollkommen normaler Weise, so ist die Ursache davon in der Veranlagung des Kindes selbst zu suchen und niemals in der chemischen Zusammensetzung der Muttermilch.

Dem Studium der chemischen Eigenschaften der Frauenmilch ist ein vielseitiges Interesse entgegengebracht worden. Die Literatur über dieses Thema ist eine überaus grosse. Die Untersuchungen waren darauf gerichtet, den Gehalt der Milch an Eiweisssubstanzen, Kohlehydraten, Fett und Salzen im Verhältnis zum Wasser festzustellen. Sie ergeben, dass die Werte für alle einzelnen Bestandteile, am stärksten für das Fett, in weiten Grenzen schwanken, sodass es nicht möglich ist, aus der Untersuchung e i n e r Milchprobe eine Vorstellung über die Zusammensetzung der Frauenmilch zu gewinnen. Je mehr Beobachtungen gesammelt wurden, um so mehr zeigte es sich, dass die Analysen der Frauenmilch andere Werte ergeben, wenn die Milch vor und nach dem Anlegen des Kindes, aus der linken oder rechten Brust, zu verschiedenen Tageszeiten, früherem oder späterem Stadium der Laktation entnommen wird. Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Schwankungen der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch auch in allen den Fällen nachweisbar sind, wo das Kind vorzüglich gedeiht, so müssen wir zu der Auffassung gelangen, dass die Schwankungen für das Gedeihen eines normalen Säuglings belanglos sind. G r e g o r hat zudem festgestellt, dass der Fettreichtum der Frauenmilch das Entscheidende zu sein scheint für die Grösse der einzelnen Mahlzeiten; je fettreicher die Milch war, um so kleinerer Mengen bedurfte der Säugling zur Deckung seines Nahrungsbedürfnisses. Er erklärt hieraus die oft weitgehenden Schwankungen in der Grösse der Einzelmahlzeit und der ganzen Tagesportion.

Gedeiht ein Kind an der Mutterbrust bei geregelter Technik des Stillens nicht der Norm entsprechend und liegt keine Unterernährung oder acute Erkrankung des Säuglings vor, so haben wir die Ursache hierfür nur am Kinde selbst zu suchen. Dieselbe liegt dann in der Schädigung der Assimilationsfähigkeit des Darmes, einer Constitutionsanomalie des intermediären Stoffwechsels, die sich am Säugling äusserlich in den Erscheinungen der exsudativen Diathese oder der Spasmophilie zeigt. Da aber die chemische Untersuchung der Frauenmilch nicht imstande ist uns Aufschluss darüber zu geben, ob die Milch einer anderen Frau geeigneter sein dürfte, als die, bei welcher die Schädigungen auftraten, so ist der Gedanke ein für allemal aufzugeben, vom Wechsel der Brustnahrung Besserung zu erhoffen. Es lehrt uns die Erfahrung, dass ein mit derartigen Stoffwechselanomalien behaftetes Kind schliesslich am besten gedeiht bei ruhigem Zuwarten und consequentem Einhalten des Regimes, das uns erfahrungsgemäss als das beste für den Säugling gilt.

Weitere Untersuchungen haben gelehrt, dass bei derartig veranlagten Kindern namentlich die Assimilationsfähigkeit für das Milchfett herabgesetzt ist und darum ist es angebracht, mit dem Ersatz des Fettes durch Kohlehydrate bei ihnen frühzeitig zu beginnen.

Bei den schwersten Formen der genannten Stoffwechselanomalie sind wir gezwungen schon früh zu der Brustnahrung eine Mahlzeit Haferschleim resp. K e l l e r sche Malzsuppe oder Buttermilch, jedenfalls eine fettarme und kohlehydratreiche Nahrung zuzufüttern, wodurch erst ein besseres Gedeihen des Kindes, namentlich ein Verschwinden der Erscheinungen an der Haut und den Schleimhäuten und der nervösen Erscheinungen resp. eine regelmässige Gewichtszunahme erzielt werden kann. Dies sind auch die einzigen Kinder, bei denen durch Zufütterung der mit marktschreierischer, irreführender Reclame empfohlenen Kindermehle, wie Nestle, Kufecke, Odda, Theinhard, Knorr und wie die Mehle alle heissen, in die Augen fallende Erfolge erzielt werden.

Ich kann diesen Abschnitt über die Ernährung der Säuglinge bis zur Abstillungsperiode nicht schliessen, ohne einige Worte über die künstliche Ernährung zu sagen.

Es verdient von Hause aus festgestellt zu werden, dass wir mit keiner einzigen Methode der künstlichen Ernährung imstande sind dieselben Erfolge zu erzielen, wie bei der natürlichen an der Mutterbrust. Es gibt Kinder, die überhaupt bei jeder Art der künstlichen Ernährung in Lebensgefahr geraten. Dieses Eingeständnis des Mangels der Erfolge mit künstlicher Ernährung halte ich für eines der wichtigsten Ergebnisse der modernen Pädiatrie. Es verdankt seine Entstehung, gerade der verschärften klinischen Beobachtung, der Kenntnis des normalen Verhaltens und Gedeihens der Säuglinge und der Erkennung der kleinsten Abweichungen von der Norm.

Wir wissen, dass der erwachsene Mensch bei animaler und vegetabilischer Nahrung mannigfaltigster Art die Bedürfnisse seines Körpers in zweckmässiger Weise decken kann. Das Kind in den ersten Lebensmonaten dagegen zeigt nur ein ganz beschränktes Anpassungsvermögen an die von der Frauenmilch verschiedene Nahrung. Der mehr oder weniger günstige Erfolg der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit künstlicher Ernährung, dort wo sie notwendig ist, erzielt werden kann, ist — abgesehen von richtigem Regime mit langen Nahrungspausen, einwandsfreier Milch und richtiger Zubereitung derselben — von der Grösse der angeborenen Assimilationsfähigkeit des Säuglings abhängig. Bei normalen Säuglingen wird es am ehesten gelingen ein einigermassen günstiges Resultat zu erzielen; je ausgesprochener die angeborene Veranlagung zur exsudativen Diathese resp. Spasmophilie ist, um so grösser die Misserfolge.

In der Methodik der künstlichen Ernährung hat die moderne Pädiatrie keinen nennenswerten Fortschritt gemacht, ausser der Erkenntnis der Mangelhaftigkeit jeder Methode. Voraussetzung jeder künstlichen Ernährung ist die Beschaffung einwandsfreier Kuhmilch, d. h. möglichst keimfreier frischer Milch von mindestens 3 % Fettgehalt und von nachweislich gesunden Kühen. Die Milch muss sofort nach dem Melken gekühlt werden und bis zur Verarbeitung bei gleichmässiger Temperatur unter 10 Grad aufbewahrt bleiben. Die Verarbeitung geschieht am besten durch einfaches Erhitzen bis zum Siedepunct und darauffolgender schneller Abkühlung. Die Erhitzung kann mit Nutzen in Soxhletflaschen geschehen, doch ist vor zu langem Kochen zu warnen, da es nicht mehr nützt als einmaliges Aufkochen, dagegen aber die chemische Zusammensetzung der Milch schädigt. Die schlechteste und gefährlichste Kindermilch ist die pasteurisierte, weil durch das Pasteurisieren das Bacterium sachar. lact. abgetötet wird, während die übrigen schädlicheren Bacterien — die Strepto- und Staphylococcen und die Tuberkelbacillen — durch Erhitzen der Milch auf 70—80 Grad nicht abgetötet werden; dagegen wird durch das Abtöten des Bacterium sach. lact. das Wachstum der peptonisierenden Bacterien und der Koliarten in der Milch gefördert.

Der Neugeborene erhält 5 Mal am Tage eine Mischung $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ einer 10 %-igen wässrigen Milchzuckerlösung. Wir bieten ihm 100—150 Gramm an und überlassen es seinem Nahrungsbedürfnisse die Menge zu bestimmen. Bis zum III. Monate etwa wird nur die Quantität der Mahlzeit gesteigert. Ungefähr im III. Monate gehen wir auf $^1/_2$ Milch $^1/_2$ Milchzuckerlösung über. Spätestens mit einem halben Jahre, gewöhnlich im IV.—V. Monate, beginnen wir mit der Zufütterung von Kohlehydraten in der Form von Haferschleim resp. Mehlsuppen.

Die Mehlsuppe bereiten wir nach folgendem Recept: 25 Gramm = einem Esslöffel prima Moskauer Weizenmehl wird in einem $^1/_2$ Stof Wasser 10 Minuten lang aufgekocht; die Mehlsuppe wird durchgelassen, in der Flasche zur Hälfte mit Milch gemischt und Zucker hinzugetan. Von grossem Nutzen ist hierbei der Zusatz von Malzzucker in der Form des Malzsuppenextraktes, nach Vorschrift der Kellerschen Malzsuppe, oder des bei uns billiger erhältlichen Soxhletschen Nährzuckers.

Im VII. Monate beginnen wir eine Milch-Mehlsuppenmahlzeit durch eine Mahlzeit Fleischbrühe mit Manna zu ersetzen. Bei der Bereitung der Fleischbrühe ist auf folgendes zu achten. Die Fleischbrühe soll aus Fleisch nicht aus Knochen gekocht werden, sie wird mit den verschiedensten Gemüsearten angesetzt und soll nicht länger als circa $1^1/_2$ Stunden auf Holzfeuerung gekocht werden. So sind wir imstande eine fett- und eiweissarme aber an mineralischen Salzen reiche Nahrung zu erzielen. Die so bereitete Fleischbrühe wird klar abgeschöpft, in ihr feinste Manna 10 Minuten lang gekocht und etwas Kochsalz hinzugefügt. Es ist günstig in der ersten Zeit, um das Kind an die consistentere Nahrung zu gewöhnen, die Mannabrühe recht dünn zu bereiten und erst allmälich mehr Manna hinzuzufügen; die Kinder lernen es schnell diese Mahlzeit aus dem Löffel zu sich zu nehmen.

Der Zweck der Mannabrühe ist die Zufütterung einer an mineralischen Salzen reichen Nahrung, da die Erfahrung gelehrt hat, dass im zweiten Lebenshalbjahre auch der normale Säugling eine an Mineralien reiche Nahrung zur Entwickelung seines Knochenbaues und seiner Muskulatur bedarf. Bis zum II. Lebensjahre bleiben wir bei dieser Kost. Der Neuropath und der Exsudative dagegen beanspruchen schon früher eine Zufütterung von weiteren Kohlehydraten.

Die Fortschritte, die die künstliche Ernährung in der letzten Zeit gemacht hat, bestehen in Folgendem: wir legen nicht mehr das Hauptgewicht auf das Kochen der Milch im Soxhletapparat, sondern auf die Beschaffung einwandsfreier Kindermilch und begnügen uns mit einfachem Aufkochen der Milch. Deshalb sollen die Vorteile der Zubereitung der Milch in Soxhletflaschen jedoch nicht gänzlich negiert werden. Das Kochen in Soxhletflaschen ist absolut notwendig dort, wo keine einwandsfreie Kindermilch erhältlich ist, und auch in den heissen Sommermonaten, weil durch den hermetischen Verschluss in den Soxhletflaschen die Haltbarkeit der Milch gesteigert wird.

Die Ernährung der Neugeborenen mit roher Milch ist in den Kliniken vielfach versucht worden, hat aber gegenüber der mit gekochter Milch keine wesentliche Vorteile gebracht, so dass sie in der Praxis infolge der Gefahr der Infection des Darmes zu verwerfen ist.

Von der Darreichung von unverdünnter Vollmilch im ersten Lebensjahre ist man abgekommen. Es gibt nur noch wenige Pädiater, die von der Vollmilchernährung keinen Schaden gesehen haben, denn ein wesentlicher Fortschritt, den die künstliche Ernährung der Säuglinge gemacht hat, besteht in der frühzeitigen und reichlichen Zufütterung von Kohlehydraten.

Es wird Ihnen auffallen, dass ich bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge der so vielfach empfohlenen Kindermehle und der Milchgemische nach Backhaus und Gärtner nicht Erwähnung getan. Von dem Gebrauch der Milchgemische sind wir wohl gänzlich abgekommen, weil sie in der Ernährung der Säuglinge keinen Vorteil vor einfachen Milchwassermischungen besitzen und weil ihre fabriksmässige Zubereitung eine zu geringe Garantie für ihre Keimfreiheit bietet.

Die künstlichen Kindermehle bestehen zum allergrössten Teile aus dextrinisierten Mehlen. Die Untersuchungen haben gelehrt, dass die früher vertretene Anschauung, der Säugling sei nicht imstande in den ersten Lebensmonaten Amylum in Zucker umzuwandeln, d. h. er besitze kein Diastaseferment, unrichtig ist. Schon in den ersten Lebensmonaten sondern die Verdauungsdrüsen der Säuglinge Diastase ab. Wir können deshalb schon einem wenige Wochen altem Säuglinge nicht dextrinisierte Mehle verabfolgen. Die künstlichen Mehle vermeiden wir, weil wir nicht imstande sind ihre Güte und Unverfälschtheit zu controllieren. Von jeder Hausfrau und Mutter können wir aber wohl verlangen, dass sie sich unverfälschtes Mehl und unverfälschte Hafergrütze verschaffe. Wo wir aber auf den besonderen Wunsch der Eltern stossen die vielgerühmten und teuren Kindermehle zu gebrauchen, können wir es gestatten, nur müssen wir darauf Acht geben, dass bei der Darreichung der dextrinisierten Mehle nicht eine Ueberernährung mit Kohlehydraten eintritt, da diese den Organismus des Kindes weitgehend schädigen. Die dextrinisierten Mehle sind leichter assimilierbar als einfache Stärkemehle und daher tritt bei ihnen ein Zuviel leichter zu Tage.

Mit artfremder Nahrung gelingt es nur einen Teil der Säuglinge am Leben zu erhalten. Auch wenn wir Infectionen fern halten können — was schliesslich nur eine Frage der Technik ist — ist ein Teil der Kinder nicht imstande vom ersten Lebenstage an die zur Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haltung seines Lebens notwendigen Stoffe aus der Kuhmilch zu assimilieren, der intermediäre Stoffwechsel leidet derartig, dass die einzige Rettung für derartige Kinder, doch wieder die Ammenbrust wird. Die meisten Neugeborenen können wohl durch Kuhmilch am Leben erhalten werden, aber niemals ist das Gedeihen so gut und alle Lebensfunctionen eines künstlich ernährten Kindes so normal entwickelt, wie bei einem Brustkinde. Wie wichtig aber die richtige Ernährung und das tadellose Gedeihen eines Kindes im ersten Lebensjahre ist, zeigt sich uns besonders im späteren Leben des Kindes. Ein Kind: das sich im ersten Lebensjahre normal entwickelte und an keiner Störung seines intermediären Stoffwechsels gelitten hat, — dessen Chemismus, wenn ich mich so ausdrücken darf, im ersten Lebensjahre ein richtiger war — schafft sich Immunitäten auch für das weitere Leben. Viel ist für die Entwickelung eines Säuglings bereits erreicht, wenn er wenigstens die drei ersten Lebensmonate an der Brust ernährt wird.

Hat die moderne Pädiatrie die weittragende Bedeutung erkannt, die in der Ernährung an der Mutterbrust liegt, so hat sie im Zusammenhang damit auch die Frage einer Kritik unterzogen, welche Mutter imstande ist ihr Kind selbst zu stillen. Diese Frage muss dahin beantwortet werden, dass mit wenigen Ausnahmen jede Mutter den Versuch machen sollte ihr Kind an die Brust zu nehmen. Wenn wir nach diesem Principe verfahren und die richtige Stilltechnik einhalten, werden wir oft auch dort noch, wo von Hause aus die Verhältnisse wenig günstig zu liegen schienen, für die Entwickelung des Kindes und auch für den körperlichen Zustand der Mutter überraschend günstige Resultate erzielen. Die einzigen Contraindicationen gegen das Stillen, die wir zugeben, sind: 1) absolutes Saugehindernis, also eine Mammilla inversa completa, 2) schwere den Organismus der Mutter rasch consumierende Krankheiten, wie z. B. Tuberculose, Typhus, Diabetes in vorgeschrittenen Stadien und 3) Krankheiten der Mutter, welche den Säugling der Gefahr einer Infection aussetzen wie z. B. Erysipel der Mutter. Wir wissen, dass der Säugling, auch wenn er gesund ist, zu septischen Erkrankungen, namentlich zum Erysipel, mehr als zu anderen Infectionskrankheiten inkliniert. Bei diphtheritischer Erkrankung der Mutter dagegen lässt sich ein Immunisieren des Säuglings mit Heilserum leicht und sicher durchführen. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass die Mastitis der Mutter, selbst, wenn sie doppelseitig ist, keine absolute Contraindication zum Stillen abgibt. Einzelne Autoren, namentlich Schlossmann, gehen soweit, dass sie sogar bei beginnender Tuberculose der Lungen für Mutter und Kind die besten Bedingungen erfüllt sehen, wenn dem Kinde die Brust der tuberculösen Mutter erhalten bleibt. Die Uebertragung einer Infection auf das Kind wird dadurch vermieden, dass die Pflege desselben der Mutter genommen wird, also die Berührung von Mutter und Kind möglichst eingeschränkt wird, solange sie an offener Tuberculose leidet.

Der normale Säugling bleibt mindestens 6 Monate ausschliesslich an der Brust. Mit dem Beginn des zweiten Lebenshalbjahres wird am besten bereits mit der Zufütterung einer an Mineralsalzen reichen Nahrung begonnen. Die erste Zukost zur Mutterbrust besteht in einer Fleischbrühe mit Manna, deren Zubereitung ich Ihnen oben beschrieben habe. Die Verteilung der Mahlzeiten wird jetzt folgende: Morgens um circa 6 und 10 Uhr Brust, um 2 Uhr Fleischbrühe mit Manna und abends um ungefähr 6 und 10 Unr wiederum Brust. Auch bei der Fleischbrühe überlassen wir es dem Kinde selbst die Grösse der Mahlzeit zu bestimmen, gewöhnlich nimmt ein Kind 150—200 Gramm von der Brühe zu sich. Bei seltenen Mahlzeiten ist die Gefahr der Ueberfütterung eines normalen Kindes ausgeschlossen, nur bei Kindern mit Stoffwechselanomalien ist es dazwischen am Platz die Grösse der Mahlzeit zu bestimmen, um sie nicht zu gross werden zu lassen. Beim normalen Kinde hat es sich als durchaus rationell erwiesen, dem Instinkt des Kindes, soweit sich derselbe auf das Hungergefühl bezieht, zu folgen und niemals die Aufnahme eines gemessenen Nahrungsquantums zu verlangen. Auch kleinste Schäden im Stoffwechsel des Kindes regulieren sich am schnellsten von selbst, wenn man dieses Princip befolgt.

Mit der Zufütterung der ersten künstlichen Mahlzeit beginnt die Periode des Absetzens von der Brust, welche in der Regel im 8—9 Lebensmonate beendet sein soll. Wir vermeiden ein forciertes Abstillen und nehmen dasselbe am schonendsten für Mutter und Kind ganz allmählich vor. Hat das Kind die Fleischbrühe mit Manna gut vertragen und sich an die Nahrung gewöhnt, so wird nach circa einem Monate die zweite künstliche Mahlzeit eingeschaltet. Diese besteht in einer Mischung von $^1/_2$ Milch, $^1/_2$ Mehlsuppe mit Rohrzucker; angeboten werden dem Kinde davon 200—250 Gr. Nach weiteren 14 Tagen ersetzt man die III. Brustmahlzeit durch die $^1/_2$ Milch- $^1/_2$ Mehlsuppenmischung. Wird die Mutterbrust nur 2 Mal am Tage in Anspruch genommen, so beginnt sie sich zurückzubilden. Die Zurückbildung macht oft schnelle Fortschritte, sodass nach 1—2 Wochen die Nahrung in der Brust vollständig versiegt. Statt der bisherigen 5 Mahlzeiten wird im IV. Lebensquartal, sobald das Abstillen beendet, am besten auf 4 Mahlzeiten pro Tag übergegangen; morgens, zum Vesper und abends $^1/_2$ Milch, $^1/_2$ Mehlsuppe und mittags Fleischbrühe mit Manna.

Bei dieser Nahrung bleiben wir bis zum Beginn des zweiten Lebensjahres.

Im zweiten Lebensjahre nähert sich die Ernährung des Säuglings der der Erwachsenen. Das Princip der Ernährung in dieser Periode besteht noch darin, dem Kinde in reicher Auswahl Kohlehydrate zuzuführen und es an Fette, namentlich Butter zu gewöhnen, während die eiweissreiche Nahrung beschränkt bleibt.

Wir bleiben bei 4 Mahlzeiten am Tage. Morgens geben wir dem normalen Kinde Vollmilch mit Brot und Butter, anfänglich Zwieback und Weissbrot, mit $1^1/_2$ Jahren gehen wir aber gerne auf gröbere Brotsorten, am liebsten grobes Weizenbrot über. Ich glaube hier auf das Brot, als auf ein schon im Säuglingsalter der zweiten Periode besonders wichtiges Nahrungsmittel hinweisen zu müssen. Die Fettzufuhr soll durch viel gute Butter vermehrt werden.

Die zweite Mahlzeit ist das Mittagessen. Dieses besteht in einer Fleischbrühe legiert mit Gemüsepurrée und Grützen und einem Kompot oder Kissel. Zur Vesperzeit geben wir wieder wie morgens Milch mit Brot und Butter. Abends besteht die Nahrung in dicker Grütze in Wasser und Butter oder in Milch gekocht (am meisten zu empfehlen scheinen mir Haferflocken), dazu wird eine Fruchtsauce getan, dann gibt man noch etwas Butterbrot und Milch. Einigemal in der Woche, jedoch nicht täglich kann abends oder mittags ein Ei gereicht werden. Mit den Eiern müssen wir jedoch beim Säugling sehr vorsichtig sein, da die Eier leicht einer Zersetzung unterworfen sind und der kindliche Darm gegen verdorbenes Hühnereiweiss besonders empfindlich ist und darauf mit schweren Darmkatarrhen reagiert. Eier sollen daher nicht zu jeder Jahreszeit gegeben werden.

Mit der Fleischkost beginnen wir erst im III. Lebensjahre.

Eine weitere Vorschrift lautet, dass dem Kinde im zweiten Lebensjahre nicht mehr als $^1/_2$ Stof Milch pro Tag gegeben werden soll. Ich schätze das Masshalten mit der Milch in dieser Lebensperiode für einen wichtigen Fortschritt in der Ernährungstechnik. Sobald wir ein Kind zu reichlich mit Milch ernähren, leidet die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufnahme von Kohlehydraten. Der Appetit für gemischte Kost nimmt ab, die Milch allein enthält aber nicht die Nahrungsbestandteile, welche der Säugling zur guten Entwickelung seines Knochenbaues und seiner Muskulatur bedarf, das sind die mineralischen Salze.

Um ein gutes Gedeihen des Kindes zu erreichen ist einer bei uns häufigen Unsitte mit aller Energie zu steuern, nähmlich der Darreichung von Nahrung, wenn auch nur in kleinen Mengen, zwischen den 4 Mahlzeiten, namentlich kommen hier Süssigkeiten und wiederum Milch in Betracht. Kinder vertragen das absolut nicht, und das gesunde Hungergefühl leidet stets. 4 Mahlzeiten pro Tag soll das Kind erhalten, mehr aber nicht, auch soll das Kind zum Essen nicht gezwungen werden. Will ein gesundes Kind nicht essen, so ist das ein untrügliches Zeichen dafür, dass der Magen Schonung bedarf und diese Schonung gewährt man ihm dadurch, dass man ihn nicht zur Nahrungsaufnahme über sein Hungergefühl hinaus zwingt. So kehrt der gesunde Appetit am schnellsten wieder zurück. Wenn das Kind aus Eigensinn, was bei schweren Neuropathen vorkommen mag, aber immerhin selten ist, nicht essen will, so lässt man es gewähren, nur darf man nicht dem Eigensinn zuliebe das Regime ändern, denn nichts beseitigt den Eigensinn so schnell und radical, als Hungergefühl und consequentes Vorgehen der Erzieher.

Es sei mir noch gestattet zusammenfassend einige Worte über die Ernährung der mit exsudativer Diathese behafteten Säuglinge zu sagen.

Die ersten Erscheinungen der exsudativen Diathese sind blasgraue Hautfarbe, Unreinheiten der Haut (Ekzembläschen, Intertrigo) und mangelnde Gewichtszunahme bei richtiger Ernährung an der Brust und normalen resp. leicht dyspeptischen Stuhlentleerungen. Treten diese Erscheinungen zu Tage, so lässt man am besten ein Brustkind ruhig an der Brust, ohne Ammenwechsel vorzunehmen, beschränkt aber die Zahl der Mahlzeiten auf 4—5 pro Tag und lässt die Nahrungsmenge nicht zu gross werden, sondern schränkt sie, je nach der Schwere des Falles etwas ein, indem man das Kind nach 5—10 Minuten, je nachdem wir eine schwere oder leichtgehende Brust zur Verfügung haben, abnehmen. Dadurch werden die besten Bedingungen zur Ueberwindung der Stoffwechselanomalie in den ersten Monaten geschaffen. Ein Kind aber, das diese Erscheinungen bei künstlicher Ernährung erworben hat, bringen wir schleunigst an die Brust, ein längeres Zögern ist gefahrbringend fürs Leben, es kann Störungen des intermediären Stoffwechsels schaffen, die schon nach einigen Wochen, selbst an der Brust nicht mehr ausheilen.

Bei exsudativen Kindern ist früher mit der Zufütterung von Kohlehydraten zu beginnen als bei normalen. Je nach der Schwere des Falles sind wir selbst schon vor dem dritten Monate gezwungen zur Brustnahrung Haferschleim oder Kellersche Malzsuppe, eventuell, auch ohne Milch oder Buttermilch zuzufüttern. Gelingt es bei dieser Nahrung — 4 Mal Brust und 1 Mal kohlehydratreiche Mahlzeit, — nicht die Erscheinungen der exsudativen Diathese zu beseitigen, so erzielt man oft einen Erfolg durch Zufuhr von Fetten. Diese dürfen aber nicht Milchfette sein, sondern müssen einen niedrigeren Brennwert als die Milchfette haben. Wir verwenden Fischlebertran und Sesamöl. Eine Eigentümlichkeit des Stoffwechsels der Exudativen besteht eben darin, dass sie das Fett der Milch schlecht assimilieren, dagegen Fette mit niedrigem Brennwerte sehr gut vertragen.

Spätestens im zweiten Lebenshalbjahre soll dem Exsudativen eine Fleischbrühe mit Manna gereicht werden, auch fügen wir schon früh, je nach den Erscheinungen der exsudativen Diathese oft schon im 7. Monate zur Fleischbrühe weitere Kohlehydrate hinzu. Diese bestehen in feingehacktem und durch ein Haarsieb geriebenem Gemüse, namentlich Spinat und Burkanen sind zu empfehlen. Früher als dem normalen Kinde geben wir dem exsudativen Fruchtsäfte und Kompott. Mit der Milchnahrung und namentlich auch mit der Darreichung von Eiern müssen wir bei Exsudativen zurückhaltender sein als beim normalen Kinde. Die Milchmenge dürfen wir nur dann zu steigern versuchen, wenn die Haut und die Schleimhäute keine Erscheinungen der exsudativen Diathese aufweisen.

Die Kunst der Säuglingsernährung besteht für die Praxis namentlich im richtigen Individualisieren. Es soll jeder Säugling richtig erkannt und die Eigentümlichkeiten seines Stoffwechsels richtig eingeschätzt werden, erst darnach ist das richtige Futter für ihn zu bemessen. Wir sollen uns im Hinblick auf die Resultate der Stoffwechselforschungen der Säuglinge stets den Satz vor Augen halten, dass wir nicht von dem leben, was wir essen, sondern von dem, was wir verdauen.

Ueber Augen-Verletzungen und deren Entschädigung.

Von

Dr. E. Johannson in Riga.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat im August 1909.

Die bedeutende Entwickelung der Industrie im Laufe der letzten Jahrzehnte und die dadurch bedingte Gründung zahlreicher Fabriken in unseren Provinzen, namentlich in Riga, hat zur Folge, dass Augen-Unfälle im Betrieb häufig vorzukommen pflegen. Daher habe ich mir erlaubt, heute Ihre Aufmerksamkeit für diese Frage in Anspruch zu nehmen und will die Casuistik der von mir in den letzten 4 Jahren behandelten Verletzungen, sowie der in derselben Zeit im Auftrage der Rigaschen Gegenseitigen Unfall-Versicherungs-Gesellschaft begutachteten Unfälle zu diesem Zweck benutzen.

Die von mir behandelten Verletzungen möchte ich in 2 Gruppen teilen:

1) solche, die keine derartigen Veränderungen zur Folge hatten, dass eine Einbusse der Erwerbsfähigkeit eintrat;

2) Verletzungen, welche eine dauernde Störung hinterliessen, so dass eine Entschädigung gezahlt werden musste.

Von den insgesamt behandelten 4439 Augen-Verletzungen entfallen auf die erste Gruppe 4397 und auf die zweite 42.

Bei der ersten Gruppe handelte es sich um folgende Verletzungen:

1) Fremdkörper in der Hornhaut . . . . . . davon im Pupillengebiet 573.	3264
2) Erosionen und Wunden der Hornhaut . . . davon im Pupillengebiet 194.	396
3) Fremdkörper in der Bindehaut	184
4) Wunden und Verbrennungen der Lider . . .	108
5) Brandwunden der Hornhaut und der Bindehaut. davon im Pupillengebiet 72.	152
6) Contusionen des Augapfels.	76
7) Durch Fremdkörper und Erosionen entstandene Infiltrate der Hornhaut	107
8) Wunden und Brandwunden der Bindehaut . .	61
9) Traumatische Bindehautentzündung	37
10) Wunden der Sclera	2
11) Vulnus Corneae perforans	2
12) Fremdkörper in der Tiefe des Lids	1

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13) Hypopionkeratitis nach Hornhautverletzung. .	3
14) Hornhaut- und Bindehautverletzung durch Kurzschluss	3
15) Fremdkörper in der Iris	1
Summa der Verletzungen . .	4397

Die Unfälle der 2-ten Gruppe, welche eine dauernde Schädigung des Auges hinterliessen, waren folgender Art:

1) Hornhautwunden im Pupillargebiet.	13
2) Brandwunden der Hornhaut, Bindehaut und Lider, meist durch heisses oder flüssiges Eisen verursacht	5
3) Perforierende Wunden der Cornea und Sclera, zum Teil mit Cataracta traumatica	14
4) Perforierende Wunden des Bulbus mit in der Tiefe sitzendem Fremdkörper	7
5) Schwere Contusion des Bulbus mit Subluxatio lentis	1
6) Schwere Contusion des Bulbus mit Netzhautblutungen	1
7) Vulnus corneae perforans, Fremdkörper in der vorderen Kammer	1
Summa . .	42

In 5 Fällen musste die Enucleation stattfinden.

Trotz der von Seiten der Fabrikleitung getroffenen Vorsichtsmassregeln, sowohl durch Schutzvorrichtungen bei der Arbeit, als auch durch die den Arbeitern bei der Aufnahme in der Fabrik eingehändigten Schutzbrillen, gehören Augen-Verletzungen zu den täglichen Ereignissen. Von den leichten Fällen gelangt nur ein Teil in die Behandlung des Arztes, da die Arbeiter sich gegenseitig zu helfen suchen. In jeder Fabrik befindet sich eine Person, die als Operateur einen gewissen Ruf geniesst. Als Instrumente werden gewöhnlich ein zusammengebogenes Stück Papier, oder ein zugespitztes Holzstück, seltener ein Eisen-Instrument angewandt. Lose sitzende Fremdkörper können auf diese Weise in der Tat beseitigt werden, aber alle fester haftenden müssen doch schliesslich in ärztliche Behandlung kommen. Solch ein in der Fabrik bearbeitetes Auge ist in der Regel stark irritiert, und befindet sich rings um den Fremdkörper ein Substanzdefect des Hornhautepithels. Diese Manipulationen haben ferner häufig Infectionen zur Folge, und sind die meisten der 107 angeführten Hornhautinfiltrate, die 3 Fälle von Hypopionkeratitis und 2 der zur Entschädigung gelangten Hornhautverletzungen darauf zurückzuführen. Von Wichtigkeit ist es, nicht nur den Fremdkörper zu entfernen, sondern auch den sog. Rostring, welcher dadurch entsteht, dass das durch die Kohlensäure der Gewebe gelöste Eisen sich oxydiert hat. Ihn zu entfernen, macht oft grosse Mühe, und ist es nicht leicht, alle braungefärbten Teile fortzuschaffen. Das geeignetste Instrument ist die Fremdkörpernadel; ich benutze sowohl eine scharfe, als eine mit abgestumpfter Spitze. Die Zahl der auf einmal in die Hornhaut eingedrungenen Fremdkörper ist manchmal eine sehr grosse und habe ich bis 30 beobachtet; doch sitzen sie dann zumeist oberflächlich.

Als Anästheticum habe ich nur Cocain angewandt. Gewöhnlich genügen 3—4 Tropfen einer 3% Lösung. Die Lösungen, das Verbandmaterial und die Nadel müssen steril sein. Nach Beseitigung des Fremdkörpers wird das Auge verbunden. Nur bei starker Reizung wende ich Mydriatica an.

Während bei den leichten Verletzungen in der Regel die Arbeit sofort wieder aufgenommen werden kann, ist bei den schweren eine absolute Ruhe und klinische Behandlung selbstverständlich. Ein Eisen-Fremdkörper im Bulbus muss baldmöglichst entfernt werden. Sein Nachweis gelingt durch das Sideroskop, durch welches auch seine Lage bestimmt werden kann. Die von mir behandelten Fremdkörper im Bulbus wurden vermittelst des Riesenmagneten um die Linse herum in die vordere Kammer gezogen und nach einem Lanzenschnitt in die Hornhaut, mit dem Hirschbergschen Handmagneten extrahiert, wobei mir Dr. v. Kruedener in liebenswürdigster Weise Beistand geleistet hat. Die perforierenden Wunden der Cornea und Sclera bedingen in den meisten Fällen eine schwere Schädigung des Auges, namentlich, wenn das Corpus ciliare in Mitleidenschaft gezogen ist. Handelt es sich um Cataracta traumatica, so bleibt das Auge auch nach dem besten Operationserfolg minderwertig. Bei Iridocyclitis darf wegen der Gefährdung des anderen Auges durch eine sympathische Erkrankung nicht zu lange mit der Enucleation des verletzten Auges gezögert werden. Eine sympathische Entzündung habe ich in den von mir behandelten Fällen nie beobachtet, wohl aber sind die nicht gefährlichen sympathischen Reizungen mehrmals eingetreten.

Ich möchte mir noch erlauben, in Kürze das Ergebnis der Begutachtungen mitzuteilen, welche ich im Laufe der letzten 4 Jahre im Auftrage der Rigaschen Gegenseitigen Unfall-Versicherungs-Gesellschaft ausgeführt habe. Im Ganzen hatte ich 162 Personen zu begutachten, die von anderen Collegen behandelt worden waren. Von diesen hatten 128 Augen-Verletzungen erlitten, bei den übrigen 34 handelte es sich um Körper-Verletzungen, bei denen auch Augenbeschwerden aufgetreten waren. Bei der Begutachtung dieser Augen-Verletzungen handelte es sich um folgende Veränderungen:

1) Centrale Hornhauttrübungen bei. . .	64	Personen.
2) Extrapupilläre Hornhauttrübungen bei.	14	„
3) Vulnus Bulbi perforans, zum Teil mit Cataracta traumatica.	13	„
4) Aus dem Bulbus extrahierte Fremdkörper	8	„
5) Lagophthalmus und Hornhauttrübung .	3	„
6) Subluxatio lentis.	2	„
7) Verletzungen der Bindehaut	10	„
8) Contusion des Augapfels	5	„
9) Vulnus palpebrarum.	3	„
10) Enucleatio Bulbi	6	„
Summa . .	128	Personen.

Von diesen wurden 73 entschädigt, 55 abgewiesen; in 34 Fällen konnte Simulation resp. Aggravation nachgewiesen werden. Die übrigen 34 Untersuchten, bei welchen es sich nicht um Augen-Verletzungen handelte, brauchten nicht entschädigt zu werden, da weder eine Herabsetzung der Sehschärfe, noch eine Einschränkung des Gesichtsfelds als Folge des Unfalls constatiert werden konnte. Die Zahl der Simulanten betrug 8.

Die Untersuchungs-Methoden zur Ermittelung der Simulation sind in der vorzüglichen Arbeit von Wieck ausführlich behandelt.

Eine Grundbedingung für jeden Arzt, der Augen-Verletzungen zu behandeln und begutachten hat, ist, dass die erste Untersuchung genau stattfinde. Nur dann ist es möglich, zu entscheiden, ob ältere Veränderungen, wie Hornhautnarben, Linsentrübungen etc. vorhanden waren. Auch muss die Sehschärfe beider Augen bestimmt und müssen alle Angaben des Verletzten notiert werden. Bei der frischen Verletzung wird in seltenen Fällen simuliert. Manchmal liegt auch gar keine Aggravation und Simulation vor; gibt es doch viele Leute, welche ein schwächer sehendes Auge besitzen, ohne es je bemerkt zu haben. Erleidet ein solches eine geringe Verletzung, so wird zum ersten Mal bei der Untersuchung die Aufmerksamkeit auf die verminderte Sehkraft gelenkt und diese mit dem erlittenen Unfall in Verbindung gebracht.

Häufige, unnütze, zum Teil in frivoler Weise herbeige-

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

führte Entschädigungsforderungen haben eine grössere Zahl von Fabrik-Verwaltungen dazu geführt, die Augen der Arbeiter vor der Aufnahme untersuchen zu lassen. Verlangt wird für jedes Auge wenigstens ½ der normalen Sehschärfe, eventuell mit den corrigierenden Gläsern. Zur Aufnahme sind gleichfalls nicht geeignet Personen, welche an Trachom, Dacryocystitis und an Erkrankungen der inneren Augenteile leiden.

Was die Verminderung der Erwerbsfähigkeit nach Augen-Verletzungen anlangt, so möchte ich darauf hinweisen, das schon vor Jahren Dr. Dahlfeld diese Frage auf einem der Livländischen Arztetage besprochen hat. Ferner möchte ich auf die Arbeit Ammanns in der Zeitschrift für Augenheilkunde von Kuhnt und Michel vom Jahre 1902 aufmerksam machen welche das weitere Schicksal von 42 Entschädigten verfolgt und dabei nachweist, wie wenig oder garnicht auch bei den meisten Schwerverletzten die Erwerbsfähigkeit in der Tat vermindert gewesen ist.

Als Richtschnur bei der Beurteilung der Verletzungen gilt bei uns die von Dementjew angegebene Tabelle, nach welcher ein Auge noch nicht als geschädigt angesehen wird, wenn es ½ der normalen Sehkraft besitzt, mit Ausnahme der wegen Cataracta traumatica operierten Augen, da hier die Linse fehlt und das Staarglas bei normalem anderen Auge nicht getragen werden kann. Augen, welche weniger als $^1/_{10}$ der normalen Sehschärfe haben, werden auch für gröbere Arbeiten als nicht genügend angesehen. Vollkommene Blindheit eines Auges bis zu einer Sehschärfe unter $^1/_{10}$ wird mit 33,5%, Fehlen eines Augapfels mit 35% berechnet, immer vorausgesetzt, dass das nicht verletzte Auge wenigstens die halbe Sehschärfe hat. Ist dieselbe geringer, so steigt die Verminderung der Erwerbsfähigkeit entsprechend der geringeren Sehschärfe des gesunden Auges.

Nach dem Unfall-Gesetz von Jahre 1904 wird ein Arbeiter mit einem Tageslohn von 2 Rbl. in folgender Weise entschädigt. Es wird zuerst die Zahl der Arbeitstage in Betracht gezogen, doch gelten als Minimum 260 Tage. Danach wäre in diesem Fall der geringste Jahreslohn:

$$260 \text{ Tage} \times 2 \text{ Rbl.} = 520 \text{ Rbl.}$$

von welcher Summe ⅔ für die Entschädigung in Frage kommen. Beträgt nun nach ärztlichem Gutachten die Verminderung der Erwerbsfähigkeit 20%, so erhalten wir folgende Summe:

$$520 \times {}^2/_3 = 347 \text{ Rbl.}$$
$$\text{davon } 20\% = 69 \text{ Rbl. } 40 \text{ Cop.}$$

Soviel beträgt die jährliche Rente, welche dem Verletzten gesetzlich zukommt.

Bei gegenseitigem Uebereinkommen kann diese Rente in eine einmalige Entschädigung im 10-fachen Betrage umgewandelt werden, also in diesem Fall 694 Rbl.

Die Verhandlungen können nur durch den Fabrik-Inspector geführt werden, welcher von der Regierung beauftragt ist, das Interesse der Arbeiter zu vertreten. In Deutschland hat man längst eingesehen, dass dieser Modus, die Entschädigung zu bestimmen, nicht der richtige ist und dass der Arzt allein kaum in der Lage ist, die Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu beurteilen. Der Verletzte wird zur Berufsgenossenschaft gesandt und kommt vor die Rentencommission. Diese bestimmt die Einbusse in Procenten und besteht aus 3—5 Fachleuten desselben Handwerks, wie der Verletzte und einem Arzt. Findet keine Einigung statt, so entscheidet das Schiedsgericht, welches aus 2 Arbeitsgebern, 2 Arbeitsnehmern, einem Juristen als Präsidenten und einem Specialarzt zusammengesetzt ist. Die höchste Instanz ist das ähnlich zusammengesetzte Reichsversicherungsamt.—Einbusse bis 10% wird nicht entschädigt, bei 10—15% kann eine einmalige Zahlung geleistet, mehr als 15% dürfen nur durch eine Rente entschädigt werden. Grosser Wert wird der Gewöhnung an die Arbeit beigemessen; daher finden nach einiger Zeit erneute Begutachtungen statt und wird die Rente entsprechend dem Befund vermindert oder erhöht.

Aehnliche Einrichtungen werden auch bei uns geplant und soll in der nächsten Duma-Session diese Angelegenheit vorgelegt werden. Zugleich besteht die Absicht, das Amt der wenig sachkundigen Fabrik-Inspectore abzuschaffen.

In wie fern ist nun ein Arbeiten tat sächlich geschädigt, wenn nach einer Verletzung die Sehkraft eines Auges auf ¼ der normalen reduciert ist? Ich finde in meinen Büchern eine grosse Anzahl von Sehschärfenotizen bei Arbeitern jeder Art mit überraschend geringer Sehkraft eines oder beider Augen infolge von Hornhauttrübungen, Astigmatismus u. s. w. Die Betreffenden wiesen jeden Einwand, dass sie nicht vollkommen arbeitsfähig seien, energisch zurück.

Eine wirtschaftliche Einbusse erleiden hauptsächlich Leute, welche nach Schädigung eines Auges aus Furcht, auch das andere zu gefährden, eine andere gefahrlose Beschäftigung ergreifen und sich im neuen Beruf erst einarbeiten müssen, wobei die Concurrenz oft schwierig ist und der Verdienst gegen früher sinkt. Ferner ist es ihnen unmöglich, in denjenigen Fabriken Arbeit zu finden, wo vor der Aufnahme Sehprüfungen stattfinden. Verlust eines Auges bedingt, namentlich bei älteren Leuten, durch Verlust des körperlichen Sehens eine Störung der Erwerbsfähigkeit, jedoch gewöhnen sich die Einäugigen meist nach 3—10 Monaten an die Arbeit und erwerben oft dasselbe, wie früher.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass in der Regel der Ausdruck „verminderte Erwerbsfähigkeit" bei Verletzungen eines Auges ein falscher ist. Es handelt sich meist um eine verringerte Concurrenzfähigkeit und um eine wirtschaftliche Einbusse beim Uebergang zu einen anderen Beruf. Dafür wäre eine Entschädigung zu leisten.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Tomsk. Das Ministerium der Volksaufklärung hat durch den Curator des Westsibirischen Lehrbezirks den Rector der Universität beauftragt über die Möglichkeit der Eröffnung einer Physiko-mathematischen Facultät vorstellig zu werden. Laut Gerücht kann die Eröffnung der Falcultät im Beginn des Lehrjahre 1910/11 erfolgen.

Die Cholera in Holland hat den deutschen Reichskanzler veranlasst, auf Grund des Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten zu bestimmen, dass die aus dem Hafen von Rotterdam nach einem deutschen Hafen kommenden Schiffe und ihre Insassen bis auf weiteres, vor der Zulassung zum freien Verkehr, ärztlich zu untersuchen sind.

Charlottenburg. Die Stadt hat ein 363 Morgen grosses Waldgelände bei Beetz erworben, um eine grosse Anstalt zur Behandlung von Tuberculösen zu errichten. Vorgesehen sind vorläufig 200 Betten mit der Möglichkeit der Erweiterung auf 300.

Dresden. Prof. Dr. Fiedler feierte am 10. d. M. das 50 jährige Doctorjubiläum

Merseburg. Dr. E. Wolff feierte das 60-jährige Doctorjubiläum.

Oldenburg. Dr. Theobald feierte kürzlich das 50-jährige Doctorjubiläum.

Brooklyn. Eine Poliomyelitis-Epidemie ist ausgebrochen; es sind etwa 200 Kinder erkrankt.

Baltimore. Dr. Irving J. Spear ist zum Professor der Neurologie und Psychiatrie an der Maryland Universität ernannt.

Görbersdorf. Prof Dr. Heinrich Kraft legt Ende September die ärztliche Leitung von Dr. Brehmers Heilanstalten nieder. An seine Stelle tritt Dr. Sobotta, bisher in Reiboldsgrün

Verbreitung der Cholera. Am 8. September ist in Lille, Provinz Antwerpen ein choleraverdächtiger Todesfall vorgekommen. Der Verstorbene war aus Utrecht gekommen.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).

	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 6. bis zum 12. Sept.		
St. Petersburg mit den Vorstädten	262 (103)	5181 (1975)	16. Mai
Kronstadt	— (—)	104 (47)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	62 (48)	1157 (613)	27. Mai
» Archangelsk	8 (4)	707 (358)	13. Juni
» Wologda	3 (1)	609 (344)	19. »
» Olonetz	1 (3)	32 (23)	8. »
» Perm	1 (2)	36 (14)	18. Juli
» Estland	6 (2)	51 (23)	5. »
» Livland	10 (7)	271 (139)	16. Juni
Stadt Grodno	1 (1)	1 (1)	6. Sept.
Gouv. Witebsk	63 (21)	3044 (1168)	16. Juni
» Kowno	13 (6)	39 (14)	9. Aug.
» Twer	59 (30)	513 (228)	29. Juni
» Jaroslaw	105 (64)	713 (363)	24. »
» Kostroma	33 (18)	224 (100)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	37 (22)	123 (61)	30. »
Stadt Kasan	1 (—)	3 (2)	1. Sept.
Gouv. Ssamara	25 (13)	105 (62)	4. Aug.
» Ssaratow	2 (2)	9 (8)	4. »
Stadt Astrachan	5 (3)	12 (7)	27. »
Gouv. Moskau	4 (3)	13 (8)	25. Juni
» Nowgorod	10 (1)	590 (274)	7. »
» Pskow	18 (3)	389 (157)	23. »
» Rjasan	9 (8)	66 (40)	23. »
» Wladimir	1 (—)	9 (6)	25. April
» Kiew	8 (4)	24 (10)	22. Aug.
» Ekaterinoslaw	2 (2)	3 (2)	22. »
» Poltawa	12 (7)	137 (71)	28. Juli
» Taurien	1 (1)	13 (3)	28. Aug.
Stadt Wladiwostok	27 (13)	31 (16)	4. Sept.

Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 8. Sept.	des 9. Sept.	42	17	24	356
» 9. »	» 10. »	40	18	20	362
» 10. »	» 11. »	49	13	15	384
» 11. »	» 12. »	33	19	24	376
» 12. »	» 13. »	34	14	28	368
» 13. »	» 14. »	42	11	24	376
» 14. »	» 15. »	38	13	44	363
» 15. »	» 16. »	36	14	16	369

Seit dem Beginn der Epidemie sind 15657 Personen erkrankt, 6040 gestorben und 9239 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 23. bis zum 29. Aug. 1909 540. Personen. Darunter an Typhus abdominalis 25, Typhus exanthem. 19, Febris recurrens 5, Pocken 8, Windpocken 14, Masern 57, Scharlach 69, Diphtherie 53, Cholera 156, acut. Magen-Darmkatarrh 85, an anderen Infectionskrankheiten 49.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11501. Darunter Typhus abdominalis 227, Typhus exanth. 21, Febris recurrens 28, Scharlach 221, Masern 47, Diphtherie 158, Pocken 72, Windpocken 6, Milzbrand 0, Cholera 275, crupöse Pneumonie 91, Tuberculose 302, Influenza 135, Erysipel 89, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 54, Lepra 0, Syphilis 430, venerische Krankheiten 339, acute Erkrankungen 1889, chronische Krankheiten 1317, chirurgische Krankheiten 1312, Geisteskrankheiten 3233, gynäkologische Krankheiten 186, Krankheiten des Wochenbetts 81, Hydrophobie 0, Lyssa 1, verschiedene andere Krankheiten 33.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 766 + 71 Totgeborene + 57 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 7, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 0, Pocken 6, Masern 37, Scharlach 23, Diphtherie 9, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 13, katarrhalische Pneumonie 61, Erysipelas 5, Influenza 4, Lyssa 1, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 6, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 3, Cholera 56, Magen-Darmkatarrh 58, andere Magen- und Darmerkrankungen 70, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 57, Marasmus senilis 19, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 196.

— Paris. Am 9. October 1909 findet zu Paris in der Ecole de Médecine eine Vorstandssitzung der Internationalen Vereinigung für Krebsforschung statt. Zur Beratung steht die Festsetzung des Programms der im September 1910 zu Paris stattfindenden internationalen Conferenz für Krebsforschung, für welche eine Reihe für die Krebsforschung wichtiger Referate vorbereitet werden soll. Ausserdem soll der Conferenz ein Schema für eine internationale Krebsstatistik vorgelegt werden, um viele auf diesem Gebiet noch strittige Fragen, hauptsächlich ob eine Vermehrung der Krebskrankheit, die von vielen Seiten bezweifelt wird, stattgefunden hat, sowie viele andere wichtige Fragen des Vorkommens des Krebses u. s. w. näher zu beleuchten.

— Budapest. In der Schlusssitzung des Budapester medicinischen Congresses wurde ein internationales Comitee zur Vorbereitung der internationalen medicinischen Congresse eingesetzt. Ihm gehören an: Prof. Pavy (London) als Präsident, Prof. Blondel (Paris) als Vicepräsident, Prof. Maragliano (Genua), Müller (Budapest), Waldeyer (Deutschland) und Wenckebach (Haag) als Generalsecretär; der Sitz des Comitees ist im Haag.

— Bad Salzbrunn i. Schl. Um langjährigen, treuen Besuchern des Bades eine besondere Aufmerksamkeit zu erweisen, dediciert die Fürstliche Brunnendirection solchen Curgästen, die zum 25. Male Salzbrunn aufsuchen, einen silbernen Trinkbecher. Auch in der laufenden Saison konnten fünf Curgäste dieses seltene Jubiläum begehen.

Der Neubau des Curhotels schreitet rüstig vorwärts und ist bereits bis zum Mittelgeschoss gediehen. Am 23. August fand die Einmauerung der Bau-Urkunde statt, eine schlichte, aber eindrucksvolle Feier, bei der Brunnendirector Dr. Büttner, sowie Architekt Krämer, der das Project ausgearbeitet hat, Ansprachen hielten.

Anlässlich der Manöver-Einquartierung in der hiesigen Gegend fand am 8. September eine grosse Illumination der Curanlagen statt. Letztere bildeten wiederum einen Anziehungspunct für Tausende von Ausflüglern, neben denen man eine grosse Zahl der einquartierten Officiere und Mannschaften bemerkte.

Der Zuzug von Curgästen war von Mitte August an erheblich stärker, als in dem gleichen Zeitraum des Vorjahres, eine Folge des andauernd schönen Wetters.

Die Besucherzahl des Bades betrug bis zum 15. September:

Curgäste mit Begleitung	6967	Personen.
Der gemeldete Fremdenverkehr	6569	»
Zusammen	13536	»
Ausserdem	56406	Tagesbesucher.

Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. P. N. Alexandrowsky in Moskau, geb. 1848, Arzt seit 1873. 2) Dr. H. G. Silberberg aus Petersburg in Twer an Morphiumvergiftung, geb. 1854, Arzt seit 1879. 3) Leib-Medicus, Mitglied des Militär-medicinischen gelehrten Comitees Dr. W. J. Alyschewsky aus Petersburg in Finnland. 4) Dr. A. Metzler geb. 1831, Arzt seit 1856 in Petersburg. Der Verstorbene war bis vor kurzem im Laufe von 40 Jahren Oberarzt des Peter-Paul-hospitals in Petersburg gewesen.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 29. Sept. 1909.

Tagesordnung: Dr. E. Schmidt: Ueber cutane Tuberculinprobe und Stichreaction.

Dr. Hesse: Ueber die tabischen Affectionen des Hüftgelenkes.

Dr. A. Feldt: Ein operativ geheilter otitischer Schläfenlappenabscess (Krankendemonstration).

— Am 13. October: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 21. Sept. 1909.

Tagesordnung: Dr. L. v. Lingen: Ueber die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu einigen Organen.

— Ich verreise und werde bis auf weiteres von H. Dr. med. F. Holzinger vertreten: Was. Ostrow 2. Linie 35. Telephon 291—43.

F. Dörbeck.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Dr. E. Blessig, Dr. O. Brehm, Dr. X. Dombrowski, Dr. J. Dsirne, Dr. C. Frankenhäuser,
Riga. St. Petersburg. Libau. St. Petersburg. Moskau. St. Petersburg.

Dr. P. v. Hampeln, Dr. H. Hildebrand, Dr. W. Kernig, Dr. P. Klemm, Prof. O. v. Petersen, Dr. O. v. Schiemann,
Riga. Mitau. St. Petersburg. Riga. St. Petersburg. Moskau.

Dr. Ed. Schwarz, Prof. G. Tiling, Dr. R. Wanach, Dr. H. Westphalen, Dr. C. Wiedemann, Dr. R. v. Wistinghausen,
Riga. St. Petersburg. St. Petersburg. St. Petersburg. St. Petersburg. Reval.

Prof. W. Zoege v. Manteuffel.
Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 39 St. Petersburg, den 26. Sept. (9. Oct.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Indicationen und Contraindicationen der Seebäder.

Von

Dr. med. V. Zoepffel in Libau.

Vortrag, gehalten auf dem I. baltischen Aerztecongress in Dorpat 1909.

Meine Herren! Wenn ich mir heute erlaube, Ihnen ein Referat zu erstatten über die augenblicklich geltenden Indicationen und Contraindicationen der Seebäder, wie sie die physiologische Erwägung der in Betracht kommenden Factoren und die Jahrhunderte von Jahren alte Erfahrung es uns gelehrt haben, so bin ich mir dessen wohl bewusst, Ihnen nicht viel Neues bieten zu können, Ihnen, von denen ein so grosser Teil an der Küste unserer baltischen Heimat practisch tätig ist. Es hat mich aber während meiner nunmehr fast 10-jährigen Tätigkeit in Libau frappiert, wie so überaus häufig es doch geschieht, dass Kranke das Seebad aufsuchen, resp. hierher namentlich aus dem Innern des Reiches geschickt werden, die so garnicht an die See gehören. Wenn auch ein grosser Teil der sich dann während der Cur einstellenden Misserfolge auf die irrationelle Hygiene und Diätätik der Patienten zurückzuführen ist, so bleibt doch alljährlich eine stattliche Reihe von Kranken nach, die keineswegs „gebessert", sondern mit einer mehr oder weniger bedeutenden Verschlimmerung ihres Leidens wieder heimkehren, weil sie sich trotz der Warnungen des Arztes nicht entschliessen konnten, bei Zeiten ihre Cur abzubrechen und andere für sie geeignetere Curorte aufzusuchen.

Derartige Misserfolge bei gewissen Erkrankungen können uns freilich nicht Wunder nehmen, wenn wir uns der Worte erinnern, die bereits in den 80-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts Fromm in der Balneotherapie von Braun ausgesprochen hat: „Dem Arzt scheiden sich die chron. Kranke in 2 Gruppen: die eine bestehend aus solchen, deren Organismus Fonds genug hat, eine geforderte energische Reaction zu leisten, die andere bestehend aus schonungsbedürftigen Personen, deren eigene Kraft nicht sehr in Anspruch genommen werden darf. Für die erste bietet sich die Methode der Uebung: ein kaltes Verhalten, kalte Bäder, Seebäder und Seeluft; für die zweite Schonung: warmes Verhalten, warmes Klima, warme Bäder, Alpenluft".

Wie Sie sehen, meine Herren, sind das in nuce dieselben Gesichtspuncte der Behandlung, wie sie es später unabhängig von Fromm unser hochverehrter Lehrer F. A. Hoffmann in so geistreicher und lichtvoller Weise in seiner bekannten „Allgemeinen Therapie" durchgeführt hat, in der Lehre von der Uebung und Schonung erkrankter Organe.

Die Wirkungen der kalten Seebäder lassen sich von denen der Seeluft kaum trennen, denn ohne sich dieser auszusetzen, werden wohl nur in extrem seltenen Fällen erstere gebracht werden können. So sind wir denn auch oft genug im Zweifel, welchem von den beiden Factoren wir etwaige Erfolge zu verdanken haben und werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir dem Zusammenwirken Beider in den meisten Fällen jene zuzuschreiben haben. Da nun mit anderen Worten eine Seebadecur in letzter Linie nichts Anderes ist, als eine klimatische Cur in Verbindung mit einer erregenden Form der Kaltwasserbehandlung und Letztere ja bekanntlich an die Leistungsfähigkeit des Organismus ganz besonders hohe Ansprüche stellt, so werden durch sie schonungsbedürftige Patienten nur überreizt, sie werden schlaf- und appetitlos, so dass sie abmagern und auch subjectiv sich sehr geschwächt und elend fühlen. Denn das Seebad ist ja an sich durchaus kein Stärkungsbad: es wird erst dazu, wenn „durch die Reize, die es in sich birgt, eine erhöhte Tätigkeit der organischen Processe hervorgerufen wird und die durch die Wärmeentziehung bedingten Stoffverluste nicht blos bis zu dem entzogenen Masse, sondern über dasselbe hinaus ersetzt werden". (Fromm).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Cur an der See ist eben als eine Art Uebungs-Therapie zu betrachten, da durch die bewegte Seeluft und den Salzgehalt und die niedrige Temperatur des Seewassers die Functionen der Hautgefässe, Hautmuskeln und Nerven, sowie der Schleimhaut der Atmungsorgane gekräftigt und allmählich an stärkere Reize gewöhnt werden. Die gesteigerte Wärmeentziehung hat eine Steigerung der Wärme bildenden Processe im Körper zur Folge, vor Allem des Muskelstoffwechsels durch die reflectorisch ausgelösten Muskelcontractionen.

M. H.! Das Meer übt seine wohltätigen Wirkungen auf den menschlichen Organismus durch drei Heilkräfte aus, welche sich stets am Meere vereint vorfinden, durch die Luft, durch das Licht und durch das Wasser. Alle 3 Elemente bieten in ihrer Zusammensetzung und Beschaffenheit am Meere so viele der Gesundheit des Körpers förderliche Eigenschaften dar, dass die Seebadecur heute zu den wirksamsten und mächtigsten Heilagentien gerechnet werden kann (Hiller).

Die Seeluft umgibt den Curgast beständig. Wie intensiv sie auf ihn resp. den Gesamtstoffwechsel wirkt, haben die interessanten Versuche von A. Loewy und Fr. Müller gezeigt, die sie mittelst des Zuntzschen Respirationsapparates bei denselben Personen in Berlin und dann nach ihrer Ankunft in Westerland ausgeführt haben; sie fanden nämlich, dass selbst bei Ausschluss der directen Seeklima-Reize (Kälte, Winde) bei völliger Ruhe im Bett, schon vom 2. Tage an eine erhebliche Steigerung des Sauerstoffverbrauchs und der Kohlensäurebildung eintreten kann (P. Mayer). Der genaue Mechanismus dieser Wirkung ist z. Z. noch unklar. Jedenfalls spielen hierbei die verschiedensten Momente des Klimas mit. Schon Alexander von Humboldt sagt im Kosmos (S. 341): Der Ausdruck Klima bezeichnet in seinem allgemeinsten Sinne alle Veränderungen in der Atmosphäre, die unsere Organe merklich afficieren: die Temperatur, die Feuchtigkeit, die Veränderungen des barometrischen Druckes, den ruhigen Luftzustand oder die Wirkung ungleichnamiger Winde, die Grösse der elektrischen Spannung, die Reinheit der Atmosphäre oder die Vermengung mit mehr oder minder schädlichen oder gasförmigen Exhalationen, endlich den Grad habitueller Durchsichtigkeit und Heiterkeit des Himmels".

Bei der Berücksichtigung der Einwirkung der Temperatur der Luft müssen wir auch die Feuchtigkeit derselben im Auge behalten, da Letztere jene in hohem Grade beeinflusst und zwar gilt dieses ganz besonders von der Luft am Meere. Da die Wärmestrahlen in das Meer viel tiefer eindringen (20—23 m), als in die Erde (1 m), so nimmt das Meer unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen mehr Wärme auf als das Land. Daraus folgt aber auch, dass das Meer sich lange nicht so rasch erwärmt, als das Festland, zumal an der Oberfläche stets eine erhebliche Wasserverdunstung stattfindet. Im Sommer muss daher die Luft über dem Meere stets kühler sein als auf dem unter demselben Breitengrade gelegenen Lande; im Winter aber wird das Gegenteil der Fall sein, weil ja das Meerwasser viel tiefer erwärmt ist und sich daher langsamer abkühlt, als das Festland. (Mayer). Die bewegte Luft — an der See ist die Luft fast stets bewegt — hat einen bedeutungsvollen Einfluss auch deshalb, weil sie die Haut gerade nach der Richtung hin abzuhärten imstande ist, nach welcher jene Eingriffe, die wir als Zugerkältung bezeichnen, zu erfolgen pflegt. (Hiller).

Die Temperatur des Blutes bleibt sich ja bekanntlich bei den divergierendsten Temperaturen im Wesentlichen gleich, so dass wir nur von einer Beeinflussung der Haut und der Atmungsorgane, sowie indirect des Gefäss-Systems, sprechen können. Früher hat man geglaubt „dass die Wärmebildung im menschlichen Organismus bei sinkender Lufttemperatur zunimmt und beim Steigen der Aussentemperatur abnimmt. Aus Versuchen von A. Loevy und Johannson hat sich jedoch ergeben, dass diese sogen. chemische Wärmeregulation beim Menschen nur in dem Sinne besteht, dass die Wärmebildung steigt, sobald es durch Kältewirkung zu klonischen und tonischen Muskelbewegungen kommt (Spannen, Zittern). Die von Bergmann zuerst genauer studierte und von Rubner als physikalische bezeichnete Wärmeregulation wird durch Aenderungen der Blutcirculation der Haut, durch die dadurch bedingten Aenderungen der Wärmeabgabe durch Leitung, Strahlung und Verdunstung erzielt. (Mayer). Je reactionsfähiger die Blutgefässe sind, d. h. je leichter sich dieselben schon nach der Einwirkung geringer thermischer Reize consecutiv erweitern, desto widerstandsfähiger ist der Körper gegen die sogen. Erkältungskrankheiten (Glax). Einer der grössten Vorzüge der Seeluft ist in ihrer Reinheit, Staubfreiheit und Keimfreiheit begründet, wenn wir uns dessen erinnern, welch eine gewaltige Menge von Luft ein Erwachsener in 24 Stunden einatmet. Nach den Angaben von Hiller saugt er bei etwa 16 Atemzügen in der Minute bei jeder Inspiration etwa 0,65 Liter in die Lungen: also in einer Stunde 625,8 L und in einem Tage etwa 15000 L.!

Auch der Kohlensäuregehalt der Seeluft ist infolge des Mangels an Verwesungs-, Verbrennungs- und Atmungsprocessen am Meere bedeutend herabgesetzt, während der Sauerstoffgehalt ein relativ hoher (ca. 20 bis 21 pCt.) ist.

Ob aber das vielgerühmte Ozon wirklich in so grossen Mengen am resp. auf dem Meere zu finden ist, ist noch eine offene Frage: wir wissen nur, dass es in der Tat am Meere und in Wäldern mehr in der Luft vorhanden ist, als anderswo und dass es nach Gewittern bedeutend zunimmt. Genaue einwandfreie Bestimmungen liegen noch nicht vor, denn die Untersuchungs-Methoden mit Jodkali-Stärkekleister und dem sogen. Tetra-Papier sind insofern unsicher, als die salpetrige Säure, die nach elektrischen Entladungen entsteht, dieselben Reactionen geben kann, wie das Ozon.

Dass das früher unbestrittene Axiom, dass die Seeluft a priori Kochsalz enthält, neuerdings sehr angefochten wird, dürfte Ihnen, m. H., bekannt sein, denn die Untersuchungen einer Reihe von Forschern ergaben, dass bei Windstille Salz in der Luft nicht nachweisbar war, während bei starker Brandung und Winden der Salzgehalt ein recht bedeutender sein kann. Freilich ist ja die Luftbewegung am Meere stets stärker und gleichmässiger, als auf dem Lande. Jod ist in der Asche der Seealgen (Seetang) enthalten, aber natürlich in der Seeluft niemals nachweisbar, während Brom als Brommagnesium und Natrium gelegentlich mit dem Kochsalz zusammen der Luft beigemengt sein kann.

Von einem nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Organismus ist dagegen der Gehalt der Seeluft an Wassergas, infolge der fortwährenden Wasserverdunstung auf dem Meere. Es erhält die Schleimhaut der Respirationsorgane und das sie bedeckende Secret feucht und schlüpfrig, beschränkt nach Rubner die Wasserabgabe des Körpers von der Haut und durch die Lungen und steigert nach Glax die Wasserausscheidung durch die Nieren.

Ueber das elektrische Verhalten der Seeluft wissen wir z. Z. noch Nichts genaueres. Jedenfalls steigt die elektrische Leitfähigkeit der Luft mit dem Sinken des Luftdruckes. Ebenso verhält es sich auch mit der Radioactivität der Seeluft.

Einen wichtigen Factor bei den Seebädecuren spielt das Licht und zwar nicht allein das directe Sonnenlicht, sondern auch das durch die Meeresfläche und den Seestrand reflectierte Licht. Bekanntlich wirkt der

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sonnenschein nicht allein in psychischer Beziehung auf den Menschen, speciell auf den nervösen und Geschwächten, sondern nach den Untersuchungen von Quincke und später der Finsenschen Schule auf verschiedene biologische Vorgänge im menschlichen Organismus, sowie auf den Verlauf verschiedener Krankheiten, namentlich solcher, die auf die Einwirkung von Bacterien zurückzuführen sind. Feststehend ist jedenfalls die Tatsache, dass Lichtstrahlen pathogene Bacterien in ihrer Virulenz abschwächen bezw. vernichten.

Die Wirkungen der Seebäder selbst hängen hauptsächlich von drei Momenten ab: von dem Salzgehalt und der Bewegung des Meereswassers.

Die Temperaturen der verschiedenen europäischen Meere sind während der Sommermonate selbstredend sehr verschiedene- so hat z. B. die Ostsee durchschnittlich 14.6 — 18.2°, die Nordsee 14 — 17,7°, der Atlantische Ozean 20 - 28°, während das Mittelmeer und das Schwarze Meer bis 27° aufweisen. Die Bäder in den beiden letztgenannten Meeren nähern sich daher in ihrer Wirkung den schwachen Soolbädern, während von einem zur Geltung gelangenden Kältereiz doch nur bei den Ost- und Nordsee-Bädern gesprochen werden kann.

Auch der Salzgehalt ist bei den verschiedenen Meeren bekanntlich ungleich: am schwächsten in der Ostsee 0,5—1,9 % und im Schwarzen Meere 1,7 %, während die Nordsee und der Atlantische Ozean 3—3,7 %, das Mittelmeer sogar 3,2—4,1 % aufweist.

Bei uns an der Baltischen Küste ist der Salzgehalt des Meeres ein sehr geringer: so hat Prof. Glasenapp in Bilderlingshof nur 0,56 % und Prof. Goebel in Pernau 0,61, in Reval und in Hapsal 0,68 % bestimmt, während in Arensburg 0.66 %, in Windau 0,74 % und in Libau 0,8 % von Prof. Glasenapp nachgewiesen wurden.

Die Bewegung des Seewassers ist an der Ostsee und dem Mittelmeer keine so grosse, wie am Atlantic und der Nordsee, weil ja hier Ebbe und Flut und der Wind vereint einen kräftigen Wellenschlag hervorrufen und fast immer reine Seewinde wehen, während die Ostseebäder im Allgemeinen ein mehr continentales Klima haben, weil hier der Wind vorherrschend vom Lande her weht.

Ausgenommen hiervon sind allerdings Windau und Libau, wo Seewinde vorherrschen und zudem windstille Tage eine Seltenheit sind.

Die Wirkungen der kalten Seebäder als solcher, sind die eines starken Hautreizes: dieser beeinflusst die Pulsfrequenz, den Blutdruck und die Atmung.

Nach Hiller tritt eine „krampfhafte Reaction des gesamten Wärmeregulierungsapparates" ein. Es contrahieren sich die Hautmuskeln und Hautgefässe, es erfolgt eine Zusammenziehung der Körpermuskeln, eine Steigerung des Blutdrucks, kräftige Contractionen des Herzens, ohne dass die Pulsfrequenz vorläufig erheblich gesteigert ist, und eine Vertiefung der Respiration (Mayer). Nach dem Bade tritt die Reaction ein: die Hautgefässe erweitern sich, die Pulsfrequenz steigt, während der Blutdruck sinkt und die Arterienspannung abnimmt.

Nach Hillers Untersuchungen wird der Hautreiz noch dadurch verstärkt, dass nach dem Baden geringe Mengen von Seewasser an der Haut haften bleiben und nach dem Trocknen noch kleine Mengen von Salz in den Hautfalten auskrystallisieren, die einen Reiz auf die Hautnerven ausüben und so die Hyperämie der Haut befördern sollen.

Die Indicationen der kalten Seebäder leiten sich aus ihren oben skizzierten physiologischen Wirkungen ab. Sie sind vor allem da angezeigt, wo wir eine rasche Reaction und Abhärtung erzielen wollen, sowie eine Hebung der Energie des Stoffumsatzes.

An erster Stelle stehen hier das grosse Heer der anämischen Kranken und zwar solche, die ihre Anämie durch Blut- oder Säfte-Verluste, ungenügende Nahrung und schlechte Luft, Sorgen und Kummer, Ueberarbeitung und durch eine mangelhafte Reconvalescenz erlangt haben. Hierzu möchte ich auch die Luetiker zählen, bei denen der Gebrauch der Seebäder als Zwischencur bei der specifischen Behandlung und nach derselben durchaus indiciert ist, vorausgesetzt natürlich, dass keine sonstigen Contra-Indicationen vorliegen.

Dann kommen die functionellen Neurosen, sowie auch die nervöse Dyspepsie, die sexuelle Neurasthenie und bisweilen auch die Neuralgieen.

Scrophulöse vertragen die Bäder in der offenen See in der Regel nicht gut, erholen sich aber prächtig durch den Gebrauch warmer Seebäder und den Genuss der Seeluft. Rhachitis ist dagegen ein dankbares Object der Seebadecur. Eine sich verzögernde Reconvalescenz bei Pneumonieen und pleuritischen Exsudaten kann ebenfalls sehr günstig durch das Seeklima beeinflusst werden.

Tuberculöse gehören meiner Ansicht nach nicht unbedingt ans Meer, da sie, solange sie sich noch nicht acclimatisiert haben, leicht zu Bronchitiden neigen, die doch bei ihnen nicht eben erwünscht sind; nur in den ersten Anfängen der Tuberculose können dort gute Resultate gezeitigt werden, wo Waldungen am Meere vorhanden sind, die vor Winden schützen. Bei Personen, die am Meere geboren und aufgewachsen sind, scheint sich eine gewisse Immunität gegen Tuberculose zu entwickeln: wenigstens haben wir hier in Libau nach einer von mir veranstalteten Umfrage unter den Collegen ganz auffallend wenig Tuberculöse.

Contra-Indicationen für den Gebrauch von Seebädern bilden vor allem hohes Alter und zarte Kindheit (unter $1^1/_2$ Jahren) und dann alle organische Herzkrankheiten, sowie die Arteriosclerose. Dasselbe gilt auch für Schwäche und Reizbarkeit des Nervensystems nach schweren acuten Krankheiten. Bei Angina pectoris und bei Emphysema pulmonum sind die Seebäder direct gefährlich; ebenso auch bei Epileptikern und bei solchen, die Neigung zu Ohnmachts-Anfällen haben.

Sehr schädlich wirken ferner die Seebäder auf Magendarm-Erkrankungen und auf Hautleiden verschiedenster Art. Auf Gicht, Rheumatismus der Muskeln und Gelenke und auf Cholelithiasis wirkt das Seebad direct provocatorisch, denn oft genügt nur ein einziges Bad, um einen Anfall auszulösen. In England, wo bekanntlich die Gicht ganz besonders häufig auftritt, liessen die älteren Aerzte Gichtiker Seebäder nehmen und behaupteten, keine Misserfolge gesehen zu haben, doch warnt neuerdings Sir H. Weber in London vor Seebädern bei Gicht. Ich selbst verfüge über 8 Fälle von Gicht, bei denen sämtlich Seebäder mit mathematischer Sicherheit Anfälle hervorriefen.

Wenn ich zum Schlusse unsere heimischen See-Badeorte kurz bespreche, möchte ich hervorheben, dass auch bei uns von einer gewissen Scala derselben gesprochen werden kann: während einzelne von ihnen infolge ihrer geschützten Lage einen geringeren Wellenschlag und infolge dessen, dass sie in der Nähe der Mündung grösserer Flüsse liegen, auch einen geringeren Salzgehalt des Seewassers aufweisen, wie Pernau und die Rigaschen Strandorte, nähern sich andere Orte, wie die an der offenen Ostsee liegenden Städte Windau und Libau durch ihren starken Wellenschlag, den höheren Salzgehalt des Wassers und die fast ununterbrochen wehenden Winde in ihrer Wirkung den Nordseebädern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arensburg gehört, ebenso wie die in Buchten sehr geschützt gelegenen Badeorte Hapsal, Baltischport und Reval, ebenfalls infolge der geringen Bewegung und des geringen Salzgehalts des Seewassers zu den schwächeren Ostseebädern, ist aber durch seine ganz besonders günstige Lage auf einer Insel weniger Temperaturschwankungen ausgesetzt, so dass es zu den mildesten Seebädern gehört, wohin auch schonungsbedürftige Patienten im Sommer geschickt werden können. Sehr gut wirken in geeigneten Fällen hier, wie in Hapsal und Pernau in günstigen Sommern einige Seebäder als Nachcur nach den dortigen vorzüglichen Schlammbädern.

Literatur:

1. F. A. Hoffmann: Vorlesungen über allgemeine Therapie. 2. R. Flechsig: Handbuch der Balneotherapie. 3. F. Penzoldt und R. Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 4. Goldscheider und P. Jacob: Handbuch der physikalischen Therapie: a) M. Rubner: Klimatologisches und Physiologisches. b) H. Nothnagel: Aerztl. Erfahrungen über Klima und klimat. Curorte. c) A. Hiller: Thalassotherapie. d) Sir H. Weber: Technik und Anwendung der Seebäder. e) Glax: Einteilung d. Bäder in physik. u. chem. Hinsicht. 5. J. Glax: Lehrbuch der Balneotherapie. 6. P. Mayer: Klimatotherapie und Balneotherapie. 7. Arensburg und seine Curmittel. 8. Die deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts: J. Lazarus, Physikal. Therapie bei Krankheiten des Respirationstractus.

Ueber Krankheitsursachen und Disposition.

Vortrag, gehalten auf dem I. baltischen Aerztecongress in Dorpat 1909.

von

Dr. med. Edgar Mey.

Dirigierender Arzt des Krankenhauses am Correctionshause in Riga.

Das tägliche practische Leben gibt dem Arzt so oft Veranlassung auf Fragen seitens der Kranken Antworten zu geben, die nicht immer ganz leicht sind.

Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf die Krankheitsursache, wofür der bei weitem grösste Teil eine bestimmte und befriedigende Erklärung erwartet. Nur einer verhältnismässig kleinen Gruppe von Menschen gegenüber wird es möglich sein den wirklich streng wissenschaftlichen Standpunct auszusprechen, mit anderen Worten, die Ursache einer Krankheitserscheinung mal auch als gänzlich unbekannt zu bezeichen. Gerade auf dem Gebiete der inneren Medicin sind wir doch noch leider zu oft in der Lage den Mangel in unserem Wissen eingestehen zu müssen, ohne dass dadurch der grosse Wert sorgfältigster Bearbeitung verschiedener Zweige im Verlaufe der letzten Jahrzehnte beeinträchtigt zu werden brauchte. Nach derjenigen Auffassung, wie sie hauptsächlich durch die bacteriologische Forschung zustande gekommen ist, stellt man sich einen Krankheitsursprung ausschliesslich als ein zur Aussenwelt in Beziehung stehendes Ereignis vor, wenngleich ein tatsächlicher Zusammenhang häufig garnicht nachzuweisen ist, aber der Bacteriologe von Fach will die Richtung des ätiologischen Denkens in diesem Sinne verstanden wissen.

Nach dieser Lehre kann also nur dann im Organismus ein krankhafter Process sich etablieren, wenn in ihm eine krankmachende Ursache von aussen eingedrungen ist. Eine Zeit lang ist diese Richtung entschieden die herrschende gewesen und nur wenige Capitel der Pathologie sind von ihr unberührt geblieben oder höchstens nur gestreift worden. Ich erinnere an die noch so unklare Vorstellung von der Genese der Geschwülste, über die uns nur Hypothesen vorliegen. Wirklich positives wissen wir nicht. Auf dem Gebiete der Psychiatrie sind es eine Reihe von Psychosen, auf dem der Neurologie, beispielsweise die Dystrophia muscularis progressiva, die diffuse Gehirnsclerose und andere, welche uns ätiologisch vollkommen unklar sind.

Ferner der so weit verbreitete Lymphatismus, der heute in einer grossen Anzahl von Publicationen vorliegt. Als eine angeborene Anomalie wird in der Jetztzeit die Visceralptosis aufgefasst. Als weiteres Beispiel mag die Hämophilie gelten.

Die uns Practiker in so hervorragendem Masse beschäftigende Chlorose der jungen Mädchen findet ätiologisch ebenfalls keine befriedigende Erklärung in der Ungunst der Lebensbedingungen des erkrankten Individuums. Derartige Beispiele, m. H.!, für Krankheitszustände, deren eigentliche Entwickelungsursache von äusseren Momenten unabhängig erscheinen, könnten in grosser Zahl auf jedem Specialgebiete gefunden werden.

Sie alle lassen in ihrem Grundwesen einen gemeinsamen Charakterzug erkennen und zwar den einer gewissen Selbständigkeit, ich möchte sagen Eigenmächtigkeit ihres Entstehens.

Diese Art des ätiologischen Denkens auch auf Organerkrankungen auszudehnen, für welche von der Allgemeinheit der Aerzte eine äussere Ursache als feststehend betrachtet wird, ist das Bestreben einer Reihe von Autoren (Hueppe, Edinger, Baumgarten, Hansemann, Strümpell, Gottstein, Martius, Wieland u. A.). Wird doch von ihnen dem Alcohol beispielsweise jede entscheidende ätiologische Bedeutung abgesprochen für Erkrankungen wie die nicht-specifische Arteriosclerose, die Lebercirrhose, die genuine Schrumpfniere. Zwingende Gründe und Beweise aus der Praxis sind zur Veranlassung geworden den wahren causalen Zusammenhang für gewisse Krankheitsprocesse auf dem Wege biologischer Forschung zu suchen, die Ursache einer Degeneration der Kreislaufsorgane z. B. junger Menschen, ohne jede äussere Veranlassung, in einer besonderen minderwertigen Anlage im Keimplasma zu erblicken, wodurch ein Organ oder Organsystem mit seinen biologisch und physikalisch schwach begabten Zellen in einem ungewöhnlich frühen Lebensalter versagen muss. Es ist also die innere Einrichtung oder Organisation des Substrates, an dem der krankhafte Vorgang sich abspielt, der bestimmende und wohl auch der wichtigste Factor bei der Entstehung vieler krankhafter Vorgänge im Körper.

Häufig können wir uns doch nur durch die Verschiedenheit der Wertigkeit der Körperzellen die grosse Ungleichheit in der Lebensdauer der Menschen erklären und in diesem Sinne, m. H.!, sollten dann auch unsere Antworten auf Fragen seitens der Kranken, woher ihre Leiden stammen, klar und offen gegeben werden. Ein derartiges Verhalten dürfte weit mehr imstande sein das Vertrauen bei den Menschen zu festigen als wenn man mit Verlegenheitsgründen kommt. Die Menschen sind keineswegs so unzugänglich für eine derartige vernünftige Auffassung der Krankheitsentstehung, es dürfte nur darauf ankommen, dass wir Aerzte zunächst selbst zu einer einheitlichen Anschauung kämen und uns an diese Denkweise bei vielen Krankheiten gewöhnten, um dann gemeinsam belehrend auf unsere Kranken zu wirken.

So finden wir bei einem grossen Teil des nichtärztlichen Publicums schon lange die traditionell überkommene Auffassung von der Erblichkeit der Lungenschwindsucht. Seit Kochs Entdeckung besteht noch heute unter den Autoren eine Divergenz der Ansichten, ob der Tuberkelbacillus das Ausschlaggebende ist oder die Krankheitsanlage? Gestatten Sie mir, m. H.!, auf Grund meines

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beobachtungsmaterials den Versuch zu machen, einen kleinen Beitrag zur Klärung dieser Frage zu bringen.

Bekanntlich ist die Tuberculose die Geissel in Straf- und Gefangenanstalten. Wenn auch die Typhusepidemieen in den Gefängnissen Westeuropas allmählich fast ganz geschwunden sind, geblieben ist trotz eifrigster Bemühungen die Lungenschwindsucht! In den Gefangenanstalten Rigas, die zu den grössten Russlands gehören, hat die Gefängnisbevölkerung seit dem Beginn der Revolution einen anderen Charakter angenommen, als wir ihn in den Anstalten anderer Staaten finden. Deshalb dürfte es von Interesse sein, die Morbiditätsziffer an Tuberculose unter den Criminalverbrechern mit derjenigen der politischen Häftlinge in den letzten fünf Jahren zu vergleichen.

Unter 8000 Criminal-Gefangenen (die weniger als für 3 Monate Inhaftierten sind nicht berücksichtigt) sind seit 1905 bis zum August 1909 im Ganzen 355 Erkrankungen an Lungentuberculose nachgewiesen worden. Gestorben sind von diesen 130 Personen (Gesamtmortalität 180). Diesen Zahlen stehen gegenüber nur 9 Erkrankungen an Tuberculose unter 4000 politischen Häftlingen, mit einer Mortalität von 5 Personen.

Analysieren wir die 9 Tuberculosefälle, so ergibt es sich, dass 4 von ihnen aus 2 schwer belasteten Familien stammten (je 2 Brüder). Zwei Erkrankte starben in kurzer Zeit, die beiden anderen leiden gegenwärtig an einer inactiven Tuberculose. Weitere 2 Gefangene entstammen einer illegitimen Ehe, infolge dessen fehlt die Anamnese. Bei 2 Häftlingen liess sich eine erbliche Belastung nicht nachweisen, und schliesslich erwies sich der Letzte (9) als schon vor der Inhaftierung erkrankt. Acht (8) Personen haben also erst während ihrer Haftzeit (1—2 J.) die ersten klinischen Zeichen ihrer Erkrankung dargeboten.

Wie erklärt sich nun dieser enorme Unterschied der Morbiditätsziffern zwischen den Criminal- und politischen Gefangenen bei gleicher Infectionsmöglichkeit in den überfüllten Räumen?

1) Wird die Lungenschwindsucht bei den ersteren in 65% der Fälle von aussen mitgebracht, sodass wir sagen können, dass die Tuberculose sich in den Gefangenanstalten anhäuft. Sie ist sicher in einer grossen Anzahl von Fällen eine Gelegenheitsursache zur Criminalität, weil sie den Arbeitern (vielfach Hafenarbeiter und Seeleute) einen grossen Teil ihrer körperlicher Leistungsfähigkeit raubt. Ist der einfache Arbeitnehmer nicht im Vollbesitz seiner Kräfte, so wird er vom Arbeitgeber zurückgewiesen, was ihn häufig, bei vorhandener crimineller Anlage, zum Rechtsbruch führt.

2) Ist es der psychische Factor, der den Criminalgefangenen weniger widerstandsfähig macht; es sind depressive Zustände, die hauptsächlich bei meinen Phthisis-Kranken estnischer Nationalität in ganz hervorragender Weise zu Tage treten. Fern von ihrer Heimat und Angehörigen erliegen sie fast alle in kurzer Zeit der Seuche.

Dagegen befinden sich die politischen in einer mehr oder weniger gehobenen Stimmung.

3) Die Ernährung. Während den Criminalgefangenen seitens der Angehörigen ausserordentlich selten Nahrung zugeführt wird — sie sind fast ausschliesslich auf Anstaltskost angewiesen — wird den politischen Häftlingen in reichem Masse von aussen an jedem Besuchstage Beinahrung in die Gefängnisse getragen.

Wir sehen also schon aus diesen wenigen angeführten Momenten, dass die beiden in Rede stehenden Typen der Gefängnisbevölkerung seit 1905 wesentlich verschiedene Lebensbedingungen, hauptsächlich öconomischer Art, aufweisen, die alle darauf hindeuten, eine wie grosse Bedeutung der Erhaltung oder Hebung der Wehrkraft des Körpers gegen die Tuberculoseerkrankung zukommt.

Der Criminalsträfling ist eben als mehr oder weniger defectes Individuum weit mehr zu Erkrankungen disponiert als der aus besseren socialen Verhältnissen stammende politische.

Ich habe Ihnen, m. H.!, an den Ergebnissen meiner Beobachtungen zeigen wollen — wie dieses übrigens auch schon von anderer Seite geschehen ist, ich erinnere nur an die Arbeiten von Dr. Simon Unterberger in Petersburg — dass die Infectionsgefahr durch den Tuberkelbacillus vom Optimismus der Tuberculosekämpfer in einer zu einseitigen Weise betont und übertrieben wird und dass der Dispositionsbegriff keineswegs ein so mystischer, ein so in der Luft schwebender ist, wie dieses von mancher Seite behauptet wird, sondern, dass die Disposition entschieden als der mächtigere, ich möchte sagen — wenn Sie mir den Ausdruck gestatten — als der „tonangebende" Factor in die Pathogenese der Lungenschwindsucht eingreift.

Referate.

M. Otten: Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose umschriebener Eiterungen der Lunge (Gangrän, Abscess, Bronchiectasien). Aus der Medicinischen Klinik in Tübingen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 1.

Das Material der Arbeit bilden 8 Fälle von Gangrän, 2 Abscesse und 3 Fälle von Bronchiectasien. Bei der Röntgenuntersuchung dieser Erkrankungen kommt sowohl die Durchleuchtung wie die Aufnahme in Betracht. Genaue Auskunft jedoch gewährt nur die letztere in Bezug auf Form und Grösse der Herde, Dichte der Infiltration und unter Umständen auf etwa vorhandene Sequester oder Fremdkörper.

Hesse.

Fedor Haenisch (Hamburg): Beiträge zur Röntgendiagnostik des uropöetischen Systems. I. Pyelographie. II. Fehlerquellen beim Steinnachweis: verkalktes Ovarium, Beckenflecken, Blaudsche Pille. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 1.

Um die Messung der Capacität des Nierenbeckens am Lebenden röntgenographisch zu ermöglichen, haben Voelcker und Lichtenberg die Pyelographie vorgeschlagen. Eine 5 pCt. erwärmte Collargollösung wird durch den Ureterkatheter in das Nierenbecken injiciert und dann röntgenographiert. Haenisch hat diese Methode geprüft und empfiehlt sie bestens. In einen Falle, welcher klinisch steinverdächtig war, hat sich die Diagnose Hydronephrose, mangels jetweden klinischen Kennzeichens, nur durch die Pyelographie stellen lassen. Hinsichtlich der vielbesprochenen Beckenflecke neigt Haenisch zur Ansicht, dass es sich um Venenphlebolithen handelt. Als Bekräftigung werden 2 klinische Fälle angeführt, in welchen dieser Befund durch die Operation bestätigt werden konnte. In einem anderen Falle rief der von einer Blaudschen Pille herrührende Schatten den Eindruck eines Concrementes hervor.

Hesse.

Eduard Gottschalk (Stuttgart): Ueber einen Fall röntgenographisch nachgewiesener Gallensteine. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 1.

Gallensteine sind nur in den seltensten Fällen röntgenographisch nachweisbar. In dem beschriebenen Fall wird der Nachweis von 3 grösseren Gallensteinconcrementen geliefert. Der beschriebene Fall scheint nicht zur Operation gekommen zu sein, — so dass die klinische Bestätigung leider nicht erbracht werden konnte.

Hesse.

Rammstedt und Jakobsthal: Ueber Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 1.

Die operative Behandlung der Röntgenulcera ist früher anzuwenden, als dieses bisher gebräuchlich war. Die Prognose des Röntgenulcus ist als ernst zu betrachten.

Hesse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bücherbesprechungen.

Die Hörprüfung und deren Verwertung bei der Untersuchung der Wehrpflichtigen. Von Privatdozent K. Biehl. K. K. Regimentsarzt (Wien). Verlag J. Safár, Wien. 1908.

Das Büchlein ist 23. Seiten stark und bildet einen klinischen Vortrag im Universitätskurs für die K. K. Landwehrärzte. Der Vortrag ist für Militärärzte bestimmt, die keine specialistische Ausbildung in der Ohrenheilkunde erhalten haben und zuweilen in der Lage sind ein Gutachten über die Hörfähigkeit eines Wehrpflichtigen erstatten zu müssen. Bei Vornahme der Hörprüfung ist vor allem das Hören für Sprache einer näheren Prüfung zu unterziehen.

Es werden hauptsächlich Zahlworte von 1—100 in accentuierter Flüstersprache dem zu Prüfenden in verschiedener Entfernung vorgesprochen. Beide Augen des zu Prüfenden werden verdeckt und das Gehörte muss sofort wiederholt werden. Jedes Ohr wird gesondert durch Verschluss des anderen geprüft. Die Hörweite wird in Metern ausgedrückt und nach einem vorgeschriebenen Schema notiert.

Wenn nun auch das Dienstbuch als Prüfungsmittel nur die Sprache verlangt, so werden wir uns doch in vielen Fällen noch weiterer Hilfsmittel bedienen müssen, um auch den Sitz der Hörstörung beurteilen zu können: vor allen Dingen der Stimmgabeln (mindestens C, a und d. Edelmannsche Pfeife). Dann wird der Webersche und Rinnesche Versuch und deren Bedeutung für die Beurteilung einer Affection des schallleitenden oder schallpercipierenden Apparates näher erläutert. In kritischen Fällen wird empfohlen die Prüfung zu wiederholten Malen vorzunehmen.

Die vorliegende Anleitung mag für Militärärzte eine gewisse Bedeutung haben, ersetzt jedoch nicht die mangelnde specialistische Ausbildung, die zur Vornahme einer Hörprüfung unersetzlich ist.

J. Hoehlein.

L. Rethi. Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Wien. Safár. 1907.

In der vorliegenden Monographie sucht Verfasser auf Grund von 27 resp. 28 sichergestellten und laryngoskopierten Fällen anderer Autoren und 10 eigener Beobachtungen die laryngealen Erscheinungen bei genannter Krankheit zu beschreiben und zu erklären. In ausführlicher Weise wird die pathologische Anatomie und Symptomatologie beschrieben. Unter den acustisch wahrnehmbaren Störungen werden eingehend besprochen: die skandierende Sprache; Monotonie, mangelhafte Nuancierung, Wechseln der Tonhöhe, Umschlagen ins Falsett, Verspätung der Tonbildung, Unvermögen den Ton lange zu halten, heisere und rauhe Stimme, näselnde Sprache, jauchzende Inspirationen. Eine wichtige Rolle spielen die Kehlkopflähmungen. Unter 44 beschriebenen Fällen finden wir 15 Mal Schliesserlähmungen, nicht selten combiniert mit Lähmung der Stimmbandspanner; Posticuslähmung findet sich 13 Mal vor. Die phonatorisch-acustischen Erscheinungen sowie die Bewegungsstörungen im Kehlkopf werden vom Verfasser auf Lähmung oder zum mindesten auf Schwächezustände zurückgeführt. Sehr ausführlich sind auch der Intentionstremor besprochen. Intentionstremor der Kehlkopfmuskeln findet sich in etwa der Hälfte der Fälle. Der Tremor zeigt sich nicht nur an den Ad- und Abductoren, sondern auch an den Stimmbandspannern. Auch die äusseren Kehlkopfmuskeln nehmen gelegentlich an den Erscheinungen des Intentionszitterns teil. Der Intentionstremor combiniert sich oft auch mit Schwächezuständen der mm. thyreoarytaenoidei interni und des m. transversus. Auch der Tremor lässt sich am besten als lähmungsartiger Zustand auffassen. Auch im motorischen Verhalten des weichen Gaumens finden sich einerseits Befunde von Lähmungen und lähmungsartigen Zuständen, insbesondere des m. levator palati mollis vor und andererseits zuckende und zitternde Bewegungen. Die Sensibilität des Larynx ist häufiger herabgesetzt als erhöht.

Die belehrende Studie Rethis kann Fachcollegen bestens empfohlen werden.

J. Hoehlein.

Verhandlungen des I. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses. Wien, 21. bis 25. April 1908. Herausgegeben von Prof. Grossmann. Verlag Franz Deuticke. Wien und Leipzig. 1909.

Die Verhandlungen des Congresses sind im Verlage von F. Deuticke-Wien erschienen. Das 639 Seiten starke Buch weist die vom Organisationscomitee bestimmten Referate und gegen 80 freiwillig angemeldete Vorträge auf. Das reichhaltige und die brennendsten Fragen der Gegenwart auf unserem Specialgebiete berücksichtigende Programm muss durchaus anerkannt werden und legt beredtes Zeugnis ab von der Berechtigung der Rhino-Laryngologie auf Sondercongressen vertreten zu sein. Die Röntgenstrahlen- und Radium-therapie sind auf dem Congresse einer eingehenden Beleuchtung und Besprechung unterzogen worden. Auch verdient es hervorgehoben zu werden, dass die Beziehungen zwischen Augen- und Nasenhöhle durch viele Arbeiten näher beleuchtet worden sind. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche; die Verhandlungen gehören in den Bücherschrank eines jeden Specialarztes.

J. Hoehlein.

G. Gruber: Ueber Wesen und Wertschätzung der Medicin zu allen Zeiten. 73 S. München. Verlag der ärztlichen Rundschau, O. Gmelin. 1909.

In diesem in der medicinischen Gesellschaft «Isis» gehaltenen Vortrag gibt Verf. in grossen Zügen eine populäre Schilderung des Werdeganges der medicinischen Wissenschaft und Praxis unter Hinweis darauf, wie die Wertschätzung der Medicin unter verschiedenen Völkern und zu verschiedenen Zeiten gewissen Schwankungen unterworfen war. Der Schluss ist für uns kein erfreulicher: nachdem die Medicin und ihre Repräsentanten im XVIII. Jahrhundert ein hohes Ansehen bei den Laien erreicht hatten, ist ihr Wert in der Folge und besonders in der allerletzten Zeit stark gesunken. Mit Recht weist Verf. darauf hin, dass die durch die deutsche Gewerbeordnung erfolgte Einreihung der Aerzte unter die Gewerbetreibenden eine Herabsetzung des Aerztestandes bedeutet und dass auf legislativem Wege eine Aenderung dieser Sachlage durchaus erwünscht und erstrebenswert ist.

Fr. Dörbeck.

C. Ewald: Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem und Kretinismus. Wien. 1909, Verlag von Hölder.

Nach einer anatomischen Einleitung kommt Verf. auf die Physiologie der Schilddrüse zu sprechen. Die Schilddrüse ist ein für den Organismus überaus wichtiges und für den normalen Gang des tierischen Haushaltes unbedingt notwendiges Organ. Die Thyreoidea steht in enger Beziehung zu gewissen physiologischen Vorgängen der Geschlechtsorgane und zwar bei Frauen in näherer, als bei Männern, dann zur Hypophysis. Exstirpation der ersteren ruft Veränderungen an der Hypophysis hervor. Von drei graviden Katzen, denen die Thyreoidea entfernt war, blieb nur ein Tier am Leben, was die Erfahrung bestätigt, dass gravide Tiere die Strumectomie schlecht vertragen. Der antitoxische Stoff wirkt entweder local (Entgiftungstheorie) oder diffus (Secretionstheorie). Verf. bespricht die verschiedenen Formen der Struma, die Geschwülste, Syphilis und Tuberculose der Schilddrüse. Am ausführlichsten wird der Kropf und der Kretinismus besprochen. Was die Verbreitung des Kropfes betrifft, so ist das Gebiet der Centralalpen der Mittelpunct, von dem aus die Krankheit nach verschiedenen Richtungen hin auszustrahlen scheint In zweiter Linie kommen die Karpathen, das deutsche Mittelgebirge, die Pyrenäen in Betracht. Von grosser Bedeutung ist die Bodenbeschaffenheit, «der Kropf kommt nur auf marinen Ablagerung vor, und zwar auf den marinen Sedimenten des paläozoischen Zeitalters». Das Wasser ist auf die Entstehung des Kropfes vom grossem Einfluss. E. nimmt an, dass es sich um eine Infection handelt durch einen organischen, an bestimmte tellurische Gestaltungen gebundenen und durch das Wasser dem Menschen übermittelten Krankheitskeim. Auf die Schilderung der klinischen Erscheinungen kann hier nicht genauer eingegangen werden. Was die Schilddrüsentherapie betrifft, so wurde ein Glycerin-Carbolextract tierischer Schilddrüsen subcutan gegeben, dann kamen die verschiedenen Tabletten comprimierter trockener Thyreoidea. Baumann stellte einen Thyreojodin, Oswald einen Thyreoglobulin genannten Körper dar. Auch der Wirkungen auf den Stoffwechsel wird Erwähnung getan.

Lingen.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auszug aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Nachtrag.

Sitzung vom 10. April 1909.

Dr. Otto hält seinen angekündigten Vortrag «über Menièresche Symptome» *).

Im Anschluss hieran erwähnt er zweier Fälle, welche durch nicht unwichtige Nebenumstände ihren vasomotor. Charakter verraten.

I. Fräulein E. v. L., 40 Jahre alt erkrankt im Jan. 1902 an einer linksseitigen Otitis mit heftigen Stichen und einem Geräusch «wie wenn Bretter gesägt werden». Auch besteht links. Kopfschmerz. Nach Paracentese am anderen Tage wenig Erleichterung und nur Spuren serösen Exsudats. Nach einer Woche Rückgang der Erscheinungen, doch Herabsetzung des Gehörs auf 0 Uhr, das sich erst allmählich wieder auf 10 c. Uhr hebt.

Nach relativem Wohlsein Nov. 1903 plötzlich Schwindel, der alsbald zum Taumel ausartet, und so stark wird, dass Pat. wie berauscht nach der einen und anderen Seite zu stürzen droht. Unter einer Reihe versuchter Mittel wirkt nur Aspirin 1.0 das sich bei Gelegenheit einer Migräne auch gegen das Taumeln bewährt hatte. Pat. ging dann bis gegen Abend gerade und sicher über die Diele.

Am 27. März versagt Aspirin plötzlich bei eintretender Periode. Es besteht heftiger Kopfschmerz und quälendes Ohrensausen, vor allen Dingen aber Schwindel und geradezu entsetzliches Taumeln. Erst mit dem Aufhören der Menses liessen diese verschärften Symptome wieder ab.

Von jetzt ab wiederholt sich das Spiel bei jeder Periode von Neuem, was 1904, 5 und bis ins Jahr 1906 zur Beobachtung kommt.

Am 18. März dieses Jahres hatte sich Pat. durch das Einschrauben von 14 Schrauben in gebückter Stellung bis zur Erschöpfung angestrengt und erhitzt. Die Folge davon war nicht Verschlimmerung, sondern Besserung. Es folgten 4 schwindelfreie Tage. Ebenso gut wirkten später Bäder von 38° C. In beiden Fällen wie auch nach der Einnahme von Aspirin empfand die Patientin ein eigentümlich volles Gefühl im linken Ohr. Unter dem Einfluss dieser congestiven Behandlungsmethode — denn zu einer solchen konnte sie nunmehr erhoben werden — tritt allmählich dauernde Besserung und Heilung ein. Am 6. Mai ist die Periode zum ersten Mal taumelfrei. Es besteht nur noch Neigung zu unsicherem Gange bei Richtung des Kopfes nach oben. Auch ist weniger Neigung zu Migräne vorhanden. Gehör 10 c. Uhr. Die Stimmgabel (Discant Cis) wird vom linken Warzenfortsatz zum rechten Ohre hinüber gehört; ebenso von allen übrigen Puncten bis zum Scheitel hinauf. Dies spricht für Perceptionsschwäche im Labyrinth. Dieser Untersuchungsbefund ist leider nur von relativem Wert, da auf der rechten Seite ein Schallleitungshindernis von früher mit Rinne — besteht, so dass die hier in Luftleitung vor dem Ohre bereits verklungene Stimmgabel noch eine Zeitlang am linken Ohre wahrgenommen wird, wo Rinne + festgestellt werden kann.

Das Taumeln hat vom 14 Nov. 1903 bis zum 6. Mai 1906 mithin 2½ Jahre gedauert. Hinzugefügt werden muss, dass sich Erbrechen, auch im anfänglichen Zustande acuten Schwindels, nie gezeigt hat.

II. Der zweite Fall reiht sich leichter in das Bild des Menièreschen Symptomencomplexes ein, obgleich auch ihm das Erbrechen fehlt.

Die Schwester der vorigen Patientin, Fräulein M. v. L. 51 Jahre alt, leidet an den Residuen eines vor Jahren durchgemachten M. O. Katarrhs. Es besteht eine minimal secernierende Fistelöffnung inmitten eines narbig verdickten Trommelfells. Gehör Uhr = 25 C.

Als O. die Kranke, welche in Riga ansässig ist im Nov. 1905 in Dorpat untersucht, stellte er einen kleinen Pfropf eingedickten, eitrigen Secrets fest, der einigermassen adhärent dem Trommelfell war. Dabei klagt die Patientin über Pulsieren im Ohr. Als der Gehörgang von ihm ausgespritzt wurde, ist zugleich mit dem Pfropf ein kleinster Polyp, der eine Art Ventilverschluss darstellte, vom Wasserstrom abgesprengt und entfernt worden. Darnach hörte das Pulsieren auf.

Am anderen Morgen — in der Nacht war die Periode eingetreten — empfand die Pat. beim Verlassen des Bettes plötzlich Schwindel und ein ausserordentlich intensives Klingen im Ohr, dann folgte eine etwa 2 Minuten lange Ohnmacht, aus welcher sie mit Abschwächung des Gehörs aber ohne Geräusch im Ohr und relativ gesund erwachte. Aus Vorsicht wartete die Pat. die Periode einige Tage im Bett ab.

Drei Jahre später am 13. Jan. dieses Jahres war die Periode am Abend vorher eingetreten. Trotzdem hatte sich die Dame schon früh Morgens von Hause begeben. Plötzlich fühlte sie ganz unvermittelt ein überaus starkes Klingen im Ohr und einen heftigen Schwindel. Sie klammerte sich an einen eisernen Zaun, stürzte aber sofort bewusstlos nieder, wobei sie sich eine klaffende Stirnwunde schlug. Die erwachende Pat. mag 3 Minuten gelegen haben. Dann wurde sie aufgehoben und nach Hause gefahren. Jetzt war das Klingen vorüber, erneuerte sich jedoch beim Ersteigen der Haustreppe und leitete so den Beginn eines zweiten geringfügigen Anfalls ein. Jetzt blieb das Klingen endgültig fort, nicht so der unter dem Hauptanfall entstandene Verlust des Gehörs, bis sich dann erst in einigen Tagen die frühere bis auf ⅓ Meter eingeschränkte Gehörbreite für die Uhr wieder eingestellt hatte. Bemerkenswert ist, dass nach Ueberwindung des Ohnmachtsanfalles auch die Periode bereits erloschen war.

Wie im Falle I, so verwirft Vortragender auch im Falle II. die Wahrscheinlichkeit einer gröberen anatomischen Läsion etwa durch Blutungen oder auch nur kleine punctförmige Blutaustritte ins Labyrinth, glaubt aber den Menstruationsvorgängen unter ganz besonderen Umständen eine auslösende Rolle beim Zustandekommen der Coordinationsstörungen oder des Schwindels und der Ohnmacht zuschreiben zu müssen.

Mit dem räumlich meist unbedeutenden Zuwachs des Blutquantums in den Beckenorganen werden andere Körperprovinzen, wie z. B. die Gebilde des Schädels unter den mittleren Füllungsgrad ihrer Blutgefässe geraten müssen.

Dieses Manko wird fürs Gewöhnliche nicht empfunden. In Fällen aber, wo aller Wahrscheinlichkeit nach schon frühere krankhafte, auf Anämisierung hinauslaufende Zustände sich abgespielt haben, scheint das bereits in seiner Blutmenge verarmte Organ einem weiteren, selbst physiologischen Minus nicht mehr gewachsen zu sein.

Wir haben allen Grund anzunehmen, dass es sich im Falle I. ursprünglich um einen acuten hyperämisch exsudativen Process in den perilymphatischen Räumen gehandelt hat, welcher unter dem Bilde einer mit besonders quälenden entotischen Geräuschen verbundenen Otitis media verlaufen ist; im Falle II. mögen ähnliche, wenn auch verstecktere Zustände im Labyrinthe sich abgespielt haben, die sich in den zeitweilig recidivierenden Otitiden verborgen haben.

Bei der resultierenden Blutarmut dieses Organs ist der depletorische Einfluss der Menstruation diesem verhängnisvoll geworden, während die hyperämisierende Heilwirkung hier keine schöneren Erfolge feiern konnte.

(Autoreferat).

*) Das vorstehende Referat ist der Redaction nachträglich, nachdem das Sitzungsprotocoll vom 10. April in Nr. 26 der St. Petersb. Med. Wochenschrift veröffentlicht worden war, zugestellt worden. (Die Red.).

— DRUCKFEHLERBERICHTIGUNG: In Nr. 26, Seite 373 statt: «Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau», «Dorpater medicinischen Gesellschaft» (d. Red.).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— New-York. Dr. Evans ist zum Prof. der Medicin und Dr. Stewart zum Adjunctprof. der pathol. Anatomie am College of Physicians and Surgeons ernannt worden.

— Baltimore. Dr. Snyder ist zum Adjunctprof. der Physiologie an der John Hopkins Universität ernannt worden.

— Washington. Dr. Wellington ist zum Prof. der Chirurgie ernannt worden.

— Bukarest. Priv.-Doc. Dr. Stanculeanu ist zum o. Prof. der Augenheilkunde ernannt worden.

— Amsterdam. Priv.-Doc. Dr. W. de Vries ist zum o. Prof. der pathol. Anatomie und gerichtlichen Medicin ernannt worden.

— München. Priv.-Doc. Dr. Erich Meyer ist zum a. o. Prof. und Leiter der medicinischen Volksklinik in Strassburg ernannt worden.

— Göttingen. Dr. Göppert, Oberarzt an der Kinderpoliklinik in Kiel, hat einen Ruf an Prof. Salges Stelle als a. o. Prof. und Director der neuzuerbauenden Kinderklinik angenommen.

— Kiel. Als Nachfolger von Prof. Pfannenstiel sind vorgeschlagen die Prof. Franz (Jena), von Franqué (Giessen), Opitz (Düsseldorf).

— Es sei notiert, dass der Entdecker des Nordpols Dr. Cook ein Arzt ist.

— Reutlingen. Durch Ministerialerlass vom 2. Aug. ist die Feuerbestattung hier genehmigt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).

	Erkrankt u. gestorben.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
	vom 13. bis zum 19. Sept.		
St. Petersburg mit den Vorstädten	256 (99)	5437 (2074)	16. Mai
Stadt Kronstadt	— (—)	104 (47)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	44 (37)	1211 (645)	27. Mai
» Archangelsk	7 (3)	717 (362)	13. Juni
» Wologda	1 (—)	618 (348)	19. Juli
Gouv. Estland	3 (1)	40 (23)	5. Juli
» Livland	16 (9)	289 (150)	16. Juni
Stadt Grodno	9 (5)	10 (6)	6. Sept.
Gouv. Witebsk	40 (13)	3172 (1202)	16. Juni
» Twer	23 (15)	595 (267)	29. »
» Jaroslaw	56 (42)	801 (421)	24. »
» Kostroma	40 (15)	288 (119)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	34 (9)	169 (76)	30. »
» Simbirsk	3 (3)	5 (4)	10. Sept.
» Ssamara	60 (32)	173 (94)	4. Aug.
» Ssaratow	3 (—)	17 (11)	4. »
» Astrachan	4 (4)	15 (11)	27. »
Stadt Baku	1 (—)	1 (—)	16. Sept.
Gouv. Moskau	1 (—)	20 (9)	25. Juni
» Pskow	9 (1)	420 (165)	28. »
» Rjasan	2 (4)	80 (50)	23. »
» Wladimir	7 (6)	16 (12)	25. April
» Kiew	17 (5)	52 (15)	22. Aug.
» Poltawa	13 (4)	157 (79)	28. Juli
Stadt Wladiwostok	20 (13)	47 (25)	4. Sept.

— **Die Cholera in St. Petersburg**;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 16. Sept.	des 17. Sept.	31	18	28	354
» 17. »	» 18. »	31	12	18	355
» 18. »	» 19. »	43	16	19	363
» 19. »	» 20. »	27	14	24	352
» 20. »	» 21. »	38	16	22	352
» 22. »	» 23. »	37	13	23	353

Seit dem Beginn der Epidemie sind 15895 Personen erkrankt, 6143 gestorben und 9389 genesen.

— **An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg** in der Woche vom 30. Aug. bis 5. Sept. 1909 580 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 24, Typhus exanthem. 16, Febris recurrens 9, Pocken 6, Windpocken 10, Masern 51, Scharlach 67, Diphtherie 75, Cholera 186, acut. Magen-Darmkatarrh 98, an anderen Infectionskrankheiten 38.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern** betrug in derselben Woche 10905. Darunter Typhus abdominalis 226, Typhus exanth. 54, Febris recurrens 29, Scharlach 229, Masern 52, Diphtherie 171, Pocken 71, Windpocken 3, Milzbrand 0, Cholera 319, crupöse Pneumonie 82, Tuberculose 331, Influenza 142, Erysipel 107, Keuchhusten 13, Hautkrankheiten 66, Lepra 0, Syphilis 468, venerische Krankheiten 427, acute Erkrankungen 1859, chronische Krankheiten 1287, chirurgische Krankheiten 1377, Geisteskrankheiten 3277, gynäkologische Krankheiten 198, Krankheiten des Wochenbetts 74, Hydrophobie 0, Lyssa 0, verschiedene andere Krankheiten 43.

— **Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg** betrug in derselben Woche 792 + 36 Totgeborene + 43 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 3, Typhus exanth. 3, Febris recurr. 1, Pocken 4, Masern 11, Scharlach 21, Diphtherie 14, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 17, katarrhalische Pneumonie 48, Erysipelas 9, Influenza 7, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 4, Cholera 112, Magen-Darmkatarrh 62, andere Magen- und Darmerkrankungen 76, Alcoholismus 10, angeborene Schwäche 44, Marasmus senilis 21, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 199.

— **Pest.** Aegypten. Vom 23. Aug. bis zum 3. Sept. wurden 6 neue Erkrankungen an der Pest gemeldet. Marokko. Die Pest in Casablanca gilt für erloschen. Britisch-Ostindien. Vom 1. bis 7. Aug. wurden in ganz Indien 1287 Erkrankungen und 938 Todesfälle an der Pest angezeigt. Japan. Auf Formosa sind von Anfang Januar bis Ende Juni d. J. 1015 Personen an der Pest erkrankt und 836 gestorben.

— **Cholera.** Britisch-Ostindien. In Kalkutta starben vom 1. bis 7. Aug. 7 Personen an der Cholera. Niederlande. In Rotterdam sind vom 20. bis 31. Aug. 10 Personen, darunter 7 Kinder, an der Cholera gestorben, 15 Cholerakranke und 2 Choleraverdächtige lagen noch am 31. Aug. im Krankenhause.

— In Pokallna (Kreis Heydekrug) sind zwei Cholerafälle vorgekommen. Es handelt sich um einen von Russland zurückgekehrten Flösser und seine Frau. Der Mann ist gestorben.

— **Moskau.** Der Verein russischer Aerzte in Moskau beabsichtigte im October c. das 50-jährige Jubiläum seines Bestehens zu feiern. Bis jetzt ist aber noch keine diesbezügliche Genehmigung eingelaufen, sodass vermutlich die Feier auf das nächste Jahr wird verschoben werden müssen.

— **Paris.** Der Marineminister hat an alle Häfen und an alle Geschwader-Chefs folgendes Telegramm verschickt: Im Falle das Ihnen unterstellte Personal nachgewiesene Choleraerkrankungen aufweisen sollte, haben Sie mich telegraphisch davon zu benachrichtigen.

Das Pasteur-Institut hat ein specifisches Serum erfunden, das mit Erfolg während der letzten Epidemie in Petersburg geprüft wurde und ich habe verfügt, dass dieses Serum in der Marine angewendet werden soll. Da aber das Pasteur-Institut nur geringe Quantitäten davon besitzt, wird nach Empfang eines an mich gerichteten Telegrammes, ein Mitglied des Pasteur-Institutes sich an den Erkrankungsort begeben um dort selbst die Application des neuen Serums vorzunehmen.

— **Bad Nauheim.** Am 20. d. M. wurde der 30000-ste Kurgast amtlich eingetragen, während diese Ziffer im Vorjahre erst am 23. October verzeichnet wurde. Am 22. d. M. wies die Frequenz ein Mehr von 982 Personen gegen den gleichen Tag des Vorjahres auf. Die officielle Verlängerung der Cur bis zum 15. October führt täglich noch zahlreiche Gäste herbei, welche noch eine volle Cur gebrauchen, da die Badehäuser und Lesezimmer auch den Winter über geöffnet bleiben, nur dass nach dem 15. October die grossen gesellschaftlichen Veranstaltungen, wie Concerte, Theater und Tanzreunions eingestellt werden. Es gibt aber eine grosse Zahl von Herbst-Curgästen, namentlich aus den Grossstädten, welche auf gesellschaftliche Zerstreuung keinen Wert legen, sondern lediglich ihrer Gesundheit wegen die heilkräftigen Bäder aufsuchen, um gestärkt und gekräftigt die Attacken des Winters auf die Gesundheit besser zu überstehen. Am 1. October wird mit dem Prachtbau der neuen Colonnaden mit grossartigem Café begonnen, sodass bereits im nächsten Frühjahr das Bad um eine den neuen Badehäusern sich ebenbürtig an die Seite stellende Sehenswürdigkeit vermehrt sein wird.

— **Dresden.** Im Jahre 1911 findet hier unter dem Protectorat S. M. des Königs von Sachsen eine **Internationale Hygiene-Ausstellung** statt, um die gewaltigen Errungenschaften der modernen Hygiene in Form einer umfassenden Gesamtdarstellung der Fachwelt und der Allgemeinheit vorzuführen. Der Vorsitzende des Directoriums ist Geh. Kommerzienrat Lingner, stellvertretender Vorsitzender Prof. Dr. Renk in Dresden.

— **Nekrolog.** Gestorben ist: Prof. Dr. Katz, Ohrenarzt in Berlin, im Alter vom 60 Jahren.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 29. Sept. 1909.

Tagesordnung: 1) Dr. E. Giese und Dr. Hesse: Demonstration eines Falles von Hypophysentumor mit Akromegalie.
2) Dr. E. Schmidt: Ueber cutane Tuberculinprobe und Stichreaction.
3) Dr. Hesse: Ueber die tabischen Affectionen des Hüftgelenkes.
4) Dr. A. Feldt: Ein operativ geheilter otitischer Schläfenlappenabscess (Krankendemonstration).

— **Am 13. October:** Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Oct. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen im August 1909.

— Ich verreise und werde bis auf weiteres von H. Dr. med. F. Holzinger vertreten: Was. Ostrow 2. Linie 35. Telephon 291—43.

F. Dörbeck.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 40 St. Petersburg, den 3. (16.) October 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea.

Von

Dr. W. Greiffenhagen in Reval.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztetage in Dorpat.

M. H.! Es gereicht mir zur besonderen Ehre heute zu Ihnen über ein Thema sprechen zu dürfen, welches kaum irgendwo anders mehr als in unserer altehrwürdigen Universitätstadt Dorpat wissenschaftlich begründet, gefördert und bis zu einem gewissen Abschluss gebracht worden ist. Ist es doch speciell das Verdienst unseres unvergesslichen Eduard v. Wahl [1]) und seiner Mitarbeiter und Schüler — Zoege v. Manteuffel [2]), v. Samson [3]), Kader [4]), Kiwull [5]), v. Bergmann [6]), Brehm [7]) — sowie seines Nachfolgers Koch [8]) und dessen Schüler v. Budberg, die Frage der Entstehung des Volvulus der Flexura sigmoidea, dessen topische Semiotik und dessen rationelle Therapie durch zahlreiche entwicklungsgeschichtliche, pathologisch-anatomische, experimentelle und klinische Studien in einer Reihe wissenschaftlicher Abhandlungen erörtert und geklärt zu haben. Wenn trotzdem und trotz aller Arbeit, die in der ganzen wissenschaftlichen Welt geleistet wurde — ich erinnere nur an die Arbeiten von Curschmann [1]), Naukyn [2]), Schlange [3]), Roux [4]), Obalinski [5]), Kocher [6]), v. Eiselsberg [7]), Kuhn [8]) — wenn trotzdem auch auf diesem Gebiete noch nicht in jeder Beziehung Einigkeit unter den Therapeuten und Chirurgen herrscht, wenn gerade im letzten Decennium Stimmen laut geworden sind, welche sich für expectative resp. arzneiliche Behandlung aussprechen, wenn selbst im Lager der Chirurgen Meinungsverschiedenheiten über die zweckmässigste operative Behandlung obwalten, so ist m. H. jeder Versuch gerechtfertigt, zur Klärung der divergierenden Anschauungen ein Scherflein beizutragen. Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, Ihnen ein wenn auch nur kurzes Gesamtbild der Aetiologie, pathologischer Anatomie, Diagnostik und Therapie der Achsendrehungen des S. romanum zu entwerfen. Das Alles ist Jedermann unter uns geläufig und wer sich für Specialfragen interessiert, findet in den ausgezeichneten Monographien der neueren Literatur reichliches Material. Insbesondere wird die umfassende und vorzügliche Bearbeitung der Ileusfrage durch Wilms in der Deutschen Chirurgie jedem auf diesem Gebiete

---

[1]) v. Wahl. Ueber die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation und Achsendrehung. Centralblatt für Chirurgie. 1889. Nr. 9, pag. 153.

[2]) Zoege v. Manteuffel, W. Zur Diagnose und Therapie des Ileus. Archiv f. klin. Chir. Bd. 41.

[3]) v. Samson, C. Einiges über den Darm, insbesondere die Flexura sigmoidea. Arch. f. kl. Chir. Bd. 44, pg. 146 u. 386.

[4]) Kader, B. Ein experimenteller-Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion. Diss. Dorpat. 1891.

[5]) Kiwull, E. Zur Diagnose des Volvulus der Flexura sigm. Mitt. a. d. Grenzgebiete. Bd. 10, pg. 105.

[6]) v. Bergmann, A. Zur Diagnose und Behandlung der Darmocclusion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 61, pg. 885.

[7]) Brehm. Ueber die Mesenterialschrumpfung und ihre Beziehungen zum Volvulus der Flex. sigmoidea. Arch. f. klin. Chir. Bd. 70, pg. 267.

[8]) Koch, W. u. R. Budberg-Boenninghausen. Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 42. pg. 340.

---

[1]) Curschmann. Der Ileus und seine Behandlung Congress für innere Medicin. Wiesb. 1889.

[2]) Naukyn. Ueber Ileus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. Band 1, page 98.

[3]) Schlange. Zur Ileusfrage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 39, pg. 479.

[4]) Roux. Zur Verhütung des Recidivs bei Volvulus. Zeitschr. f. Chr. 1894. Nr. 37.

[5]) Obalinski. Ueber Laparatomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Fälle. Arch. f. klin. Chir. Bd. 48.

[6]) Kocher. Mitt. a. d. Grenzgebiet. Bd. 4., pg. 195.

[7]) v. Eiselsberg. Zur Radicaloperation des Volvulus etc. Deutsche medic. Wochenschrift. 1899. Nr. 49.

[8]) Kuhn. Ueber Volvulus der Flex. sig. Beiträge z. klin. Chir. 1902. Bd. 36.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Forschenden eine schier unerschöpfliche Fundgrube bieten und als zuverlässiger Berater in allen einschlägigen Fragen dienen können.

Drei Fragen scheinen mir von principieller Bedeutung für die Stellungnahme gegenüber der Therapie zu sein. Erstens die Frage nach der Aetiologie der Achsendrehungen, zweitens und drittens die sich daraus ergebenden Fragen nach der Möglichkeit einer Spontanheilung und der Häufigkeit etwaiger Recidive trotz gelungener Detorsion.

Bekanntlich herrscht augenblicklich die Meinung vor, dass sowohl angeborene Länge des S. romanum und angeborene Lageabnormitäten, als auch chronisch verlaufende Entzündungsprocesse im Mesenterium als erste Ursache der Achsendrehung anzusprechen seien. Sowohl die sogen. physiologische Achsendrehung um 90—180°, bei welcher in der Regel der Colonschenkel vorgelagert ist, ohne dass irgend ein Passagehindernis besteht, als auch die Peritonitis chron. mesenter. (Virchow) die Perisigmoiditis Riedels [1]) können Veranlassung geben zur Annäherung der Fusspuncte der Flexur. Ist dieses Ereignis erst einmal eingetreten, dann bedarf es nur eines geringen äusseren Anstosses, um die Drehung der kot- oder gasgefüllten Darmschenkel derart zu steigern, dass die Achsendrehung complet und die Passage aufgehoben wird. Dauert dieser Zustand weiter an, so schliesst sich daran das Bild der Abknickung der Mesenterialgefässe mit deren Folgen, dem localen Meteorismus, der Ernährungsstörung der Darmwand bis zur Perforation bzw. bis zum Tode durch Autointoxication. Wenn ich nun persönlich Stellung nehmen soll zur Frage der Aetiologie, so muss ich bekennen, dass mir die von Virchow [2]), Riedel, Graser [3]) etc. auch von unserem verehrten Vorsitzer v. Bergmann in der Brehmschen Arbeit vertretene Anschauung, als handle es sich in der Regel um primäre entzündliche Veränderungen im Mesenterialgebiete des S. romanum durch meine eignen Erfahrungen nicht ohne Weiteres bestätigt worden ist. Zwar kann ich die Tatsache nicht leugnen, dass sich auch in allen meinen Fällen chronisch-entzündliche Veränderungen — teils strahlige Narben, teils flächenhafte Verwachsungen im Mesosigmoideum vorfanden, aber ich halte es im Hinblick auf die anamnestischen Angaben meiner Kranken nicht für bewiesen, dass die ersten klinischen Symptome unbedingt als Ausdruck eines primären chronischen Entzündungsprocesses aufgefasst werden müssen, stehe vielmehr unter dem Eindruck, dass der Narbenbefund im Mesenterium der Flexur sich zwanglos als Folgeerscheinung mehrfach überstandener Anfälle von Achsendrehungen leichteren Grades erklären lässt. Diese letzteren aber sind bedingt durch angeborene abnorme Länge resp. Lage der Dickdarmschenkel. Es ist mir noch kein Volvuluspatient in Behandlung gekommen, der nicht spontan oder auf Befragen angegeben hätte, ähnliche Krankheitserscheinungen seien schon früher ein Mal oder wiederholt von ihm beobachtet worden, seien aber von selbst oder nach entsprechender ärztlicher Behandlung zurückgegangen. Nun können die anamnestischen Angaben allerdings auch als Symptome des chronisch-entzündlichen Schrumpfungsprocesses gedeutet werden wie es Riedel, v. Bergmann und A. tun. Die Möglichkeit einer primären Mesenterialerkrankung kann ich natürlich nicht leugnen, zumal da Fälle publiciert worden sind, wo es zu ileusartigen Erscheinungen mit letalem Ausgang kam, ohne dass die Obduction eine Achsendrehung aufdeckte sondern nur eine abnorme Annäherung der Schenkelfusspuncte mit Verengerung des Darmlumens und allen sich daraus ergebenden Consequenzen.

Immerhin scheint mir für viele Fälle, namentlich bei uns zu Lande, die abnorme Länge der Flexur die prima causa, die durch wiederholte spontan ausheilende Achsendrehungen verursachte Mesosigmoiditis dagegen secundären Ursprungs zu sein. Ich glaube aus meiner Erfahrung um so mehr dieser mechanischen Aetiologie beipflichten zu müssen, als ich in meinen Fällen kein einziges Mal eine excessive Annäherung, Fixation und Verengerung der Darmlumina am Fusspuncte der Schlingenschenkel beobachtet habe; immer handelte es sich um eine relative Verkürzung, bzw. Verschmälerung des Mesosigma, um Narbenbildungen mässigen Grades und die Darmlumina wiesen nach der Retorsion niemals einen bedrohlichen Grad der Verengerung auf. — Befunde, wie ich sie auch in der Kiwullschen Arbeit finde, nur dass dieser Autor mehrfach ausdrücklich erwähnt, dass keinerlei Narben im Mesenterium zu finden waren. — Es erscheint mir daher die Frage nach der Aetiologie noch nicht einwandfrei beantwortet zu sein, wenigstens herrscht unter den Autoren bezüglich der Aetiologie nicht die Einigkeit wie hinsichtlich der beiden letzten zu erörternden Fragen: der spontanen Heilbarkeit und der Recidivfähigkeit des Volvulus der Flexur. — Eine ganze Reihe von Autoren — ich nenne nur: Obalinski, von Bergmann, v. Eiselsberg, Steinthal, Schloffer, Sklifassowski, Philipowicz, Lanz—sind in der Lage gewesen, wegen Volvulus-Recidiv zu laparotomieren; Foote, Küster, Roux [1]) haben dreimal am selben Kranken operieren müssen. Ich selbst habe eine junge Frau ebenfalls dreimal innerhalb dreier Jahre operieren müssen. Das erste Mal Detorsion, das zweite Mal Detorsion + Colopexie, trotzdem nach 2 Jahren wiederum Volvulus. Bei der dritten Operation fand sich die Flexur vollständig frei im Bauchraume, nur die kleinen Narben liessen sich am Peritoneum parietale und an der Darmserosa nachweisen. Seit der nun ausgeführten Resection und circulären Darmnaht ist Patientin dauernd genesen. Ueber die Möglichkeit eines Recidivs bei solchen Kranken, deren Volvulus durch die Operation bestätigt und behoben wurde und über dessen relativ häufiges Vorkommen besteht mithin kein Zweifel. Für mich gibt es aber auch bezüglich der dritten und letzten Frage keinen Zweifel: auch die spontane Rückdrehung, die Heilbarkeit leichter Volvulusanfälle ohne operativen Eingriff scheint mir ausser Frage zu stehen. Jedem Chirurgen werden wohl Fälle bekannt sein, wo die schon oben erwähnten anamnestischen Angaben der Patientin mit grosser Wahrscheinlichkeit auf wiederholte spontan ausgeheilte Achsendrehungen hinweisen. Unter meinen 16 Fällen erlaube ich mir einen in dieser Hinsicht typischen, kurz hervorzuheben. Der 45-jährige Bauer H. S. hatte im Verlauf des Jahres 1904 zweimal Attacken von absoluter Gas- und Kotsperre durchgemacht, mit Auftreibung des Leibes, heftigen Leibschmerzen und starkem Erbrechen. Diese ganz acut einsetzenden Anfälle sind vom landischen Arzt beide Male erfolgreich mit Morph.-Atropininjectionen behandelt worden. Im August 1904 wird Patient in die Revaler Privatklinik unter den klassischen Zeichen des Volvulus der Flexur eingeliefert. Die sofortige Laparotomie und Detorsion führt zur Heilung. Im October desselben und im März des darauf folgenden Jahres 1905 wird Patient wiederum mit Ileussymptomen in die Klinik aufgenommen. Beide Male habe ich nicht operiert,

[1]) Riedel. Ileus infolge von etwas ungewöhnlichen Strangbildungen etc. Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 2, 1897. Archiv f. kl. Chir. Bd. 47, pg. 153. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1898, pg. 360.

[2]) Virchows Archiv. V. pg. 335.

[3]) Graser. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1899, pg. 480.

[1]) Citiert nach Wilms. Deutsche Chirurgie. Der Ileus. 1906, pg. 626.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

weil die Symptome nicht so acut und stürmisch eingesetzt hatten und die klinischen Erscheinungen milde erschienen.

Beide Male trat nach Atropininjectionen innerhalb 24 Stunden der gewünschte Erfolg ein. Schon im April desselben Jahres wurde der Kranke abermals mit der Diagnose Volvulus in die Klinik aufgenommen, diesmal leider in moribundem Zustande. Nach wenigen Stunden — natürlich wurde nicht mehr operiert — trat der Exitus ein. Die Obduction ergab Volvulus der Flexur, Gangrän, Perforationsperitonitis. Weder bei der ersten Operation, noch bei der Section waren ausser strahligen Narben im Mesenterium die von Riedel und A. beschriebene hochgradige Veränderung an Mesosigma und Darmschenkeln nachweisbar. Auch aus der Anamnese liessen sich chronische Verdauungsstörungen nicht herausexaminieren; erst im Februar 1904 wurde der erste Anfall beobachtet, bald darauf der zweite, Anfälle, die ich als Achsendrehungen deutete und deren Folgen sich am 17. VIII. bei der Operation als strahlige Narben im Mesosigma documentierten. Dass es sich bei den im October und März der Operation folgenden Attacken ebenfalls um Achsendrehungen gehandelt hat, unterliegt für mich keinem Zweifel, da sie sich in nichts — ausser in der Intensität, von dem durch die Operation bestätigten Anfall unterschieden und endlich konnte auch noch der Beweis post mortem erbracht werden.

Dieser Fall bestätigt wiederum die schon von vielen Autoren beobachtete Tatsache, dass das torquierte S. romanum sich spontan zurückdrehen kann, wenn der Kranke unter Bedingungen gesetzt wird, welche eine Retorsion begünstigen und dazu gehört in erster Linie die Behandlung mit Atropin

Bekanntlich ist im letzten Decennium durch Batsch[1]) die schon früher angeblich erfolgreiche Atropinbehandlung wiederum angeregt und von zahlreichen Beobachtern aufs wärmste befürwortet worden. Mir scheint, nach meiner eigenen Erfahrung mit Recht. Ich glaube in der Tat, dass wir im Atropin ein Mittel besitzen, das wie kein anders geeignet ist bei allen Formen von Ileus, wenigstens den günstigen Einfluss auszuüben, dass die spastischen Erscheinungen und die dadurch bedingten reflectorischen Reizsymptome am erfolgreichsten bekämpft werden, ein Mittel, welches in erster Linie das Allgemeinbefinden, insbesondere den Schmerz und das Erbrechen günstig beeinflusst und — wenigstens nach meinen persönlichen Eindrücken — unzweifelhaft auf die Circulation in den Darm- und Mesenterialgefässen in günstigem Sinne einwirkt. Ich glaube nicht das Opfer einer Täuschung zu sein und nicht voreingenommen zu urteilen, wenn ich seit der systematischen Vorbehandlung mit Atropin bei der Operation einen besseren Status viscerum, eine bessere Durchblutung der Darmgefässe gefunden zu haben meine und meine therapeutischen Erfolge bei der Operation sprechen entschieden zu Gunsten der ausgiebigen Anwendung gründlicher Atropindosen, etwa alle 8—9 Stunden 1—3 Milligramm (0,001—0,003) am besten in Combination mit Morphium, weil dadurch die Vergiftungserscheinungen ausbleiben oder auf ein Minium reduciert werden. Ich könnte noch manche klinische Belege für die Wirksamkeit der Atropininjectionen mitteilen, verzichte aber darauf, um nicht mit Casuistik zu ermüden.

Wenn wir nun auch im Atropin ein unentbehrliches therapeutisches Mittel bei der Behandlung der verschiedenen Ileusformen besitzen, so kann ihm selbstverständlich nicht das Prädikat einer Panacee zugesprochen werden. Besteht schon eine voll ausgesprochene Achsendrehung um mehr als 180° Grad, haben sich schon deutliche Zeichen von Circulationsstörungen entwickelt, dann kann auch Atropin nicht mehr helfen, dann muss operiert werden. Wie aber soll man operieren? Genügt die Detorsion allein, genügt die von Riedel vorgeschlagene Spaltung der Mesenterialnarben, oder muss nach Braun[1]) oder Roux die Colopexie gemacht, soll nach dem Vorschlage Schulténs[2]) und A. v. Bergmanns[3]) eine Enteroanastomose zwischen Coecum oder Ileum und Rectalschenkel der Flexur ausgeführt, soll die Flexur reseciert und ein Anus praeternaturalis angelegt werden, wie Zoege v. Manteuffel es zuerst mit Erfolg getan, oder soll der Resection nach Koch die circuläre Darmnaht folgen?

Sie wissen, m. H., dass jede dieser Operationsmethoden ihre Verfechter, jede ihre Indicationen hat und dass sich die oben gestellte Frage, wie wir operieren sollen, nur von Fall zu Fall beantworten lässt. — Dass eine absolut gangränöse Flexur exidiert werden muss ist selbstverständlich, und dass die Detorsion unter allen Eingriffen der schonendste und am wenigsten zeitraubende ist, bedarf keines weiteren Beweises. Zwischen diesen beiden Extremen liegt aber eine Reihe von Fällen; in denen dem Chirurgen die Beantwortung der Frage, in welcher Weise er operieren soll, schwer fallen kann. Wer, wie z. B. Kiwull, so ausgezeichnete Operations- und wie es scheint auch Dauerresultate mit der Detorsion erreicht hat, — es sind die besten, die je erzielt worden sind — wird sie voraussichtlich auch weiterhin üben. Wer aber, wie Roux, Küster, Foote, v. Eiselsberg, Obolinski, Lanz und ich mehrfache Recidive nach der Detorsion, ja auch nach der exact ausgeführten Colopexie erlebt hat, wird zugeben müssen, dass die Methode der Detorsion unzulänglich ist, und wenn Baer unter 32 Todesfällen infolge von Volvulus der Flexur allein 7 anführt, in denen der Exitus nach gelungener Detorsion an Recidiv erfolgt ist, so sind das meines Erachtens entmutigende Daten, die nicht zu Gunsten dieser sonst so einfachen Operation sprechen. Daher hat unser verehrter Vorsitzer v. Bergmann auf dem Chirurgencongress 1900 vorgeschlagen, nach erfolgter Detorsion eine Anastomose zwischen Coecum und flexura mittelst Murphyknopfs anzulegen, welche nicht allein die sofortige Entlastung des geblähten Colon garantiert, sondern auch für die Zukunft eine dauernde Communication schafft und damit einem Recidiv vorbeugen soll. v. Bergmanns 5 so operierte Fälle, sind bis zum Zeitpunct der Publication recidivfrei geblieben. Ich halte diese Methode für einen wesentlichen Fortschritt in der operativen Behandlung des Volvulus und glaube in der Tat, dass in einer ganzen Anzahl von Fällen nicht allein der Indicatio vitalis genügt wird, sondern auch Recidive zu den Seltenheiten gehören werden. — Allein vom theoretischen Standpuncte aus ist auch die Entero-Anastomose nicht einwandsfrei, denn so lange der Kranke seine abnorm lange Flexur noch in sich trägt, so lange die Fusspuncte ihrer Schenkel einander abnorm genähert sind, so lange besteht auch die Möglichkeit einer eventuellen Achsendrehung mit allen ihren Consequenzen. — Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn man allen Indicationen genügen will, es nur ein radicales Operationsmittel gibt, die von Koch zuerst mit bestem Erfolg ausgeführte Exstirpation resp. Resection der torquierten Flexura sigmoidea mit nachfolgender Darmnaht, und es fehlt nicht an Stimmen, welche sich energisch für dieselbe aussprechen, — ich nenne nur Cursch-

[1]) Batsch. Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münchener medic. Wochenschr. 1899. Nr. 45 u. 51. 1900. Nr. 27.

[1]) Braun. Ueber die operative Behandlung der Achsendrehungen der Flexura sigm. Archiv. f. klin. Chir. 1892. Bd. 43.
[2]) af Schultén cit. nach Wilms, pag. CIV.
[3]) A. v. Bergmann. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1900. 29 Congress.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

mann, Obolinski, Koch, v. Budberg, v. Eiselsberg und Lanz [1]). Auch Brehm, fussend auf dem v. Bergmannschen Material, sagt in seiner Arbeit über die Mesenterialschrumpfung: „Die eigentlich radicale und ideale Behandlungsmethode ist natürlich die Resection, denn wenn die Ansichten Kochs und v. Budbergs richtig sind, dass die congenital abnorme Beschaffenheit der Flexur das Grundübel ist, so schafft nur die Resection völlige Garantie für die Dauerheilung". — Brehm hat aber offenbar die Resection als Intervalloperation im Auge, denn er sagt ausdrücklich, dass in der Regel die Versuche am Widerstande der Patienten scheitern werden, welche nur, wenn es ihnen bereits ganz schlecht geht, d. h. in dem für die Operation ungünstigen Stadium der acuten Occlusion, für einen Eingriff zu haben sind, eine Anschauung, die von vielen Autoren bestätigt wird.

Meine eigenen Erfahrungen geben mir nun, glaube ich, das Recht eine Lanze zu brechen für die Resection der gesamten torquierten Flexur — auch im acuten Occlusionsstadium. Ich habe im Ganzen 14 Fälle von Volvulus des S romanum während der acuten Occlusion zu operieren Gelegenheit gehabt; unter diesen habe ich 5 Mal die Detorsion, mit einem Todesfall, 8 Mal die Resection und sofortige circuläre Darmnaht mit 3 Todesfällen, ausgeführt. In einem weiteren Falle, der unglücklich verlief, habe ich nach Resection der total necrotischen Flexur bei schon voll ausgebildeter Perforationsperitonitis den Rectalschenkel nach Häckel [2]) versorgt und einen Anus praeternaturalis angelegt. Ausserdem habe ich 2 Mal die Flexur wegen chronisch recidivierender Achsendrehungen im Intervall operiert, das eine Mal leider mit ungünstigem Ausgange.

Der Fall betraf einen jungen Mann von 26 Jahren, der über periodisch wiederkehrende heftige Schmerzanfälle im Leibe, verbunden mit Meteorismus und Erbrechen, Kot- und Gassperre klagte. Die Diagnose schwankte zwischen Perigastritis, Appendicitis und Volvulus. Die Probelaparotomie ergab abnorme Länge der Flexur mit den charakteristischen Narben im Mesenterium. Die Resection der Flexur mit Murphyanastomose verlief anfangs tadellos. Am 8. Tage wegen Obstipation Klysma von $1^1/_2$ Litern, danach plötzlich Symptome von Beckenperitonitis. Exitus nach 48 Stunden. Die Section ergab eine kleine Perforation an der Anastamosenstelle, hervorgerufen durch mangelhafte Adaption beider Knopfhälften. Ich hatte in Ermangelung einer besseren Prothese einen reparierten Knopf benutzt, dessen Federverschluss nicht dicht gehalten hatte. Seit dieser traurigen Erfahrung habe ich nie mehr einen schon gebrauchten Knopf benutzt, wie ich es früher wiederholt ohne den geringsten Nachteil getan hatte. Die End - zu - Endvereinigung habe ich seitdem am Dickdarm nur mit circulärer Darmnaht ausgeführt. — Der zweite im Intervall operierte Fall betraf einen 36-jährigen Mann mit chronisch recidivierender Appendicitis, die à froid operiert werden sollte. Am Abend vor der Operation plötzlich Leibschmerzen, localer Meteorismus der linken Bauchseite, aber kein Erbrechen. Spontaner Nachlass der Beschwerden im Laufe der Nacht unter Wärmeapplication. — Am folgenden Tage Laparotomie in der Mittellinie, weil sich der Verdacht auf Beteiligung der Flexur regte. Tatsächlich fand sich eine abnorm grosse, noch stark geblähte, lebhaft injicierte Flexura sigmoidea wiederum mit charakteristischen Narben, aber ohne Achsendrehung. Es wurde zunächst die Resection der Flexur mit circulärer Darmnaht ausgeführt und sofort daran die Appendectomie geschlossen. Patient überstand den doppelten Eingriff gut und ist seitdem gesund. Erst nach der Operation gab er an, schon mehrfach ähnliche Attacken überstanden zu haben.

Ueberblicke ich mein eigenes Material, so ergibt sich auf im Ganzen 14 während des acuten Occlusionstadiums operierte Volvulusfälle mit 5 Todesfällen eine Gesamtmortalität von 35,7 % oder 64,3 % Heilungen, davon entfallen 5 Fälle auf die Detorsion mit 1 Todesfall = 20 % Mortalität oder 80 % Heilungen, — 8 Fälle auf die primäre Resection mit sofortiger Darmnaht, mit 3 Todesfällen = 37 % Mortalität oder 63 % Heilungen. Unter diesen befinden sich 2 Fälle von Gangrän der Flexur, aber noch ohne Perforation; einer von diesen auch noch mit Lähmung des übrigen Colon. Wenn ich diese beiden Fälle in Abzug bringe, so verbleiben 6 Fälle, bei denen die Flexur so weit gut erhalten war, dass man auch die einfache Detorsion hätte machen können. Von diesen 6 Resectionsfällen ist einer gestorben, nicht an Peritonitis, sondern an Autointoxication, wie die Section ergab. Fünf sind glatt genesen, was eine Mortalität von 16,6 % oder 83,4 % Heilungen entspricht.

M. H.! Diese Zahlen sprechen eine beredte Sprache. Kuhn fand — ich citiere die statistischen Daten nach Wilms — unter 57 Detorsionsfällen 57,9 %, unter 20 Resectionsfällen 55 % Heilungen und Wilms berechnet nach Abzug aller Todesfälle, die sich infolge verschiedener Complicationen ereigneten, auf 107 Volvulusfälle 70 % Heilungen oder 30 % Mortalität. Die günstigsten Resultate, die mir aus der Literatur bekannt sind, erreichte Kiwull, der unter 8 Fällen 7 Mal — 87,5 % Heilungen erzielte; freilich ist er in der glücklichen Lage gewesen 3 Mal am ersten, 3 Mal am zweiten und 1 Mal am 3. Tage — d. h. also früh — operieren zu können. In allen diesen Fällen wurde die Detorsion ausgeführt. Zwischen den günstigen Resultaten Kiwulls mit der Detorsion und meinen Resectionsergebnissen besteht mithin eine Differenz von nur 4 %. Ich darf nun nicht verhehlen, dass einer meiner Resectionsfälle nach Abschluss dieser Arbeit $1^3/_4$ Jahre nach der Operation von College Dr. R. v. Wistinghausen in meiner Abwesenheit nochmals hat operiert werden müssen. Es hatte sich an der Resectionsstelle eine Stenose gebildet, die zur Anlegung einer Anastomose zwischen Ileum und Rectum zwang. Dieser Fall beweist, dass auch die Resection nicht einwandsfrei ist und unter Umständen zu verhängnisvollen Folgen führen kann und zwar dann, wenn die circuläre Darmnaht unter ungünstigen Umständen — namentlich bei Ungleichheit beider Darmlumina, bezw. unter starker Zerrung der Naht — hat angelegt werden müssen. Die übrigen 5 Fälle sind, so weit ich es habe in Erfahrung bringen können, dauernd genesen.

Wenn es also gelingen sollte mit der Resection dieselben primären Heilungsresultate zu erzielen, wie mit der Detorsion, so liegt der Vorteil der Resection für den Kranken in der Wahrscheinlichkeit der dauernden Genesung; jedenfalls sind Recidive des Volvulus völlig ausgeschlossen. Aufgabe der Technik wird es sein Ereignisse wie Stenosenbildung zu verhindern, ohne deshalb die Resection aufzugeben; ob aber hierbei der Koch-Budbergsche Vorschlag der Interposition eines Dünndarmstückes sich bewähren sollte, woran ich allerdings zweifle, wird die Zukunft lehren.

Bezüglich der Technik möchte ich kurz erwähnen, dass seit 8 Jahren alle Ileusfälle von mir energisch mit Atropin vorbehandelt werden, dass ich bei alten decripiden Leuten unter Morphium - Skopolamin - Lumbal oder

[1]) Lanz. Lehrbuch der Chir. v. Wullstein u. Wilms pg. 166.

[2]) Häckel. Ueber Volvulus des S romanum. Verh. der deutsch. Ges. f. Chir. 1898.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lokolanästhesie, bei sonst Gesunden unter Allgemeinnarcose, nach vorausgeschickter Morph. Skopol. inj. ein Beckenhochlage operiert habe. Nach breiter Eröffnung des Leibes habe ich die prallgefüllte Flexur zunächst durch Punction, meist durch Schnitt, eröffnet und entleert, dann detorquiert, reseciert, 3etagig circulär vernäht, das während der Operation eingeführte Dauer — Darmrohr unter Controlle der Hand bis zur Flexura coli lienalis eingeführt und die Bauchwunde stets völlig geschlossen.

Zum Schluss erlaube ich mir meine Stellung zur Frage der Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea folgendermassen zu skizzieren:

1) Die Hauptursache der Achsendrehungen des S romanum ist in angeborenen Abnormitäten zu suchen.

2) In jedem frischen Fall von Volvulus sollten grosse Atropindosen versucht werden, ehe man zur Operation schreitet, doch dürfen diese Versuche nicht länger als 6—12 Stunden fortgesezt werden.

3) Bei ausgesprochener Gangrän soll der Resection die Anlegung eines Anus praeternaturalis nach Zoege v. Manteuffel folgen, eventuell mit Tamponade des Rectumstumpfes nach Haeckel. — Erweisen sich nach vollführter Resection die Darmenden als gut ernährt und genügend mobil, so ist der Versuch der circulären Vereinigung gerechtfertigt.

4) In denjenigen Fällen, wo ausser der Flexur auch das übrige Colon hochgradig gebläht ist oder Gangrän droht, ist nach dem Vorgange v. Bergmanns und Schulténs eine Anastomose zwischen Coecum und Ileum und Rectalschenkel der Flexur, nach vorausgeschickter Detorsion anzulegen, oder, wie ich vorschlage, nach Resection der Flexur und circulären Darmnaht eine Kotfistel am Colon zu etablieren.

5) Ist wegen Volvulus die Detorsion erfolgreich ausgeführt worden, so soll dem Kranken die Resection der Flexur im Intervall vorgeschlagen werden, da die Detorsion, auch mit Colopexie, nicht vor Recidiven schützt.

6) Die primäre Resection der abnorm langen Flexur mit nachfolgender circulärer Darmnaht nach Koch ist die einzige radicale Operationsmethode und gibt, vorausgesetzt, dass die Schlinge noch nicht gangränverdächtig ist, keine schlechtere Prognose ab, als die Detorsion.

7) Die Detorsion ist daher in allen Fällen, in denen der Allgemeinzustand des Kranken nicht schnellstes Operieren erfordert, und in denen die Darmlumina der beiden Flexurschenkel genügende Weite besitzen, gut ernährt sind und eine zuverlässige Naht gestatten durch die Resection zu ersetzen.

Referate.

Alban Köhler (Wiesbaden): Theorie einer Methode, bisher unmöglich anwendbar hohe Dosen Röntgenstrahlen in der Tiefe des Gewebes zur therapeutischen Wirksamkeit zu bringen ohne schwere Schädigung des Patienten, zugleich eine Methode des Schutzes gegen Röntgenverbrennung überhaupt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. H. 1.

Verf. proponiert zu genanntem Zweck die zu bestrahlende Gegend mit einem Metallnetz zu bedecken und aus geringer Entfernung die Strahlen einwirken zu lassen. In einer gewissen Tiefe werden wir, — was experimentell bewiesen wird, — eine vollständig gleichmässige Strahlung haben, so gleichmässig, als ob gar kein Metallnetz zwischen Röhre und tiefliegendem Gewebe vorhanden wäre. Die Haut aber wird von den Strahlen nur in den Maschen des Netzes getroffen, während die Zellen direct unter den Metallfäden des Netzes intact bleiben. Durch die Maschen des Netzes nun wird die Haut bei mehrfacher Ueberdosierung allerdings verbrannt, nekrotisch, aber sie muss in wenigen Wochen wieder heilen, da jeder nekrotische Punct von einem geschlossenen Wall gesunder Zellen und Gefässe umgeben ist. Die Methode ist leider klinisch noch nicht erprobt worden.

Hesse.

Franz M. Groedel: Die gleichzeitige Aufnahme der beiden Nieren mittelst Doppelkathodenröhren. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. H. 1.

Der Apparat besteht aus einer Stereoröhre in einem mit Bleigummistoff ausgekleideten Schutzkasten ohne Boden. Der Doppeltubus ist in eine Compressionsblende eingefügt. Der Abstand der Tuben kann durch Drehen einer Spindel zwischen 2 und 8 cm. variiert werden, so dass man verschiedene symmetrisch aber weiter auseinanderliegende Körperteile wie die Nieren, die Lungenspitzen etc. zu gleicher Zeit aufnehmen kann. Die Gesamtaufnahmezeit kann dabei um die Hälfte herabgesetzt werden.

Hesse.

Max Bachem: Die therapeutische Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 1.

Die Arbeit besteht in Anführung der auf diesem Gebiet tätig gewesenen Autoren, ihrer Arbeiten und Erfolge. Dadurch soll ein Ueberblick über den therapeutischen Wert der Röntgenstrahlen gewonnen werden. Die Arbeit bringt ein ungemein reiches Zahlenmaterial und ist äusserst übersichtlich tabellarisch geordnet.

Hesse.

Redmond: Ueber congenitale Hernien des Diaphragmas. (The Medic. Chronicle. 1909. April).

Verfasser führt 2 Fälle dieser seltenen Erkrankung an. Beim ersten Fall handelte es sich um einen 56-jährigen Mann, der eine ausgesprochene Scoliose hatte und von Kindheit auf an Atemnot und Herzklopfen litt; er starb plötzlich. Bei der Section wurde die linke Lunge vollständig collabiert gefunden, das Herz lag zum grössten Teil rechts von der Mittellinie. Die linke Thoraxhälfte war eingenommen von Organen der Bauchhöhle mit Ausnahme der Leber, der rechten Niere, des Coecum und des Colon descendens. Der Magen war mit dem Herzen und der linken Lunge verwachsen. Von der linken Hälfte des Diaphragmas waren nur schmale Streifen zurückgeblieben.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 15-jähriges Mädchen, welches an oft wiederkehrendem Erbrechen litt. Da der Magen sehr dilatiert war, wurde eine Pylorusstenose angenommen und zur Operation geschritten. Bei derselben stellte es sich heraus, dass der ganze Dünndarm, das Coecum, das Colon ascendens und transversum in der Thoraxhöhle lagen. Es gelang die verlagerten Eingeweide wieder in die Bauchhöhle zurückzubringen. Die Kranke starb bald nach der Operation. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Congenitale Hernien des Diaphragmas werden durch ein vollständiges Fehlen eines Teils des Diaphragmas bedingt, sodass gewöhnlich auf der linken Seite eine breite Communication der Brust- mit der Bauchhöhle entsteht.

2) Die Abdominalorgane gelangen gewöhnlich in der frühsten Jugend in die Brusthöhle, die ersten Symptome entstehen erst später.

3) Die gewöhnlichen Symptome sind Atemnot und Schwere nach dem Essen; zuweilen treten noch Incarcerationserscheinungen auf.

4) Gewöhnlich wurde die Diagnose gestellt bei der Section oder bei einer Operation, die wegen einer vermuteten inneren Incarceration ausgeführt wurde; sehr selten wurde eine richtige Diagnose bei Lebzeiten gestellt.

5) Da viele Fälle von angeborenen Diaphragmalhernien sehr geringe Beschwerden aufweisen, kann in solchen leichten Fällen die Operation nicht empfohlen werden; die letztere ist nur bei Incarcerationserscheinungen angezeigt.

Weber.

Henggeler: Ueber Ankylostomiasis. Correspbl. f. Schweizerärzte. 1909. Nr. 11.

Obigen Artikel enthält verschiedene interessante Angaben. Das Krankheitsbild der Ankylostomiasis wird nicht nur von dem Ankylostomum duodenale sondern auch von dem Necator americanus hervorgerufen. Dieser von Stiles beschriebene Hakenwurm unterscheidet sich namentlich im Bau seines Kopfes und durch die Grösse und Form seiner Eier vom Ank. duod. Durch Loos ist nachgewiesen, dass die Larven des Ankyl. nicht nur durch Infection vom Munde aus, sondern auch durch die intacte Haut in den menschlichen Organismus gelangen. Tierversuche ergaben, dass die Larven die Haut durchwandern, in den venösen Kreislauf, in das rechte Herz und die Lungencapillaren gelangen. Aus den

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bronchien gelangen sie in den Kehlkopf und von da in den Oesophagus und den Darm. Die bei diesem Infectionsmodus durch die Haut eindringenden Würmer brauchen bis zum Auftreten der ersten Eier im Stuhl etwa 46—71 Tage, während bei stomachaler Infection die Eier schon nach 30 Tagen erscheinen. Das Blut der Kranken enthält im Durchschnitt 17,9 pCt. eosinophile Zellen. (Boycott). Die besten therapeutischen Resultate ergibt das Thymol. In Russland ist die Ankylostomiasis anscheinend sehr selten, es sind erst 3 Fälle beschrieben worden, davon einer aus Sibirien (Karshin).

O. Moritz.

Frei: Zur Ehrenrettung der Bolus alba. Correspbl. f. Schweizerärzte. 1909. Nr. 13.

Warme Empfehlung der Bolus alba. Ein sehr schwerer Fall von Tropendysenterie, der anderweitiger sachgemässer Behandlung trotzte, gelangte im Laufe einer Woche durch Bolus alba zur Heilung. Es wurde verabfolgt anfangs 50, später 20, schliesslich 10 gr. Bolus, 2 bis 3 × täglich.

Ref. kann bestätigen, dass Bolus alba bei Diarrhoen verschiedenster Art oft von ausgezeichneter Wirkung ist. (50 bis 100 gr. wurden ein Mal täglich in 200,0 Wasser verordnet).

O. Moritz.

Nadler: Ueber die Sahli'sche Desmoidreaction. Correspbl. f. Schweizerärzte. 1909. Nr. 16.

N. bestätigt die practische Brauchbarkeit der Desmoidprobe. In Verbindung mit der Jodoformprobe und event. Salzsäuredarreichung ermöglichst sie in den meisten Fällen eine genügend genaue Functionsdiagnose. Die Anfertigung der Beutelchen nach der Salischen Angabe sei leichter «als es beim Durchlesen der Beschreibung scheine».

O. Moritz.

Kolle: Ziele, Wege und Probleme der Erforschung des endemischen Kropfes. Correspbl. f. Schweizerärzte. 1909. Nr. 17.

In der Schweiz sind etwa 100000 Kropfbehaftete Individuen vorhanden. In Italien zählte man 1883 über 12000 Kretine und 128000 «Kropfige». In den französischen Bergländern 370000 Kropfige und 120000 Kretine. Die gewaltige sociale Bedeutung des Kropfes für die Alpenländer ist in die Augen springend. Die Forschungen von Bischer, Ewald und Scholz haben erwiesen, dass endemischer Kropf, kretinische Degeneration und Taubstummheit an gewisse marine Ablagerungen gebunden sind und dass die kropferregende Ursache mit denselben in das Trinkwasser übergeht. Die Frage ist noch nicht gelöst, ob eine im Wasser befindliche chemische Substanz oder ein lebendes Virus den Kropf erzeugt. Es gibt Wasser, dessen Genuss «nachweislich fast bei Jedem, der davon trank, Kropf zur Folge hatte». (Tavel). In der Gemeinde Bozel in der Tarantaise wurden von der sardinischen Commission im Jahre 1848 unter 1472 Bewohnern 900 Kropfige und 109 Kretine gezählt. Am andern Talabhang, etwa 800 Meter entfernt, liegt die Gemeinde St. Bou, welche völlig frei von kretinischer Degeneration ist. Die socialen Verhältnisse in Wohnung, Nahrung und Lebensweise sind in beiden Gemeinden völlig die gleichen, nur das Trinkwasser ist verschieden. Deshalb leitete man das Wasser von St. Bou nach Bozel. Seitdem ist die Kropf- und Kretinepidemie fast ganz verschwunden. Schon 1874 waren nur 39 Kropfige und 58 Kretine vorhanden. Ferner: Im Dorf Rupperswil betrug im Jahre 1885 der Kropf unter der Schuljugend 79,9 pCt. Nach Einführung der neuen Wasserversorgung ist diese Zahl auf 2,5 pCt. im Jahre 1907 gesunken. Schwierig ist es eine Erklärung zu finden, wenn man den Kropf als Infectionsprocess ansieht, warum bei kropfbehafteten Personen, welche das Trinkwasser ändern oder statt rohem nur gekochtes Wasser trinken, eine Rückbildung der Struma in kurzer Zeit erfolgt. Contagiosität durch eingeschleppte Fälle ist bis jetzt nie beobachtet worden. Es hat sich ein schweizerisches Nationalcomitee zum Studium der Kropffrage gebildet. Aufforderung an die Schweizer Aerzte, an dieser nationalen Aufgabe mitzuarbeiten.

O. Moritz.

Seiler: Ueber „larvierte Chlorose". Correspbl. f. Schweizerärzte. 1909. Nr. 17.

Es gibt Fälle, bei denen die Hämoglobinbestimmung annähernd normale Werte ergibt und bei denen doch die subjectiven Erscheinungen der Chlorose bestehen. Eisenmedication vermag in vielen derartigen Fällen völlige Genesung herbeizuführen. Dabei steigt der Hämoglobinwert noch um weitere 10—15 pCt., anscheinend über die Norm. Es erklärt sich dieses durch den Umstand, dass bei verschiedenen Personen die Norm der Hämoglobinmenge eine verschiedene ist. Bei anscheinend normalem Wert kann also eine im gegebenen Fall relative, individuelle i. e. «larvierte» Chlorose bestehn. Von 51 Patientinnen reagierten auf Eisen günstig 30, wobei der Hgl.-wert von 80—95 auf 90 bis 110 stieg. Bei 21 Patientinnen mit den subjectiven Erscheinungen der Chlorose konnte durch Eisen keine Besserung erzielt werden. Hier stieg auch der Hämoglobinwert nicht. 12 von diesen Kranken zeigten bei weiterer Beobachtung Erscheinungen von initialer Lungentuberculose. Bei den übrigen wurde Nervosität und Verdauungsstörungen festgestellt.

O. Moritz.

Therapeutische Notizen.

«Ueber eine besondere Wirkung» des Styptol berichtet Jos. Koenig in der Wiener klin. Wochenschrift (Nr. 37, 1909). Nachdem er bereits früher die Erfahrung gemacht, dass die Hydrastiswurzel die krankhaften Pollutionen günstig beeinflusst, versuchte er zu demselben Zwecke das Styptol (phthalsaures Kotarnin) und erzielte dabei sehr günstige Resultate. Die libido sexualis wurde durch Styptol bei krankhafter Hyperexcitabilität abgeschwächt und «noch so häufig auftretende Pollutionen» wurden auf 1 bis 3 Wochen hinausgeschoben. Verf. verordnete von den Knollschen Pastillen à 0,05 Styptol anfang 2, später 3 Stück am Abend vor dem Schlafengehen einen Monat lang event. mit Intervallen.

F. D.

Zu den hartnäckigsten, für den Pat. lästigsten Ekzemen gehören fraglos diejenigen der Analgegend, welche sonst jeder Therapie zu trotzen schienen. Scheuer hat nun in 6 Fällen schnelle Heilung erzielen können durch Bestrahlung mit der Uviollampe (eine an ultravioletten Strahlen ausserordentlich reiche Quecksilberlichtquelle). Zur Erzielung des therapeutischen Effectes ist das Zustandekommen eines Erythems erforderlich, welches gewöhnlich nach einer Bestrahlung in einer Entfernung von 5 bis 8 ctm., bereits in 30 Minuten hervorgerufen wird. Die Bestrahlung wird erst fortgesetzt nach der Abheilung des Erythems, welches bei Ekzema ani merkwürdig rasch, schon nach 18 Stunden zu verschwinden pflegte. Scheurer sah schon nach 2—3 Bestrahlungen die Heilung des Ekzems eintreten; der Juckreiz verschwand bereits nach der ersten Sitzung und fiel somit das verderbliche Kratzen aus. Diese Resultate ermuntern zu weiteren Versuchen mit dem Uviollicht auch von anderer Seite. (Klin. therap. Wochenschr, Nr. 22, 1909).

H.

Bücherbesprechung.

Grenzgebiete in der Medicin. Vierzehn Vorträge anlässlich der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen. Herausgegeben vom Centralcomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen, in dessen Auftrage redigiert von Prof. Dr. R. Kutner. 447 Seiten. Jena. Verlag v. Gustav Fischer. 1908.

14 hochinteressante Vorträge namhafter Autoren sind, in einem stattlichen Band zusammengefasst, der Oeffentlichkeit übergeben worden. Sie alle betreffen jene Grenzgebiete in der Medicin, mit welchen wir täglich als Specialisten dieses oder jenes Zweiges unserer Gesamtheilkunde zu tun haben. Es ist nicht allzulange her, dass man diesen Grenzgebieten besondere Aufmerksamkeit zu widmen begann; Gegenwärtig jedoch wird ihnen wohl überall mit der gebührenden Sorgfalt begegnet. Mit den Forderungen der Zeit hat auch die Journalliteratur Schritt halten müssen, besitzen wir doch zur Zeit 2 den Grenzfragen der Chirurgie und Medicin gewidmete Zeitschriften; — die «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie» und das von Schlesinger redigierte «Centralblatt» gleichen Namens.

Das vorliegende Buch registriert in die gleiche Rubrik und entstammt dem gleichen Verlage.

Der Inhalt ist kurz folgender:

Zunächst bespricht Bäumler (Freiburg) die medicamentöse und mechano-hydrotherapeutische Behandlung der Respirations- und Circulationsstörungen. Michel (Berlin) äussert sich zum Thema «Gehirn und Auge». Lexer (Königsberg) verficht die Ideen der v. Bergmannschen Schule in der Behandlung der septischen Infection. Die Verhütung der Infectionskrankheiten wird von Gaffky (Berlin) besprochen. Ehrlich (Frankfurt) berichtet über seine experimentellen Carcinomstudien an Mäusen und Baumgarten (Tübingen)

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hat zum Vortragsthema den Einfluss der bacteriologischen Forschungsergebnisse auf die Anschauungen in der allgemeinen Pathologie gewählt. 3 Vorträge streifen das Gebiet der Neurologie. Edinger (Frankfurt) schreibt über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten. Bardenheuer (Köln) über das Wesen und die Behandlung der Neuralgie und Frenkel-Heiden (Berlin) über die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten. Rumpf (Bonn) bespricht im weiteren die chir. und interne Behandlung der Appendicitis. Curschmann (Leipzig) die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei Darmerkrankungen und Kehr behandelt sein Lieblingsthema, die Gallensteintherapie. F. Müller (München) macht uns mit dem Ausbau der klinischen Untersuchungsmethoden bekannt, während endlich aus der Feder des verstorbenen Hoffa ein Aufsatz über Uebung, Gymnastik und Massage bei der Behandlung von Knochen- und Gelenkerkrankungen stammt.

E. Hesse.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Original-Correspondenz der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift.

In der K. K. Gesellschaft der Aerzte sprach W. Falta über die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Secretion: Thyreoidin steigert den Eiweissumsatz. Untersuchungen, gemeinschaftlich mit Rudinger zeigen, dass Thyreoidinmengen, die im Hungerzustand schon beträchtliche Wirkungen ausüben, bei im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunden auf den Eiweissumsatz ganz wirkungslos sein können, oder nur schwach wirken. Es erklärt dies den grossen Unterschied in der Thyreoidinwirkung unter normalen Verhältnissen und in Zuständen des Hypothyreoidismus. Myxödemkranke haben bei selbstgewählter Nahrung eben einen sehr niedrigen Eiweissumsatz. Wenn wir sie mit reichlichen Mengen Eiweiss ernähren, so ist die steigernde Wirkung der Schilddrüsenzufuhr auf den Eiweissumsatz nahezu ebenso gering, wie bei normalen. Andererseits erklärt sich daraus, dass wir bei Entfettungscuren mit Thyreoidin, worauf schon Noorden hinwies, Eiweissverluste vollkommen vermeiden können, wenn wir nur reichlich Eiweiss zuführen. In gleicher Weise wie das Thyreoidin verhält sich das Adrenalin. Bei hungernden Hunden erhielten wir jedesmal durch Adrenalin starke Steigerungen des Eiweissumsatzes. Bei im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunden hingegen vermissten wir auch bei grossen Dosen jede Wirkung. Es erklärt sich daraus der Widerpruch zwischen unseren früheren Angaben und abweichenden Befunden anderer. In dem Verhalten des Pituitrinum infundibulare (dem Präparate der Infundibularanteile der Hypophyse) zeigt sich ein bemerkenswerter Unterschied. Hier erhielten wir auch bei im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunden ausgesprochene Steigerung des Eiweissumsatzes, gleichgültig ob die Tiere mit Fleisch allein oder mit Milch und Weissbrot ernährt wurden. Wir haben also hier eine ausserordentlich wirksame Substanz vor uns: es ist dies umso bemerkenswerter, als hier im Gegensatz zu Adrenalin und Thyreoidin auch bei grossen Dosen Vergiftungserscheinungen ganz ausbleiben. Im Gegensatz zu den erwähnten drei Blutdrüsen müssen wir annehmen, dass vom Pankreas und von den Epithelkörperchen Hemmungen nach dem Eiweissumsatz ausgehen, da nach Exstirpation dieser Drüsen der Eiweissumsatz ansteigt. Was den Kohlehydratstoffwechsel betrifft, so müssen wir dem Adrenalin nicht nur die Fähigkeit der Kohlehydratmobilisierung in der Leber, sondern auch die einer nicht unbeträchtlichen Neubildung zuschreiben. Einen ausgesprochenen Einfluss des Infundibulins auf den Kohlehydratstoffwechsel konnten wir nicht nachweisen. Was den Fettstoffwechsel betrifft, so steigert das Thyreoidin denselben, das Pankreas hemmt ihn. Was den Salzstoffwechsel betrifft, so ist zu erwarten, dass Substanzen, welche die Eiweisszersetzung steigern, auch die Ausscheidung der Salze vermehren, umgekehrt, dass die hemmenden Substanzen sie verringern. Wenn wir hungernden Hunden Thyreoidin oder Infundibulin verabfolgten, so stieg der Quotient $N:P_2O_5$ an. Nun wissen wir schon aus den Untersuchungen der Noorden'schen Schule, dass die Verteilung von Phosphor auf Nieren und Darm ausschliesslich abhängig ist von der Calciumausscheidung. Unter normalen Verhältnissen erscheint nun ein sehr kleiner Teil des Calciums im Harn der bei weitem grösste Teil im Kot. Wird nun die Calciumausscheidung gesteigert, so reisst der Kalk einen Teil des Phosphors mit sich in den Darm. Tatsächlich konnten wir zeigen, dass unter Thyreoidin- resp. Infundibulinbehandlung bei unseren Hunden eine bedeutende Steigerung der Kalkausscheidung durch den Kot und der Magnesiaausscheidung im Harn einsetzte. Das Adrenalin verhält sich entgegengesetzt.

Hugo Popper demonstriert anatomische Präparate eines Falles von Balantidienenteritis Pat. ein Selchergehilfe litt seit einem Jahre an schleimigen Entleerungen von dunkelbrauner Farbe und üblem Geruch. Die mikroskopische Untersuchung ergab beinahe in jedem Gesichtsfelde ein oder mehrere Exemplare von Balantidium coli (Malmsten). Trotz sofort eingeleiteter Behandlung verschlimmerte sich der Zustand des Kranken und unter den Erscheinungen einer Darmblutung trat der exitus ein. Bei der Autopsie ergaben sich im ganzen Darminhalt besonders reichlich im gelblichen Belage kleiner Geschwüre, ferner im Inhalte des unteren Ileums, Parasiten. Im Jejunum und Duodenum fehlten sie. Auch Paraffinschnittpräparate der Dickdarmwand lassen zahlreiche Exemplare der Parasiten erkennen, die nicht nur in und zwischen den Drüsenschläuchen, sondern auch in den tieferen Partien der Schleimhaut sich vorfanden. Sie lagerten hier teils in den Gewebsspalten, teils in Gefässlücken. Vereinzelte Balantidien gelangten sogar bis in die Nähe der Muscularis. Was die Bedeutung der Parasiten für die Pathogenese des Processes betrifft, so stehen drei Ansichten einander gegenüber. Eine Reihe von Autoren hält ihn für einen harmlosen Schmarotzer, andere glauben, dass er sich auf einer schon vorher erkrankten Schleimhaut ansiedelt, die dritte Gruppe hält ihn für den Erreger schwerer ulceröser Darmerkrankungen. Der vorliegende Fall, namentlich die histologischen Bilder sprechen für die letztere Anschauung. Bezüglich des Infectionsmodus, ist nach Leuckart der Parasit sehr häufig im Darme des Schweines zu finden. Die in der Literatur beschriebenen Fälle betrafen zum grossen Teile Personen, die in Viehställen und Schlächtereien beschäftigt waren. In der Discussion erklärt Richard Paltauf, dass er auf Grund des vorliegenden Falles sich jenen Autoren anschliesst, die dem Balantidium coli eine ursächliche Bedeutung für die Darmerkrankung zuerkennen.

Friedrich Pineles sprach zur Klinik und Pathogenese der Harnsäureschmerzen. P. hat sich bemüht, Kranke, die über verschiedenartige, mit der Harnsäure in Beziehung gebrachte, schmerzhafte Sensationen klagten, ohne dass Erscheinungen der echten Gicht (acute Gichtanfälle, Tophi) vorhanden gewesen wären, klinisch genauer zu analysieren. Von 110 hierher gehörigen Beobachtungen konnten 91 in 3 Gruppen eingereiht werden. Die I. Gruppe umfasst 46 im Klimakterium stehende Weiber, bei denen unter den manigfaltigen Erscheinungen des Klimakteriums — es handelte sich teils um normales Klimakterium, teils um ein Klimakterium praecox naturale oder arteficiale — auch Schmerzen in Armen, Händen, Schultern, im Rücken oder Kreuz eine Rolle spielten. Die relative Häufigkeit dieser Schmerzen bei allen Formen des Klimakteriums sprechen dafür, dass sie mit der Involution, bezw. mit dem Ausfall des weiblichen Geschlechtsapparates zusammenhängen. Die II. Gruppe bilden 19 (6 weibliche und 13 männliche) Individuen, die im Senium stehen. Bei den weiblichen Kranken dieser Gruppe waren häufig die schmerzhaften Sensationen mit verschiedenen, verspätet aufgetretenen klimakterischen Symptomen vergesellschaft; bei 6 Männern, die im Alter von 59—67 Jahren standen, konnten neben den Schmerzen noch andere dem weiblichen Klimakterium zukommende Erscheinungen festgestellt werden; auch in diesen Fällen nimmt P. Beziehungen zum Genitalapparat an. Die III. Gruppe umfasst 26 Individuen mit functionellen nervösen Symptomen, darunter 4 Frauen mit Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, die sich im Anschlusse an Krankheitsprocesse des Genitalapparates (Myom, Endometritis, Oophoritis) entwickelt hatten, und 12 Männer mit functionellen Unvollkommenheiten der Vita sexualis. Die Gegenüberstellung der echten Gicht und dieser schmerzhaften Sensationen zeigt, dass bezüglich der Localisation der Schmerzen, des Alters, des Geschlechtes und des Alloxurkörperstoffwechels der Pat., ein grosser Unterschied zwischen beiden krankhaften Zuständen besteht. Da fast in zwei Drittel aller Beobachtungen von sogenannten Harnsäureschmerzen pathologische Beziehungen zum Genitalapparat nachweisbar sind und bisher kein einziges Moment für den Zusammenhang dieser Schmerzen mit der Harnsäure spricht, bezeichnet P. das Krankheitsbild als «Genitale Pseudogicht», die nach 3 Gruppen als klimakterische, senile und nervöse Pseudogicht unterschieden werden kann.

R. Th. Jaschke sprach zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung der Neugeborenen: Misserfolge im Stillen sind meist auf eine fehlerhafte Technik zurückzuführen; wichtig sind hierbei folgende Punkte: Aseptik, Ordnung in der Verabreichung der Mahlzeiten, Anlegen alle 3 oder 4 Stunden mit sechs resp. achtstündiger Nachtruhe, Controlle des Körpergewichtes

durch die Wage. Eine zu rasche Zunahme des letzteren ist meist auf Ueberfütterung zurückzuführen. Die Grösse der einzelnen Mahlzeiten bestimmt man beim Brustkinde durch Abwägen desselben vor und nach dem Anlegen, die erste Morgenmahlzeit ist meist die ausgiebigste. Der Zeitpunct des ersten Anlegens des Kindes nach der Geburt hängt von den speciellen Verhältnissen des Einzelfalles ab, am ersten Lebenstage soll das Kind nicht angelegt werden. Der in den ersten Tagen nach der Geburt eintretende natürliche Gewichtsverlust, lässt sich durch ausgiebige Ernährung verhüten. Die Ursache der schlechten Nahrungsaufnahme ist oft Ungeschicklichkeit im Anlegen des Kindes. In anderen Fällen wird vom Kinde der Warzenhof mit der Brustwarze nicht mitgefasst, so dass das Ansaugen nicht kräftig genug erfolgen kann; infolge dessen wird die Brust nicht vollständig entleert und die Milchsecretion leidet darunter. Aus einer schwer gehenden Brust kann ein schwaches Kind trotz kräftigen Saugens nicht genügend Milch bekommen, in solchen Fällen soll man die Milch mittelst Pumpe entfernen und dem Kinde geben. Die Dauer einer Brustmahlzeit beträgt 12 bis 25 Minuten, bei schwachen Kindern etwas mehr. Bei ungenügender Milchsecretion soll Alles angewendet werden, um die Ergiebigkeit der Brust zu erhöhen, in leichten Fällen genügt es, 4—5 Mal täglich die Brust mittelst einer Milchpumpe zu entleeren, in anderen verwendet man Biersche Stauung; in schweren Fällen muss man sich zum Allaitement mixte oder zur Amme entschliessen. Bei Hohlwarzen saugt man die Milch mittelst einer Milchpumpe ab oder verwendet die Massage.

Ed. Hulles sprach zur operativen Behandlung der Trigeminusneuralgie. H. stellt aus der Klinik v. Eiselsbergs zwei Fälle vor, bei welchen wegen jahrelang bestehender Trigeminusneuralgie zuerst die Resection des 1. resp. 2. Astes, nach eingetretener Recidive die Neurexerese und schliesslich die Exstirpation des Ganglion Gasseri ausgeführt wurde, worauf die Neuralgie bisher nicht wiedergekehrt ist. Auf der operierten Seite können die Pat. den Mund nicht so gut öffnen, wie auf der anderen, bei dem einen ist der Geschmack, bei dem anderen auch der Geruch auf der operierten Seite verloren gegangen. H. berichtet über die im Laufe der letzten 10 Jahre auf der Klinik v. Eiselsbergs behandelten Fälle von Trigeminusneuralgie. Die medicamentöse Therapie bestand in einer Abführcur combiniert mit dem internen Gebrauch von Pyramidon, Phenacetin, oder Aspirin, besonders aber von Aconitum nitric. 0,0025 : 25, 4 × täglich 3 Tropfen steigend bis 7 Tropfen und dann langsam abfallend. Es wurde zeitweises Sistieren der Schmerzen bis zu 9 Monaten beobachtet. Alcoholinjectionen in die Scheide des erkrankten Nerven ebenso günstig. Von den operierten Fällen konnte in 44 das weitere Verhalten in Erfahrung gebracht werden. Die Neurexerese ist in 23 Fällen ausgeführt worden, bei 22 ist schwere, bei 1 ein leichtes Recidiv aufgetreten. In 13 Fällen wurde der 2., resp. der 3. Ast an der Schädelbasis reseciert; 3 Fälle sind seit $1^1/_2$—$4^1/_2$ Jahren geheilt, 5 bekamen schwere, 5 leichte Recidive 6 bis 24 Monate nach der Operation. Die Exstirpation des Ganglion Gasseri wurde bei 8 Kranken ausgeführt, welche alle geheilt wurden. In einigen Fällen musste die A. meningea, in anderen die Carotis unterbunden werden. Von dauernden Störungen wurde in einem Falle eine Herabsetzung der Sehschärfe, in mehreren Verlust des Geschmackes oder Geruches beobachtet. H. empfiehlt für leichte Fälle die medicamentöse Therapie, für schwere die Resection des Nerven an der Schädelbasis und für die schwersten die Resection des Ganglion Gasseri. In der Discussion hob Jul. Flesch den Wert der Alcoholinjection gegen Trigeminusneuralgie hervor. Es wurde 80 % Alcohol in die Scheide des erkrankten Nerven injiciert. Es tritt vollkommene Anästhesie in dem Gebiete des behandelten Nerven ein, es verschwindet für einige Monate der Schmerz und er kann nach Wiederauftreten durch eine neuerliche Injection bekämpft werden. Hans Lorenz berichtet über einen schweren Fall von Trigeminusneuralgie aus der Klinik Hochenegg, bei welchem Resectionen und schliesslich die Exstirpation des Ganglion Gasseri vorgenommen wurde. Als es wieder zur Recidive kam, wurde auf der contralateralen Seite die sensitive Gehirnzone freigelegt und es wurden 3 Incisionen in die Dura ausgeführt. Es erfolgte während eines Zeitraumes von 12 Tagen Besserung, seitdem ist der Zustand so schlecht wie früher. Es könnte vielleicht als letztes Mittel die Zerstörung der erwähnten Gihirnzone vorgenommen werden, freilich wäre eine Hemiplegie die Folge. Emil Redlich würde die Freilegung der sensitiven Gehirnregion nicht empfehlen, eine Exstirpation derselben ist wegen der Grösse derselben nicht durchführbar und wegen des zweifelhaften Erfolges nicht anzuraten. Auf der Klinik v. Wagner wurden mit Aconitin bis zu 1 mg. pro Tag gute Erfolge erzielt. M. Benedict bemerkt, dass ein frischer Tic douloureux durch nichtoperative Behandlung (Galvanisation, Jodkali) in der Regel geheilt werden kann. Wenn ein Fall nicht bald heilt oder wenn ein Recidiv eintritt, führt B. eine periphere Operation aus; er hat nach einer solchen schmerzfreie Pausen von mehreren Jahren beobachtet. In manchen Fällen hatte auch die Arsonvalisation gute Erfolge. In früherer Zeit ist auch die Carotisunterbindung bei Trigeminusneuralgie ausgeführt worden. B. hat einen Fall beobachtet, in welchem durch Compression der Carotiden die Anfälle von Tic douloureux unterdrückt werden konnten. Auf das Bestehen von Beziehungen zwischen Trigeminusneuralgie und der Carotis weisen Cirkulationsstörungen im Gebiete derselben hin. (Hyperämie oder Cyanose der betreffenden Gesichtshälfte). B. hat nach blutiger Dehnung des Trigeminus noch bessere Erfolge gesehen als nach Resectionen.

Unter grosser Teilnahme der Studentenschaft und der Professoren hielt v. Strümpell, der neue Vorstand der dritten medicinischen Klinik in dem Hörsale, der mit den Büsten von Skoda, Schrötter und Türck geschmückt ist, seine Antrittsrede. Prof. Strümpell erinnerte in der Einleitung daran, dass er selbst vor 32 Jahren als Assistent Wunderlichs nach Wien geeilt sei, um sich hier in den klinischen Untersuchungsmethoden auszubilden. Damals habe Leopold v. Schrötter die laryngologische Klinik geleitet, und Strümpell sei sein Schüler gewesen. Hierauf ging Str. zu seinem Thema über. Die Bedeutung der medicinischen Klinik für die allgemeine ärztliche Ausbildung: die Stellung der inneren Medicin in dem umfassenden Gesamtgebiete der klinischen Lehrinstitute hat sich nicht unerheblich verschoben. Die medicinische Klinik war anfänglich die Alleinherrscherin und später der Mittelpunct aller klinischen Einrichtungen, so dass es fast schien, als ob sie gegenüber den immer zahlreicher werdenden Unabhängigkeitsbestrebungen von einer grossen Reihe von Specialgebieten etwas in den Hintergrund gedrängt würde. Unter diesen Umständen scheint es Strümpell nicht unwichtig zu sein, die studierende Jugend darauf hinzuweisen, wie die medicinische Klinik doch noch immer in gewissem Sinne eine centrale Stellung einnimmt. «Heute, beim Beginne meiner Vorlesungen will ich erörtern, welche grundlegende Bedeutung die innere Klinik für die ärztliche Ausbildung besitzt und wie es ihre Aufgabe vor Allem ist, die Brücke von dem vorbereitenden anatomisch-physiologischen Unterricht zu der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit zu schlagen. Mit Recht wird allgemein verlangt, den Arzt zunächst an eine exacte selbständige Diagnose zu gewöhnen. Der Arzt muss auf den anatomischen Zustand der einzelnen Organe achten, auch am Krankenbette muss er anatomisch sehen, er darf nicht nur aus der äusseren Form und dem Grössenverhältnisse, sondern auch vor Allem aus der feinen Structur der histologischen Zellformen Schlüsse ziehen. So müssen der Kliniker und der Anatom stets Hand in Hand gehen. Aus der anatomischen Diagnose entsteht die Frage nach den Beziehungen der anatomischen Veränderungen zu den Organen. Damit kommen wir auf das eigentliche Gebiet der Krankenbeobachtung. Die Untersuchung geht vor Allem des Vorhandensein functioneller Störungen nach. Der hauptsächlichste Reiz der klinischen Forschung liegt in der Untersuchung. Hierdurch werden auf zahlreichen Gebieten der klinischen Forschung neue wichtige pathologische Tatsachen gefunden und Anregungen zu neuen Fragen gegeben. Einem wissenschaftlich denkendem Arzt wird jeder Krankheitsfall als ein von der Natur gemachtes vivisectorisches Experiment erscheinen. Mit der anatomischen und functionellen Diagnostik ist aber die Aufgabe der medicinischen Beurteilung eines Krankheitsfalles auch noch nicht erledigt. Seit der letzten Hälfte des vorigen Jahrhunderts trat die Frage nach den eigentlichen Ursachen der Krankheiten in den Vordergrund des ärztlichen Interesses. Früher nahm man die Krankheiten als ein bestehendes Uebel einfach hin. Mit dem Fortschreiten der allgemeinen pathologischen Wissenschaft trat jedoch das causale Bedürfnis auf. Die schönste Frucht dieser wissenschaftlichen Bestrebungen ist die Bacteriologie. Durch sie konnte man zum ersten Male auf die Frage nach der Aetiologie der Infectionskrankheiten klare Antwort geben. Noch jetzt hat das Studium der Infectionskrankheiten seinen besonderen Reiz und seinen besonderen didactischen Wert. Es gelang in der Bacteriologie eine fortlaufende causale Beziehung von Ursache und Wirkung in den Krankheiten zu erkennen. Man muss sich aber hier vor Allem vor einer gewissen einseitigen Ueberschätzung der bacteriologischen Wissenschaft hüten. Auch die traumatischen Einflüsse hat die innere Medicin zu beobachten gelernt, deren Wirkung erheblich grösser zu sein scheint, als man ursprünglich annahm. Die innere Medicin befasst sich auch mit den hereditären Störungen in der ontogenetischen Entwicklung des einzelnen Individuums, und gerade hier ist die medicinische Klinik angewiesen, die Aerzte der Praxis als Mitarbeiter heranzurufen, da sie über die Einflüsse der Heredität am besten orientiert sind. Wenn der Hausarzt alle Seiten eines Falles beobachtet, so wird er sehen, dass es uninteressante Fälle überhaupt nicht gibt. Auch scheinbar einfache Erkrankungen geben dem wissenschaftlich

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

denkenden Arzt eine Fülle von Anregungen. Ich habe nur von den drei Gesichtspuncten der inneren Medicin, von anatomischen, functionellen und ätiologischen gesprochen; das bedarf einer Ergänzung. Wir diagnosticieren Krankheiten, aber wir untersuchen und behandeln kranke Menschen mit Bewusstsein und Empfindungen, mit Wollen und Fühlen und Begehren. Man muss nicht nur die selbstverständlichen Forderungen der Humanität beobachten sondern auch die Notwendigkeit, auf die individuellen Charaktere, auf das sociale und geistige Milieu, auf den Vorstellungskreis der Kranken bei der Beurteilung der Krankheit Rücksicht nehmen. Die Vorstellung, die der Patient von seiner Krankheit hat, hat oft einen grossen Einfluss bei der Untersuchung der Krankheit. Die psychologischen Einwirkungen beim Pat. müssen hervorgehoben werden; vieles muss auf das Vorstellungsleben zurückgeführt werden. Ich wende mich nunmehr der zweiten Hauptseite des medicinischen Unterrichtes zu; der Therapie. So sehr man auch geneigt sein mag, den genauen diagnostischen Unterricht hauptsächlich aus wissenschaftlichen Gründen in den Vordergrund zu stellen, so besteht doch der Hauptzweck in der practischen Ausbildung, den Patienten behandeln und soweit als möglich der Heilung zuführen zu können. In therapeutischer Hinsicht nimmt aber gerade die medicinische Klinik den ersten Rang ein. Neue Strömungen in der Wissenschaft kamen mit den physikalischen Heilmethoden (Elektricität), die ausgedehnte Anwendung fanden; mit dem Radium und den Röntgenstrahlen wurden ungemein wertwolle Bereicherungen gefunden. Die diätetische Behandlung wurde ungleich mehr angewendet. Der Ernährung und dem Gebiete des Stoffwechsels wendete man mehr Interesse zu. Die Pharmakologie kam zur Blüte. Ich muss aber betonen, dass viele unserer modernen Hilfsmittel viel tiefer und energischer den Organismus angreifen, als dies bei Mitteln der früheren Zeit der Fall war. Nicht nur das Messer des Chirurgen, sondern auch die chemischen Mittel und die physikalischen Strahlen vernichten und zerstören, wenn sie unverständig und falsch gehandhabt werden. Je angreifender die Mittel sind, die dem Arzte gegenwärtig zu Gebote stehen, umso lebhafter muss in ihm das Gefühl der Verantwortlichkeit Platz finden. Der Grundsatz: Primum non nocere, wird leider, wie die Erfahrung lehrt, häufig nicht genug beachtet. Aufgabe der medicinischen Lehrer ist es, das ärztliche Gewissen wieder mehr zu schärfen, damit der Arzt nicht mit roher und empfindungsloser Hand in das zarte Gefüge des menschlichen Körpers eingreife. Noch ein Punct kommt in der Therapie in recht bedenklicher Weise zum Ausdruck. Der oft schwere Kampf der Aerzte um die wirtschaftliche Existenz lässt häufig den Wunsch entstehen, sich durch therapeutische Leistungen in weiteren Kreisen hervorzutun, um Anerkennung und Erfolg zu erringen. Dadurch wird aber oft die Objectivität des Urteils beim Arzte auf dem Gebiete der Therapie getrübt, wenn subjective Wünsche und Erwartungen in den Vordergrund treten. Gegenüber dem therapeutischen Nihilismus früherer Zeiten, der sich nur auf exacter wissenschaftlicher Basis bewegen wollte, tritt heute nicht selten eine therapeutische Polypragmasie auf und wir können oft eine Ueberschätzung der Heilmittel bemerken, die von der ernsten Wissenschaft durchaus nicht gebiligt wird, die aber in der medicinischen Halbbildung des Publicums seine Erklärung und Förderung findet. Die Industrie geht natürlich von wirtschaftlichen Gesichtspuncten aus, indem sie immer neue Mittel und Apparate auf den Markt bringt, anpreist und anpreisen lässt. Da ist es eben Aufgabe der völlig frei und unabhängig stehenden staatlichen und städtischen Krankheitsanstalten, hemmend zu wirken und in objectiver Weise in den Wirrwarr Klarheit zu bringen» —.

Das Ministerium des Innern hat an alle politische Landesstellen folgenden Erlass betreffend die Einleitung der zur Verhütung des **Ausbruches und der Verbreitung** der **Cholera** nötigen Vorkehrungen gerichtet: Angesichts des Umsichgreifens der Cholera im angrenzenden russischen Reichsgebiete und der infolge dessen gesteigerten Gefahr einer Einschleppung dieser Krankheit erscheint es unbedingt geboten, falls nicht seitens der K. K. Landesbehörde bereits das Nötige veranlasst ist sofort alle jene zur Abwehr der Seuche erforderlichen Massnahmen zu treffen. Insbesondere ist auf eine mühsame Assanierungstätigkeit in den Gemeinden, genaue Befolgung der Anzeigepflicht von Infectionskrankheiten und die sanitäre Ueberwachung aller aus Choleragegenden zugereisten Personen das grösste Gewicht zu legen. Es ist ferner auf die Sicherstellung der erforderlichen Isolierlocalitäten, Epidemie- und Notspitäler, sowie auf die Bereithaltung der erforderlichen Desinfectionsapparate Bedacht zu nehmen. Von dem Auftreten eines jeden Cholerafalles oder einer choleraverdächtigen Erkrankung ist sofort telegraphische Anzeige zu machen.

Die niederösterreichische **Findelanstalt** beging die Feier ihres 125-jährigen Bestehens. Kaiser Josef II. verfügte anlässlich seiner Reorganisation der Humanitätsanstalten Wiens die Errichtung einer eigenen Findelanstalt, die am 16. August 1787 im ehemaligen Trinitarierkloster in der Auerstrasse eröffnet wurde. Vor vierzig Jahren wurde die Anstalt in die Verwaltung des Landes übernommen. Mehr als 20000 Kinder stehen durchschnittlich unter der Obhut der Anstalt, die in kurzer Zeit in einen geräumigen Neubau übersiedeln wird. Nach der Uebersiedlung soll die Anstalt den Namen «Landes-Centralkinderheim» führen.

Dr. **Sofer**.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— **Krakau**. Doc. Dr. W. **Chlumsky** erhielt den Titel eines a. o. Professors.

— **Washington**. Dr. J. K. **Wellington** ist zum Prof. der Chirurgie an der Georgetown University School of Medicine ernannt.

— **Chicago**. Dr. J. A. **Abt** ist zum Prof. der Kinderheilkunde an der Northwestern University Medical School ernannt.

— **Genua**. Dr. V. **Grandis** ist zum a. o. Prof. der Physiologie ernannt.

— **Glasgow**. Dr. Th. H. **Bryce** ist zum Prof. der Anatomie ernannt.

— **Paris**. Dr. W. **Haffkine** hat für seine Arbeiten über Choleraimpfung von der Académie de Médécine einen Preis von 4000 Frcs. erhalten.

— **Mexico**. Die Medicinische Nationalakademie hat zur Prämierung von Arbeiten über den Flecktyphus 50000 M. ausgesetzt. Davon erhalten je 20000 M. die Entdecker des Erregers und des Heilserums und 10000 M. derjenige, der den Autoren bei ihren Entdeckungen die ausgiebigste Hilfe leistet. Alle Nationalitäten sind bewerbungsberechtigt; die Arbeiten sind in spanischer Sprache bis zum 28. Febr. 1911 einzureichen.

— **Brüssel**. Gelegentlich der Weltausstellung 1910 wird ein Internationaler Congress für Radiologie und Elektricität stattfinden.

— **Stuttgart**. Dr. v. **Roth**, der Senior der Stuttgarter Aerzte, feierte seinen 80. Geburtstag.

— **Breslau**. An Stelle von Prof. **Czerny** Director der Universitäts-Kinderklinik, der nach Strassburg im Els. übersiedelt, ist Prof. Dr. **Karl von Pirquet** nach Breslau als Prof. der Kinderheilkunde berufen worden.

— **Berlin**. An Stelle des verstorbenen Frl. Dr. **Agnes Hacker**, hat Dr. **Hermine Edenhuizen** aus Köln die Leitung der Klinik weiblicher Aerzte in Berlin übernommen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt u. gestorben.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
	vom 20. bis zum 26. Sept.				
St. Petersburg mit den Vorstädten	231	(80)	5668	(2154)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg	33	(21)	1247	(668)	27. Mai
» Archangelsk	1	(—)	726	(376)	13. Juni
» Estland	10	(6)	55	(36)	5. Aug.
» Livland	—	(6)	306	(163)	16. Juni
» Grodno	12	(5)	32	(15)	11. Sept.
» Witebsk	34	(16)	3281	(1257)	16. Juni
» Kowno	31	(12)	82	(33)	9. Aug.
» Twer	6	(5)	632	(286)	29. Juni
» Jaroslaw	56	(24)	876	(451)	24. »
» Kostroma	10	(1)	328	(141)	5. Juli
» Nishnij Nowgorod	35	(13)	205	(95)	30. »
» Kasan	3	(—)	9	(2)	1. Sept.
» Simbirsk	5	(—)	17	(6)	10. »
» Ssamara	27	(15)	215	(125)	4. Aug.
» Ssaratow	3	(2)	27	(16)	4. »
» Astrachan	5	(3)	26	(18)	27. »
Stadt Baku	12	(4)	13	(4)	16. Sept.
Gouv. Pskow	6	(2)	435	(171)	28. Juni
» Rjasan	6	(3)	97	(58)	23. »
» Kaluga	4	(3)	4	(3)	20. Sept.
» Kiew	11	(7)	73	(26)	22. Aug.
» Tschernigow	8	(4)	8	(4)	20. Sept.
» Ekaterinoslaw	1	(—)	7	(4)	6. »
» Poltawa	4	(5)	172	(92)	28. Juli
» Taurien	2	(1)	16	(4)	28. Aug.
Stadt Wladiwostok	16	(14)	63	(49)	4. Sept.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

— Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 22. Sept.	des 23. Sept.	34	15	24	357
» 23. »	» 24. »	24	10	30	341
» 24. »	» 25. »	40	13	23	345
» 25. »	» 26. »	31	9	13	355
» 26. »	» 27. »	34	21	24	344
» 27. »	» 28. »	37	13	22	346

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16095 Personen erkrankt, 6224 gestorben und 9525 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 6. bis zum 12. Sept. 1909 615 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 22, Typhus exanthem. 4, Febris recurrens 6, Pocken 15, Windpocken 15, Masern 52, Scharlach 70, Diphtherie 88, Cholera 219, acut. Magen-Darmkatarrh 93, an anderen Infectionskrankheiten 31.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11068. Darunter Typhus abdominalis 245, Typhus exanth. 49, Febris recurrens 30, Scharlach 233, Masern 44, Diphtherie 192, Pocken 75, Windpocken 4, Milzbrand 0, Cholera 348, crupöse Pneumonie 82, Tuberculose 346, Influenza 140, Erysipel 107, Keuchhusten 16, Hautkrankheiten 66, Lepra 0, Syphilis 486, venerische Krankheiten 442, acute Erkrankungen 1862, chronische Krankheiten 1300, chirurgische Krankheiten 1400, Geisteskrankheiten 3292, gynäkologische Krankheiten 197, Krankheiten des Wochenbetts 61, Hydrophobie 0, Lyssa 0, verschiedene andere Krankheiten 51.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 837 + 42 Totgeborene + 47 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 7, Masern 27, Scharlach 20, Diphtherie 16, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 19, katarrhalische Pneumonie 64, Erysipelas 4, Influenza 3, Lyssa 1, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 13, Dysenterie 10, Cholera 118, Magen-Darmkatarrh 47, andere Magen- und Darmerkrankungen 50, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 39, Marasmus senilis 26, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 254.

— Cholera. In Stolzenhagen, Kreis Randow ist am 23. Sept. ein Heuerfahrer an der Cholera verstorben. Abgesehen von umfassenden Schutzmassregeln an Ort und Stelle, ist die gesundheitliche Ueberwachung des Schifffahrt- und Flösserverkehrs eingerichtet und sind Stromüberwachungsstellen errichtet worden.

— In Rotterdam ist seit dem 4. Sept. kein neuer Cholerafall festgestellt worden.

— In Kalkutta starben vom 15.—21. Aug. 4 Personen an der Cholera.

— Niederländisch-Indien. Die Choleraepidemie in Djambi hatte sich zufolge einer Anzeige vom 12. Aug. auf den ganzen unteren Lauf des Batanghari bis zu der Ortschaft Matabo ausgedehnt und zahlreiche Opfer gefordert. Seit dem 25. Juni c. bis Mitte Aug. waren ungefähr 700 Menschen der Krankheit erlegen.

— Pest. Aegypten. Vom 4. bis 10. Sept. wurden weitere 6 Erkrankungen an der Pest gemeldet. Vom 11.—17. Sept. wurden 2 neue Erkrankungen an der Pest gemeldet.—Marokko, In Casablanca wurde ein neuer Pestfall beobachtet.—Britisch-Ostindien. Vom 8. bis 14. Aug. wurden in ganz Indien 1659 Erkrankungen und 1251 Todesfälle an der Pest angezeigt. Vom 15.—21. Aug. wurden in ganz Indien 1821 Erkrankungen und 1376 Todesfälle an der Pest angezeigt. — China. Vom 27. Juni bis 14. Aug. sind in der Stadt Amoy im ganzen 460 Personen der Pest erlegen. Seitdem soll sie dort nicht mehr gefährlich auftreten. — Japan. Am 23. Aug. sollen auf der Insel Schikoku der Provinz Jyo 2 Pestfälle vorgekommen sein und in Kobe ist im Aug. noch 1 Pestfall amtlich festgestellt worden.

— Von den aus Anlass des XVI. internationalen medicinischen Congresses durch die ungarischen Ministerien zur Ausgabe gelangten Werken, wird im Laufe des nächsten Monates auch das Buch über den Kinderschutz die Presse verlassen. Dieses Buch, unter der Redaction Zoltán von Bosnyáks und des Grafen Leopold Edelsheim-Gyulay, zerfällt in vier Teile. Der erste Teil, von Zoltán Bosnyák, behandelt die Rechte des verlassenen Kindes; der zweite Teil, geschrieben unter der Mitwirkung von Alexander Szana, Paul von Ruffy, Meinhard Edelmann, Zoltán von Bosnyák, Emerich Turchányi, Géza Agoston und Géza Bajza, befasst sich mit dem in Ungarn üblichen System des staatlichen Kinderschutzes, im dritten Teil beschreiben Graf Leopold Edelsheim-Gyulay, Paul von Ruffy und Alexander Karsay die gesellschaftliche Action, während sich der vierte Teil mit den minderjährigen Verbrechern befasst und zu Autoren Alexander Arthur Szilágyi, Alexander Szana, Heinrich Dorning, Koloman de Bakonyi und Béla de Kun hat.

Das Vorwort ist vom Minister Grafen Julius Andrássy geschrieben. Den Mitgliedern des XVI. internationalen medicinischen Congresses wird diese wertvolle Arbeit mit dem zweiten Teil der Congressarbeiten noch im Laufe dieses Jahres eingesendet und wird dieselbe Einblick gewähren in das grosszügige Kinderschutzsystem, welches in unserem Lande von Koloman von Széll begründet und vom Grafen Julius Andrássy zu einer hohen Stufe der Vervollkommnung gebracht wurde.

— Mitte October erscheint das Prachtalbum des XVI. Internat. Medicinischen Congresses. Amtlich bewilligte Ausgabe. Enthält die Referate und Vorträge, den Ablauf des ganzen Congresses und die Photographien und biographischen Daten nahezu sämtlicher Congressmitglieder mit den Präsidenten und hervorragendsten Referenten an der Spitze. Das nahezu 40 Druckbogen umfassende Prachtwerk erscheint in ungarischem Leinwand-Einband und kostet samt Porto Kronen 25.

Ausschliesslich bei der Redaction des Prachtalbums des XVI. Internat. Medicinischen Congresses, Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 4. erhältlich.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. K. Ernst in der Verbannung in Wologda, 54 Jahre alt, Arzt seit 1892. 2) Dr. S. M. Bobrikoff in St. Petersburg, 48 Jahre alt, Arzt seit 1893 3) Dr. V. A. Karassew, 37 Jahre alt, Arzt seit 1898. 4) Dr. M. G. Saitzew, in Ufa, ehemaliger Deputierter der 2. Duma, 44 Jahre alt, Arzt seit 1893. 5) Dr. W. A. Iwanow in Moskau, 36 Jahre alt, Arzt seit 1899. 6) Dr. Wilhelm Pokorny in Wien. 7) Dr. Th. Bridgewater, früher Präsident des Rates der Britisch Medical Association, 85 Jahre alt.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Oct. 1909.

Tagesordnung: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Oct. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen im August 1909.

— Ich verreise und werde bis auf weiteres von H. Dr. med. F. Holzinger vertreten: Was. Ostrow 2. Linie 35. Telephon 291—43.

F. Dörbeck.

— Dr. Dörbeck kommt den 8. October zurück.

F. Holzinger.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 41 St. Petersburg, den 10. (23.) October 1909. **XXXIV. JAHRGANG.**

Aus dem Evangelischen Hospital in St. Petersburg. Director Dr. C. Frankenhäuser.

Ein Fall von beiderseitiger Nierendystopie.

Von

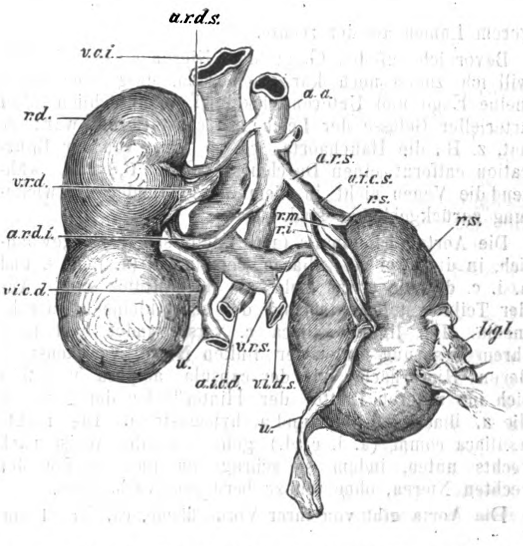
Stud. med. E. Meuschen.

Bei der Section eines an perniciöser Anämie zu Grunde gegangenen Mädchens von 19 Jahren, fand sich eine, sowohl für den Anatomen als auch den modernen Chirurgen interessante Verlagerung der Nieren, so dass ich gern der Aufforderung meines Chefs, Dr. med. C. Frankenhäuser, den mir von ihm freundlichst überlassenen Fall zu beschreiben, Folge leiste.

Zu Lebzeiten hatten die Nieren keinerlei Erscheinungen gemacht.

Die linke Niere (r. s.) liegt, ebenso wie die rechte (r. d.), der columna vertebralis dicht an, und ist mehr nach vorne gelagert als gewöhnlich: sie befindet sich dicht vor und links vom Promontorium und vor der Kante des Kreuzbeines, die in die linea innominata des os ileum s. übergeht. Mit ihrem unteren Pol ragt die linke Niere über die linea innominata s. ins kleine Becken hinein, und zwar mit 3—4 cm. ihrer Länge. — Die rechte Niere, etwas länger und schmäler, befindet sich mit ihrer ganzen Grösse noch im Bereich des grossen Beckens, indem sie mit ihrem unteren Pol gerade die Fortsetzung der linea innominata am Kreuzbein erreicht, oder ganz unbedeutend über sie hinausragt. Beide Nieren liegen fest in dem sie umgebenden Gewebe eingelagert und stehen mit einander in keinerlei Verbindung.

Die Gestalt beider Nieren entspricht nicht der normalen. Die linke Niere hat nicht die längliche bohnenartige Form, sondern ist mehr abgerundet; in ihrem oberen Teil ist sie schmäler und wird nach unten zu etwas breiter. Der schmale Frontaldurchmesser ist breiter als gewöhnlich, während der lange Frontaldurchmesser kürzer als normal ist. Die an der Vorderfläche der Niere gemessenen Maasse ergeben für die Länge 8 cm., für die Breite $5^3/_4$ cm. und für die Dicke



4 cm. Daher kommt es, dass die linke Niere im Ganzen an eine rundliche Scheibe erinnert. Sie hat eine äussere, abgerundete, eine innere, ziemlich scharfe Kante, und eine Vorder- und Hinterfläche. Lappung zeigt die linke Niere nicht. Auf ihrer Vorderseite, etwas höher als auf der Mitte derselben, befindet sich der Hilus, zu dem die Gefässe von oben heranziehen, indem sie sich in eine tiefe Furche der oberen Nierenhälfte legen, und aus dem nach unten der Urether, hinter Arterie und Vene hervorkommend, hinabsteigt. Dabei legt sich der Urether in eine seichte Mulde auf der Vorderfläche der Niere,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist mit der Fettkapsel der Niere verwachsen und schlägt sich über den inneren unteren Rand der Niere nach unten um. Der Hilus geht direct nach oben und unten in beide eben beschriebenen Furchen über. Die Hinterfläche der Niere besitzt die oben erwähnte tiefe Einsenkung mit der sie der Wirbelsäule anliegt, u. z. liegen die Verhältnisse so, dass die Hinterfläche recht steil von hinten aussen nach innen vorne abfällt und in den inneren Rand übergeht, welcher etwas mehr nach vorne zugekehrt ist als normal. Ausserdem ist an der Hinterfläche eine leichte Vertiefung zu bemerken, die von oben innen schräg nach aussen unten verläuft und in welcher die mit der Fettkapsel fest verwachsene a. iliaca comm. s. (a. i. c. s.) liegt.

Die rechte Niere kommt in ihrer Gestalt einer normalen etwas näher, nur steht sie sowohl in Länge als in Breite einer normalen Niere nach; ihr Dickendurchmesser dagegen ist im Verhältnis zu den übrigen Massen, zu gross; daher erinnert sie in ihrer Form an eine Walze. Die Länge der Niere ist $9^1/_4$ cm.; die Breite $4-4^1/_2$ cm., wobei der untere Pol etwas breiter ist als der obere, die Dicke ist $3^1/_2$ cm. Die Oberfläche der Niere zeigt an ihrer vorderen Seite eine leichte Einsenkung oder Einziehung, die ungefähr, der Mitte der Niere entspricht und in querer Richtung auf die Hinterfläche der Niere übergeht, wo sie sehr bald sich verliert. Die rechte Niere liegt der Wirbelsäule nicht so innig an. Vor allem liegt sie weiter nach hinten zu, sich an die alae ossis sacri, die synchondrosis sacro-iliaca d. und das os ileum anschmiegend. Die Vorderfläche der Niere fällt in ihrem oberen Teil ziemlich steil von innen vorne nach aussen hinten ab. Die innere Kante der Niere zeigt den normalen Hilus, aus dem der Urether vor der Arterie und hinter der Vene hervortritt. Er legt sich nicht auf die Oberfläche der Niere, sondern steigt frei ins kleine Becken hinab.

Der linke Urether ist dünnwandiger und von geringerem Lumen als der rechte.

Bevor ich auf den Gang der Nierengefässe eingehe, will ich zuerst noch kurz bemerken, dass eine allgemeine Enge und Unterentwickelung, haupsächlich aller arterieller Gefässe der Leiche zu constatieren war: so hat, z. B., die Bauchaorta, ca. 5 cm. von der Bifurcation entfernt, einen Durchmesser von 0,8 cm., während die Venen nicht in dem Masse in der Entwickelung zurückgeblieben sind.

Die Aorta abdominalis (a. a.) teilt sich, wie gewöhnlich, in die zwei aa. iliacae communes (a. i. c. s. und a. i. c. d.), die etwas mehr als bleistiftdick sind. Aus der Teilungsstelle entspringt die sehr kleine a. sacralis media. Die linke a. iliaca c. verschwindet bald nach ihrem Ursprung hinter der linken Niere, verwächst an deren Hinterfläche mit der capsula adiposa und teilt sich im unteren Drittel der Hinterfläche der Niere in die a. iliaca ext. sin. und a. hypogastrica. Die rechte a. iliaca comm. (a. i. c. d.) geht normaler Weise nach rechts unten, indem sie schräg am unteren Pol der rechten Nieren, ohne ihn zu berühren, vorbeizieht.

Die Aorta gibt von ihrer Vorderfläche, ca. $^3/_4-1$ cm. über der Bifurcation, eine Arterie für die linke Niere ab. Diese, a. renalis sin. (a. r. s.), etwas kleiner als ein Gänsefederkiel, teilt sich, 1 cm. hinter ihrem Ursprung, in zwei Aeste (r. m. und r. i.), die dem Hilus der linken Niere zustreben. An der Stelle, wo der obere von diesen beiden Aesten an den oberen Pol herantritt, gibt er eine Arterie ab (r. s.), die ihm an Grösse ziemlich gleichkommt und die am oberen Pol in das Parenchym der Niere eindringt. Darauf legen sich beide genannten Hauptäste in die tiefe, oben beschriebene Einsenkung, die direct in den Hilus führt. Hier geht der obere Ast, indem er den oberen Teil des Hilus passiert und oberhalb des Urethers liegt, in die Niere ein. Der untere Ast hält sich im Hilus mehr median und strebt zu dessen unteren Teil, indem er hierbei hinter den Urether zu liegen kommt. Diese beiden Aeste fassen in ihrem Verlauf zwischen sich eine v. renalis s. (v. r. s.) ein, die im Hilus jedoch dem oberen Aste folgt. Kurz vor der Stelle, wo die Teilung der a. renalis sin. in die zwei Aeste vor sich geht, zieht diese Vene, unter dem unteren Ast durch schräg medianwärts nach unten und mündet in die v. iliaca comm. s. (v. i. c. s.), unweit vor der Vereinigung derselben mit der gleichnamigen Vene der anderen Seite (v. i. c. d.) zur v. cava inf. (v. c. i.)

Was den Urether der linken Niere anbetrifft, so ist seine Lage schon erwähnt: er kommt aus dem Hilus hinter der v. renalis s. und dem oberen Ast der a. renalis heraus, legt sich vor den unteren Ast derselben Arterie und zieht, indem er sich in eine seichte Mulde an der Vorderfläche der Niere legt und mit der Fettkapsel verwächst, schräg medianwärts nach unten, wo er in die Blase in normaler Weise mündet. Sein Ursprung aus dem Becken ist nicht sichtbar.

An die rechte Niere gibt die Aorta aus ihrer rechten Seitenfläche, ca. 2—3 cm. über ihrer Teilungsstelle eine obere a. renalis d. (a. r. d. s.) ab, die in horizontaler Richtung quer vor der v. cava infer. zum Hilus der rechten Niere zieht, wo sie in zwei Aeste zerfällt, deren einer den oberen Pol der Niere versorgt, während der untere mehr zur Mitte der Niere strebt. Aus der a. iliaca comm. d. entspringt, gleich unter ihrem Entstehungspunct, an ihrer rechten Aussenseite eine a. renalis d. inf., die auch in horizontaler Richtung quer vor der v. cava inf. verlaufend, dem Hilus zustrebt, wobei sie sich in diesem hinter den Urether legt. Ebenso wie die a. renalis d. super., teilt auch diese sich, im Hilus, hinter dem Urether liegend, in einen Ast für den unteren Pol und einen, der zur Mitte der Niere zieht. Im Hilus vereinigen sich zwei Venen zu einem ca. bleistiftdicken Stamm (v. r. d.), der 2 cm. nach seiner Bildung, in horizontaler Richtung verlaufend, direct in die v. cava inf. mündet. Seine Componenten sind eine untere Vene, die bedeutend grösser ist und aus dem unteren Teil des Hilus steil in seinen oberen Teil hinaufsteigend, sich vor den Urether legt, und eine obere Vene, bedeutend kleiner, die dem oberen Pol entstammt. Diese beiden vereinigen sich im Hilus, dicht hinter der Stelle, wo die a. renalis super. in den Hilus eintritt, zu dem oben erwähnten Stamm, der direct in die v. cava infer. mündet.

Der Urether entsteht aus dem Becken, das ziemlich gut sichtbar ist, liegt hinter der v. renalis d. inf. und vor der a. renalis d. inf. und zieht in normaler Weise und Richtung, ohne mit der Niere in Berührung zu kommen, zur Blase, wo er an normaler Stelle einmündet.

Beide Nebennieren liegen an normaler Stelle.

Das linke Ovarium ist klein, an ihm sind einige Follikel sichtbar. Die linke Tube ist dünnwandig und von geringem Lumen. Das lig. latum uteri sin. zeigt eine feste Verwachsung mit der Capsula adiposa der unteren äusseren Seite der linken Niere.

Situs und Entwickelung der übrigen Organe ist normal.

Fassen wir kurz zusammen, was unser Fall uns bietet, so ist es folgendes: doppelseitige Dystopie der Nieren ohne ihre Verwachsung, deutliche Hypoplasie der Nieren, sowohl in Grösse als im Aufbau, vergrösserte Zahl und veränderte Abgangsstellen der Arterien.

Das ganze Bild könnte man demnach durch eine Entwickelungshemmung, ein Ausbleiben des Wachstums der Niere längs des Wolffschen Körpers wie Strube es deutet, entstanden, ansehen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einer, wegen Zeitmangel, leider ganz flüchtigen Einsicht in die Literatur dieser Frage, fand ich von Strube (Virchows Archiv 137. Band 1894), der die Literatur über Nierendystopie gesammelt hat, nur 4 Fälle beiderseitiger Nierentiefenlage, ohne Verwachsung ihrer unteren Pole, angegeben. Diese Fälle sind beschrieben von:

Martin St. Ange. Annales des sciences naturelles. Ser. I. t. XIX.

Boyd. Medico-chirurg. transact. London. 2 Ser. Vol. 6. 1841.

Poirier. Bulletin de la Société d'anatomie de Paris. 1889.

Potherat und Morderet. Ibidem.

Weitere Literaturangaben kann ich aus obengenanntem Grunde nicht machen.

Zur internen Röntgendiagnostik.

Von

Dr. O. v. Dehn in Reval.

Mitgeteilt auf dem Estländischen Aerztetage 1909.

Die diagnostische Verwendung der Röntgenstrahlen ist von jeher mehr Sache der Chirurgen gewesen, trotz dem die Bedeutung des neuen Verfahrens für die innere Medicin schon bald nach Röntgens Entdeckung erkannt und gewürdigt wurde. Die ersten einschlägigen Arbeiten bringen allerdings nur wenig Positives, in ihnen werden nur rege Hoffnungen ausgesprochen wie: „Man wird wohl auch erkennen können." Jetzt ist es ganz anders geworden: die Casuistik röntgenologisch untersuchter interner Fälle ist eine unerschöpflich grosse, die modernen Lehrbücher berufen sich bei der Beschreibung vieler Krankheiten auf die Durchleuchtung als unerlässliches diagnostisches Hilfsmittel, es sei hier nur an die bekannten Lehrbücher von Strümpell, Eichhorst und an das diagnostische Taschenbuch von Müller und Seyffert erinnert. An den inneren Abteilungen der meisten grossen Krankenhäuser Deutschlands sind reich ausgestattete Röntgen-Cabinets eingerichtet worden, die den Anstaltsärzten ebenso unentbehrlich scheinen, wie ein chemisches oder bacteriologisches Laboratorium. Die Röntgenstrahlen durchdringen am leichtesten die lufthaltigen Organe, an zweiter Stelle stehen solide und mit Flüssigkeit gefüllte Gebilde, den grössten Widerstand leisten Knochen und überhaupt specifische schwere, kalkhaltige Organe. Demnach liegt es auf der Hand, dass der Thorax eins der dankbarsten Objecte für die Röntgenuntersuchung darstellt. Alle die Gewebearten finden sich hier nebeneinander und lassen sich auf dem Röntgenogramm oder Schirmbild deutlich differenzieren. Jedes der beiden angenommenen Verfahren, sowohl die Schirmdurchleuchtung als die photographische Aufnahme gibt ein deutliches Bild der intrathoracischen Organe, jedes hat auch seine Vorzüge, die es unentbehrlich machen. Bei der Durchleuchtung sehen wir das Herz deutlich pulsieren, ebenso nur in umgekehrter Richtung die Aorta, besonders deutlich an ihrer Vorwölbung, die dem Arcus entspricht; bei jeder Ventrikelsystole sieht man ein Anschwellen der Aorta und vice versa. Bei der tiefen Inspiration sinkt die kuppelförmige Zwerchfellinie einige Centimeter tiefer. Von beiden Seiten des Herzens sind zartere vertical gestellte Schatten sichtbar, die den Hilusgebilden, den grossen Gefässen und Bronchien entsprechen. Von diesen Schatten geht eine feine baumartig verzweigte Zeichnung über die ganze Lunge, sie klingt an der Peripherie allmählich ab, entsprechend dem abnehmenden Durchmesser der Bronchien und Gefässe. Diese ungeheuer wichtigen Détails sind im Gegensatz zu den erwähnten Bewegungserscheinungen nur auf der photographischen Aufnahme sichtbar und machen diesen Teil der Untersuchung nicht weniger lehrreich als die Durchleuchtung. Viele Erkrankungen der Lunge haben eine Verminderung ihres Luftgehaltes zur Folge, die eine deutliche Schattenbildung bedingt. Das Princip ist demnach ein ähnliches, wie bei der Percussion, doch kann es keine volle Congruenz des Percussionsbefundes mit dem Röntgenbefund geben. Ersterer ist immer mehr oder weniger an die Oberfläche der Lunge gebunden, während die Röntgenstrahlen die gesamte Tiefe des Organs durchdringen und auch central gelegene Verdichtungsherde erkennen lassen. Dieses gilt ganz besonders von den so ungeheuer wichtigen Erkrankungen der Hilusdrüsen. Im Gegensatz zum gleichmässigen, nur unscharf begrenzten Schatten des normalen Hilus sehen Sie hier eine an Intensität dem Herzschatten gleichkommende Schattenbildung, innerhalb derselben sind fleckige Verdunkelungen sichtbar, ähnliche rundliche Schatten sehen Sie mehr an der Peripherie. Das ganze ist ein typisches Bild der Lungendrüsentuberculose, die klinisch fast symptomlos verläuft. Leider lässt sich auch nicht jeder Fall mit Hilfe der Röntgenstrahlen erkennen, die Vergrösserung der Drüsen allein hat noch keine deutliche Schattenbildung zur Folge, diese stellt sich erst ein, wenn eine Verkäsung und mit ihr eine Vermehrung des specifischen Gewichts der Drüse eintritt. Noch deutlichere Schatten geben verkalkte Drüsen, sie können sogar an Projectile erinnern, besonders wenn der Process abgelaufen und die Drüse von lufthaltigem Gewebe umgeben ist. Die tuberculöse Schwellung der peribronchialen Drüsen ohne Beteiligung des Parenchyms kommt bei Kindern besonders häufig zur Beobachtung; doch scheint es, dass gerade die Hilusdrüsen auch beim Erwachsenen die Eingangspforte für die Tuberkelbacillen bilden. So sehen Sie hier bei nur geringem Spitzenbefunde, der klinisch nicht nachweisbar war, eine starke fleckige Verdunkelung am Hilus, von dem strangförmige Züge nach oben ziehen, die an eine Lymphangoïtis denken lassen. Hier sei noch des Williamschen Phänomens erwähnt. Es besteht im Zurückbleiben der einen Zwerchfellhälfte bei der Inspiration und ist ein wichtiges radiologisches Frühsymptom der Phthisis pulmonum. Das nächste Bild stellt die Lungen bei vorgeschrittener Phthisis und Pleuritis dar. Der linke Unterlappen ist durchweg verdunkelt, doch ist der Schatten nicht scharf begrenzt, im Gegenteil, die fleckige Zeichnung der tuberculös infiltrierten Lunge nimmt unten mehr und mehr zu um schliesslich eine absolute, dichte Verdunkelung zu geben, in der sich der Herzschatten nicht mehr differenzieren lässt. Die rechte bogenförmige Herzgrenze lässt sich auch nicht erkennen, sie ragt nicht über die Wirbelsäule, da das Herz durch einen schrumpfenden Process nach links verzogen wird. Bei Exsudaten wird das Gegenteil beobachtet, das Herz wird nach der gesunden Seite hin verdrängt. Eine seltenere schwere Complication der Phthisis ist der geschlossene Pneumothorax. Die klinische Diagnose desselben ist nicht schwer zu stellen, doch gibt auch das Röntgenverfahren ein sehr prägnantes Bild. Die eine Thoraxhälfte ist sehr hell. Die Rippen stehen, dem erhöhten intrathoracischen Druck entsprechend fast horizontal. Die Zwerchfellgrenze wird vom dichten horizontalen Schatten des Exsudats verdeckt. An letzterem sah man durch die Herzpulsation hervorgerufene Wellenbewegungen, ebensolche stärkere bei Bewegungen des Patienten. Die obere Exsudatsgrenze bleibt beim Lagewechsel des Patienten ständig horizontal; bei erhaltener Lunge macht es im Gegenteil den Lagewechsel mit

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und kehrt erst später in die horizontale Lage zurück. Das Zwerchfell macht beim Atmen auf der erkrankten Seite paradoxe Bewegungen, es hebt sich beim Inspirium. Der collabierte Lungenstumpf ist mit einer Spitze an die Thoraxwand befestigt, wohl eine alte Adhäsion, auch ist er nicht vollständig zusammengesunken, ein Zeichen für vorhandene Infiltrate, die die Elastizität der Lunge verringert haben, die helleren Partien sprechen für Cavernen. Diese wichtigen Einzelheiten über den Zustand der zusammengesunkenen Lunge, lassen sich nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen erheben. Erwähnen muss ich hier noch, dass bei miliarer Lungentuberculose das gesamte Lungenfeld von kleinen rundlichen Schatten durchsetzt ist. Das gilt im Besonderen auch von den Fällen, bei denen keine percutorische Dämpfung nachgewiesen werden kann. Unserer Sammlung fehlen leider derartige Bilder, doch sind sie mehrfach anderenorts gemacht worden und der radiologische Befund wurde auf dem Sectionstisch bestätigt. Bei der lobären Pneumonie sieht man eine nicht sehr dichte wolkige Verdunkelung. Von besonderem Wert ist die Röntgenuntersuchung klinisch abgelaufener Fälle, bei denen sich oft noch nach Monaten Verdichtungen zeigen. Vielleicht geben derartige Befunde die Erklärung für häufig recidivierende Pneumonien, die schliesslich in Lungentuberculose übergehen. In letzterem Fall kann man es verfolgen, wie der mehr homogene Pneumonieschatten sich aufhellt, ungleichmässig wird, Verbindungen mit dem Hilusschatten zeigt und überhaupt die schon beschriebenen Merkmale der tuberculösen Schattenbildung annimt. Beim Pleuraempyem und bei der gewöhnlichen exsudativen Pleuritis zeigt das Röntgenbild scharf begrenzte tief schwarze Schatten, an denen man die charakteristischen Bewegungserscheinungen verfolgen kann.

Wertvoll ist die Durchleuchtung beim intralobären Empyem, das percutorisch nicht nachgewiesen werden kann. Derartige Fälle verlaufen oft unter dem Bilde einer Septicämie, bei der sich intra vitam kein Eiterherd nachweisen lässt. Nur die Röntgenstrahlen, die die ganze Lunge durchdringen und nicht an die Oberfläche gebunden sind, geben Aufschluss und lassen die Indication für den operativen Eingriff stellen. Aehnlich lagen die Verhältnisse in diesem Fall. Nach stattgehabter Rippenresection und Drainage bei einem Pleuraempyem hielt das Fieber an. Bei der nunmehr vorgenommenen Durchleuchtung zeigte sich ein apfelgrosser rundlicher scharf begrenzter tiefschwarzer Schatten in der Höhe der Axilla der Thoraxwand anliegend. Offenbar handelte es sich um ein abgesacktes Empyem. Bei der Punction in der l. axillaris im 2-ten Intercostalraum wurde Eiter entnommen. Dem folgte eine Resection der 3-ten Rippe und Drainage mit ausgiebiger Eiterentleerung. Das Bild zeigt den Thorax nach stattgehabter Operation. Die Schatten sind verhältnismässig geringfügig, da sie jetzt nur durch Schwarten und Fibringerinnsel bedingt sind. Um einen Eiterherd, der klinisch schwer zu diagnosticieren war handelt es sich auch im nächsten Fall. Nach mehrfachen Pneumonien bildete sich ein Empyem, während von der anderen Seite eine Pneumonie weiter bestand. Nach stattgehabter Incision und Eiterentleerung blieb die Temperatur hoch, es wurde zur Röntgenuntersuchung geschritten. Da der Allgemeinzustand der Kranken ein sehr schwerer war, musste von einer Durchleuchtung abgesehen werden. Die Kranke wurde im Bett in das Röntgencabinet gefahren, die Platte wurde unter den Rücken geschoben und die photographische Aufnahme unter derart erschwerten Umständen ausgeführt. Ausser der Verdunkelung der unteren Lungenpartien zeigte das Bild eine ungewöhnliche Erweiterung des Aortenschattens. Letztere spricht für ein Aneurysma, die für die Diagnose wichtigen Bewegungserscheinungen konnten leider nicht verfolgt werden. Doch auch die Art des Schattens ist bei einem Aneurysma, wie Sie sogleich sehen werden eine wesentlich andere. Die Ränder sind scharf gezeichnet und die Configuration rundlich. Hier sind die Ränder teilweise unscharf und ein spitzwinkeliger Fortsatz geht rechts seitwärts ab. Man könnte an einen Mediastinaltumor denken, doch spricht der Verlauf mehr für eine entzündliche Erkrankung, also eine Mediastinitis. Ob sie purulenter oder fibrinöser Natur war, liess sich auf Grund des Röntgenbefundes nicht entscheiden, doch sprach der Verlauf mehr für ersteres. Der Tod erfolgte unter Collapserscheinungen, bei der Section wurde ein abgesackter Eiterherd rechts von der Aorta gefunden. Somit wurde die intra vitam gestellte Diagnose bestätigt.

Hier sehen Sie das typische Bild eines Arcusaneurysma. Bei der Durchleuchtung sah man den Schatten pulsieren, und zwar im entgegengesetzten Rhythmus als die gleichfalls wahrnehmbare Ventrikelpulsation. Die Pulsation erfolgt radienförmig, indem der ganze Schatten gleichmässig anschwillt, im Gegensatz zu den Mediastinaltumoren, die dem Pulse synchrone stossweise Bewegungen in einer Richtung zeigen. Dieses von der Diagnose des Aortenaneurysma im Allgemeinen. Was seine genauere Localisation betrifft, so sitzen Ascendensaneurysmen dem Herzschatten unmittelbar auf, im Gegensatz zu diesem, das eine Strecke normal breiten Mittelschattens zwischen sich und dem Herzen lässt. Ausserdem liegt ein Ascendensaneurysma mehr rechts im Gegensatz zur häufig medialen Lage des Arcusaneurysma. Ein Aneurysma der pars descendens liegt links, seine Grenze stellt eine Verbindungslinie des Mittelschattens mit der linken Herzgrenze dar. Mit diesen kurzen Hinweisen auf die Erkrankungen des Circulationsapparats muss ich mich leider begnügen. Das grosse Capitel der röntgenologischen Diagnostik der Herzkrankheiten, der orthodiagraphisch nachweisbaren chronischen und acuten Herzerweiterungen und Verkleinerungen, sowie der Form- und Lageveränderungen dieses Organs muss ich leider übergehen, da die diesbezüglichen Pausen hauptsächlich durch Grössenveränderungen charakterisiert sind. Ich kann nicht umhin dessen zu erwähnen, dass mit dem Orthodiagraphen die Herzgrösse auch in solchen Fällen von Lungenemphysem gemessen werden kann, wo die Percussion versagt. Ferner gibt das neue Verfahren genauen Aufschluss über Intensität und Rhythmus der Herzcontractionen, dasselbe gilt von abnormen Pulsationen bei Klappenfehlern und Myocarditis.

Ein weiteres Capitel der internen Röntgendiagnostik, das bereits viele Erfolge zu verzeichnen hat und manchen wichtigen Aufschluss über physiologische und pathologische Verhältnisse gegeben hat, ist die Untersuchung des Digestionsapparates, besonders des Magens. Zu diesem Zweck wird ein Brei verwandt, in dem bis 30,0 Bismuthum subnitricum oder besser, carbonicum verrieben werden. Sobald der Patient einen Schluck Brei genommen hat, sieht man den tiefschwarzen Schatten durch den Oesophagus gleiten und kann eine Verengerung oder Erweiterung dieses Organs nachweisen. Im Magen angelangt füllt der erste Schluck nur die pars cardiaca aus und bildet unter normalen Verhältnissen ein nach unten spitz zulaufendes Dreieck über dem eine rundliche Schattenaussparung sichtbar ist, sie entspricht der Luft im fundus ventriculi, unmittelbar unter dem Zwerchfell. Wird mehr Brei genossen, so kann der ganze Magen dargestellt werden. Unter normalen Verhältnissen steht er fast vertical, den tiefsten Punct bildet der Pylorus, der in der Gegend des Nabels liegt. Zuweilen nähert sich die Form des Magens der eines Rinderhorns, zuweilen der eines Häkchens. An der grossen und kleinen Curvatur sieht man deutliche peristaltische Wellen. In der

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gegend des Pylorus bildet sich eine Einschnürung. Sie schnürt die pars pylorica gleichsam ab und verschiebt sich zum Duodenum. Später bildet der Schatten einen feinen horizontalen spitz endenden Fortsatz, der der pars horizontalis duodeni entspricht. Im späteren Verlauf lässt der Bismuth sich nicht mehr deutlich nachweisen, da er sich über den ganzen Dünndarm verteilt und ihn schnell durchläuft. Im Colon gibt er deutliche Ausgüsse des letzteren, an denen sogar die Haustra deutlich zu erkennen sind. Beim tiefen Atmen sieht man den Magen sich heben und senken, noch deutlicher beim Einziehen des Bauches, auch lässt er sich manuell aus seiner Lage verdrängen. Nach 2—3 Stunden hat sich der normale Magen entleert, bald wird auch das mit Bi gefüllte Colon ascendens sichtbar. Alle genannten Bewegungserscheinungen können natürlich nur am Fluorescenzschirm beobachtet werden, noch mehr gilt das von den Beziehungen eines palpablen Tumors oder eines Schmerzpuncts zum Magen.

Der Kranke, von dem dieses Bild und diese Skizze stammen, kam mit folgenden Beschwerden in die Klinik: Schmerzen in der Magengegend, zeitweise Erbrechen und Aufstossen nach dem Essen, zuweilen blieb das Erbrechen auch tagelang aus und die Ernährung ging ungestört von statten. Die Beschwerden bestehen seit mehreren Monaten. Unter dem proc. xyphoideus ist ein verschieblicher Tumor fühlbar. Bei der Durchleuchtung nach Verabreichung des Bi-Breis zeigte sich ein normal grosser vertical gestellter Magen, an der grossen Curvatur waren peristaltische Bewegungen deutlich sichtbar, an der kleinen fehlten sie vollständig. Eine pars pylorica liess sich überhaupt nicht nachweisen, an der Stelle, wo man sie vermutete lag der palpable Tumor, der auch die kleine Curvatur einnahm, daher die fehlende Peristaltik. Da keine pars pylorica sichtbar war, musste angenommen werden, dass der Tumor auch sie ausgefüllt hat. Die Aufnahme zeigte eine undeutlich wellenförmige Linie der grossen Curvatur, entsprechend der Peristaltik, eine glatt verlaufende kleine Curvatur und einen linearen Schatten, der vom Magen in horizontaler Richtung nach rechts zieht und dem Uebergang ins Duodenum entsprechen muss. Demnach handelt es sich um einen Tumor, der die kleine Curvatur und die pars pylorica eingenommen hat, ohne das Lumen zu verlagern. Die Operation, bei der eine Gastroenteroanastomose angelegt wurde bestätigte den radiologischen Befund. Die Beschwerden gingen zurück und der Patient wurde als gebessert entlassen. Nach sieben Monaten stellte er sich wieder vor, er klagte über Schmerzen in der Magengegend und Appetitmangel, Stenoseerscheinungen fehlten. Der Patient macht einen geschwächten, cachectischen Eindruck. Die Bauchdecken sind stark gespannt, der Tumor lässt sich nur mühsam palpieren, er befindet sich an der früheren Stelle und scheint nicht vergrössert. Bei der Durchleuchtung mit gleichzeitiger Verabreichung von Bi-Brei füllt sich nur ein Teil der pars cardiaca, der medial von einer verticalen Linie begrenzt ist. Am Rest der grossen Curvatur sieht man deutliche peristaltische Wellen. Hier sieht man auch einen linearen Schatten abwärts ziehen, der Gastroenteroanastomose entsprechend. Somit ist der Tumor weitergewachsen und hat nunmehr $^2/_3$ des Magens ausgefüllt, auch muss er auf die Cardia übergegriffen haben, da man den Brei sich im unteren Teil des Oesophagus stauen sah, bei normalen Verhältnissen gleitet er hier schnell durch. Derartige Schattenaussparungen, die auf raumbeengende Bildungen im Magenlumen hinweisen, sind für Magencarcinome charakteristisch. Aehnliche Befunde sind auch bei nicht palpablen Tumoren ohne Stenoseerscheinungen erhoben worden und haben Frühoperationen möglich gemacht. Aehnlich lagen auch die Verhältnisse in einem von mir untersuchten Fall: Pat. leidet seit einem Jahr an häufigem Erbrechen, das aber nur nach besonders schweren Speisen auftritt. Ein Tumor lässt sich nicht palpieren, über dem Nabel befindet sich ein deutlich ausgesprochener Schmerzpunct. Bei der Durchleuchtung mit Bi-Brei zeigte sich eine Schattenaussparung, die die ganze kleine Curvatur einnahm, nur die pars pylorica blieb frei, an ihr zeigte sich die charakteristische Einziehung. An der grossen Curvatur konnten die peristaltischen Wellen deutlich verfolgt werden. Der Magen machte die Atembewegungen mit, war also nicht mit der Umgebung verwachsen. Dieser Befund liess an ein Carcinom der kleinen Curvatur denken. Beim hohen Alter und schlechten Allgemeinzustand des Patienten, sowie bei der Ausdehnung der Neubildung musste von einer Magenresection abgesehen werden, für eine Gastroenterostomie lag keine Veranlassung vor. Der nächste Fall betrifft eine Patientin, die vor $1^1/_2$ Jahren eine Magenresection wegen Pyloruscarcinom überstanden hat. Seit $1^1/_2$ Monaten leidet sie wieder an Erbrechen nach dem Essen. Ueber dem Nabel lässt sich ein Tumor palpieren, der mit der Wirbelsäule verbacken ist. Bei der Durchleuchtung mit Bi Brei zeigte sich ein normalgrosser, fast vertical gestellter Magen, der bei der Atmung unbeweglich blieb, träge Peristaltik, keine Contractionen der pars pylorica nachweisbar, kein Uebergang des Bi ins Duodenum sichtbar. An der Stelle der Pars pylorica konnte man den Tumor palpieren. 6 Stunden nach Verabreichung des Breis war der Magen noch grösstenteils gefüllt, in den untersten Ileumschlingen sind auch geringe Bismuthmengen zu erkennen, die Stenose ist also eine unvollständige. Nach 30 Stunden sah man das mit Bismuth gefüllte Colon ascendens und den immer noch gefüllten Magen. Auf dem Bilde ist gerade die dem Pylorus entsprechende Stelle charakteristisch. Statt des spitzen Ausläufers in der Norm, oder bei gutartigen Stenosen, sieht man hier eine geradlinige unscharf gezeichnete Grenze, die ein richtiges radiologisches Merkmal der malignen Stenosen darstellt. Besteht eine Ptose oder Dilatation, so sieht man die grosse, zuweilen auch die kleine Curvatur unterhalb des Nabels verlaufen. Sehr eigenartige Bilder sieht man bei Patienten die vor längerer Zeit wegen benigner Stenosen oder wegen Ulcus gastroenterostomiert worden sind. Die Passage durch den Pylorus hat sich oft wieder hergestellt, nur kleine Breimengen gehen den neu angelegten Weg, oft ist auch das nicht zu sehen, so dass der Gedanke nah gelegt wird, die Gastroenteroanastomose sei verödet und eine vollständige restitutio ad integrum eingetreten.

Ich bin weit davon entfernt zu glauben, dass ich mit diesen kurzen Ausführungen das grosse Gebiet der internen Röntgendiagnostik auch nur annähernd erschöpft habe. Doch hoffe ich Ihnen auch an diesem kleinen Material gezeigt zu haben, dass Rieder mit vollem Recht sagt, die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den Internisten sei dadurch klargelegt, dass sie uns zur Frühdiagnose zweier so wichtiger Erkrankungen verhelfen, wie die Lungentuberculose und das Magencarcinom.

Referate.

G. Hoppe Seyler (Kiel): Ueber die diagnostische Bedeutung diastolischer Geräusche über Erweiterungen der Aorta. (Münchener med. W. Nr. 24).

Verfasser hat in einer Reihe von Fällen beobachten können, dass ein diastolisches Geräusch mit besonderer Stärke über der erweiterten Aorta auftritt. Dieses Phänomen tritt dann ein, wenn eine starke Erweiterung im Anfangsteil der Aorta, in der Aorta ascendens, auch wohl im Arcus aortae sich entwickelt. Dabei kann eine Insufficienz der Aortenklappen be-

stehen, die über der Mitte des Sternums ein deutliches diastolisches Geräusch gibt. Ein stärkeres Geräusch, sogar ein Schwirren, nimmt man während der Diastole des Herzens über dem Manubrium sterni, im ersten und zweiten rechten Intercostalraum und im jugulum wahr. Die Entstehung des Geräusches hängt mit dem Zurückströmen des Blutes aus engeren Gefässteilen (Subclavia, Carotis) in den weiten Raum des Aneurysma oder des dilatierten Anfangteiles der Aorta zusammen. Daher wird das Phänomen wohl nur dann deutlich auftreten, wenn die Aortenklappen zugleich insufficient sind. Zu den zur Section gekommenen Fällen spricht der anatomische Befund dafür, dass es sich um eine syphilitische Erkrankung, eine Mesaortitis syphilitica gehandelt hat. In zwei Fällen von diastolischem Geräusch über der Aorta ascendens fand sich eine positive Wassermannsche Reaction. Aneurysmen der Aorta descendens geben kein diastolisches Geräusch.

Weyert.

Dr. Erich Sluka und M. Zarfl: Ein Fall von Kala-azár. (Münch. med. W. Nr. 21).

Diese in Europa noch unbekannte und intra vitam noch nie diagnosticierte Erkrankung beobachteten die Autoren in der Wiener Kinderklinik (Escherich). Es handelte sich um einen 9-jährigen, stark heruntergekommenen, blutarmen Knaben, der in Kiew geboren, in den ersten Lebensjahren blühend und stets gesund war. Vor 5 Jahren siedelten die Eltern nach Taschkent über und vor einem Jahr begann das Kind abzumagern und unregelmässig zu fiebern, wobei Schüttelfröste und Schweisse beobachtet wurden. Die Milz war vergrössert und daher wurde eine Chininbehandlung eingeleitet, die aber erfolglos blieb. Wechsel des Aufenthalts und der Behandlung hatten keinen Einfluss auf die klinischen Erscheinungen. Bei der Aufnahme in Wien (Oktober 1908) wurde ausser Abmagerung und Blutarmut ein grosser Milztumor gefunden; von derber Consistenz, glatter Oberfläche, auf Druck nicht schmerzhaft. Die Leber war gleichfalls stark vergrössert (11 cm. unter dem Schwertfortsatz), von glatter Oberfläche, wenig derb und deutlich druckempfindlich. Die Blutuntersuchung ergab Leukopenie, keine Malariaparasiten und erst die Punction der Milz bewies durch Auffinden der Leishmannschen Körperchen, dass der Knabe an Kala-azár litt. Die nach Giemsa-Romanowsky gefärbten Ausstrichpräparate zeigten eine grosse Menge von rundlichen, selten spindelförmigen Gebilden mit mattblauem Protoplasma und rot gefärbten Doppelkern. Meist lagen die Protozoen einzeln, doch fanden sich auch kugelige Gebilde, die bis 7 Protozoen umschlossen, und schliesslich seltener grosse mononucleäre Leukocyten, die hunderte von Parasiten enthielten. Im peripheren Blut wurde trotz zahlreicher Untersuchungen nur 4 Protozoen in Leukocyten gefunden. Während des dreimonatlichen Aufenthalts in der Klinik wurde der Patient mit Atoxyl, Chinin, Quecksilber behandelt ohne sichtbaren Erfolg. Perioden von subfebrilen Temperaturen wechselten mit hohen Temperaturen, die immer mit Kopfschmerz und Hustenreiz (Lungenbefund negativ) begannen und Schweissausbruch abklangen. Die Tagescurve erhob sich gewöhnlich 2 Mal, mittags und abends, zu einem Gipfel (typisch nach Rogers). Leber- und Miztumor änderten sich nicht.

Die Kala-azár ist eine in Indien (am Brahmaputra) sporadisch und epidemisch auftretende, mit Fieber, Milz- und Leberschwellung und Cachexie einhergehende Erkrankung, die hauptsächlich in den ersten 2 Lebensdecennien beobachtet wird. Hervorgerufen wird sie durch den Leishmannschen Parasiten. Die Uebertragung erfolgt durch die Bettwanze. Therapeutisch wäre das Chinin (Rogers) zu empfehlen, doch schwankt die Sterblichkeitsziffer zwischen 75 und 98 Procent.

Weyert.

Mitteilungen der „St. Petersburger Augenheilanstalt". Bd. VII.

Das Heft bringt einen Bericht über das Jahrzehnt 1899—1909. Diese grösste Augenheilanstalt des Reiches hat sich stetig weiter entwickelt und ist den modernen Ansprüchen entsprechend stetig besser ausgestattet und ausgebaut worden. Zur Zeit verfügt die Anstalt über zweiundneunzig Betten und ist in drei Abteilungen: für Männer, Frauen und Kinder geschieden. Ausser allen modernen technischen Hilfsmitteln für die Krankenbehandlung, besitzt die Anstalt ein gut eingerichtetes Laboratorium und eine sehr vollständige Bibliothek. Jährlich werden practische Fortbildungscurse gehalten. Im Jahre 1907 wurde die bisher grösste Zahl in der Ambulanz mit 26177 Kranken erreicht. Die grösste Zahl der stationären Patienten — ebenfalls im Jahre 1907 — betrug 1444. Im Jahre 1902 wurde die höchste Zahl der Operationen mit 1139 notiert. Der Bericht bringt Belege über die Einnahmen und Ausgaben der Anstalt, enthält ein Verzeichnis aller Dienenden, und bringt noch eine Zusammenstellung aller wissenschaftlichen Veröffentlichungen der Anstaltsärzte während der letzten zehn Jahre. Ausgestattet ist das Heft mit zwei Diagrammen über die Frequenz, drei Plänen der Anstaltsgebäude und einigen Bildern der Anlage. Curator der Anstalt ist zur Zeit Ehrenvormund, Geheimrat A. S. Jermolow, Director und Oberarzt, Wirkl. Staatsrat Dr. E. Blessig.

G—n.

Bücherbesprechungen.

F. v. Winckel: Allgemeine Gynäkologie. Vorlesungen über Frauenkunde vom ärztlichen Standpunct. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1909.

Wohl keiner war so wie F. v. Winckel berufen eine allgemeine Gynäkologie, die wir noch nicht besassen, zu schreiben, verfügt er doch über eine immense practische Erfahrung und ganz aussergewöhnliche Literaturkenntnisse. Das eng umgrenzte Specialgebiet des Gynäkologen wird zu einer Frauenkunde vom ärztlichen Standpunct erweitert und das Weib in somatischer und psychischer Beziehung, in der Familie und in ihrer socialen Stellung, im gesunden und kranken Zustande, nach allen Seiten hin beleuchtet. Der Verf. wird dabei von einer begeisterten Verehrung für die Frau getragen, er bewundert ihre Geduld, Aufopferung und Hingabe nimmt, herzlichen Anteil an ihrem oft jahrelangen Dulden. Der reichhaltige Inhalt des in 24 Vorlesungen geteilten Buches kann hier nur angedeutet werden, die lebhafte und höchst interessante Darstellung des Stoffes, die auch für eine eingehende Kenntnis der schönen Literatur zeugt, gestaltet die Lectüre des Buches zu einem wahren Genusse.

Zunächst werden die Unterschiede zwischen Mann und Weib abgehandelt, wobei die geistigen Eigenschaften des Weibes nicht nur vom physiologischen Standpunct sondern auch auf Grund von in der Literatur vorhandenen Urteilen vieler grosser Geister besprochen werden. Verf. protestiert dabei energisch gegen die übliche falsche Bevormundung der Frauen, denen man meist eine ihren Anlagen entsprechende Ausbildung versagt und ihnen das Recht auf eine ihnen passende Arbeit vorenthält. Es folgt die Besprechung der Morbidität und Mortalität des Weibes im Vergleich mit derjenigen des Mannes. An der Hand von statistischen Zahlen wird nachgewiesen, dass die Morbidität des Weibes infolge der häufigen Erkrankungen seiner Genitalien bedeutend höher als diejenige des Mannes ist. Geschwülste der Geschlechtsteile sind bei der Frau 11 Mal häufiger als beim Manne. Die Mortalität der Frau ist dagegen etwas geringer als die des Mannes. Unter den allgemeinen Ursachen der Genitalerkrankungen der Frau werden die intrauterinen Erkrankungen, Genitalinfectionen im ersten Lebensjahre, verschiedene Kinderkrankheiten, fehlerhafte Kleidung, Schulen, Ueberfüllung der Blase, Menstruation, ungenügende Kost in Pensionaten, Radfahren, Masturbation etc. ausführlich besprochen. Weiter finden die sexuelle Perversität, die Gefahren der Ehe, der kriminelle Abort, die Gonorrhoe und Prostitution eingehende Berücksichtigung. Unter den puerperalen Vorgängen als Krankheitsursachen weist der Verf. auf die unnützen, überflüssigen Operationen hin: die Luxuszange und die manuelle Entfernung der Placenta sind eine häufige Quelle verschiedener Erkrankungen. Auch das Nichtselbststillen, seine Ursachen und Folgeerscheinungen werden besprochen.

Es folgt sodann die allgemeine Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane auf Grund zahlreicher statistischer Daten, wobei die Geschwulststatistik, Menstruationsanomalien und die Sterilität eingehend abgehandelt werden. Weiter beschreibt W. die Erscheinungen an anderen Organen bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, wobei die Beziehungen der Sinnesorgane zu den weiblichen Genitalien gewürdigt werden, ferner die Neurasthenie und Hysterie. Auch Tolstoi wird als Gewährsmann dafür, dass der Mann häufig die Ursache der Hysterie der Frau sei angeführt.

Auf die allgemeine Diagnostik der Frauenkrankheiten und ihre Untersuchungsmethoden kann hier nicht näher eingegangen werden und von der allgemeinen Therapie soll nur erwähnt werden, dass der Verf. das «Primum non nocere» allen Massnahmen zu Grunde legt und den physikalischen Heilmethoden einen weiten Raum anweist. Das Schlusscapitel behandelt die Methoden der künstlichen Befruchtung, von denen Verf. Bossis Methode als aussichtsvoll erklärt.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass das vom Verleger gut ausgestattete Buch dem bekannten Petersburger Gynäkologen Dr. O. von Grünewaldt als Zeichen herzlichen Dankes für 45-jährige treue Freundschaft gewidmet ist.

W. Beckmann.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. A. Martin: Die Pflege und Ernährung der jungen Mutter. II. Heft. Fragen des Lebens. Preis 30 Pf.

Dr. med. Paul Meissner: Hygienische Grausamkeiten gegen Kinder. III. Heft. Fragen des Lebens. Preis 50 Pf. Verlag für Volkshygiene und Medicin. G. m. b. H. Berlin. 1909.

Die Absicht des Verlages eine Reihe von Mitteilungen aus der Feder bewährter Gelehrter und Hygieniker zu veröffentlichen, von denen jedes Heftchen als etwas Abgeschlossenes, Ganzes dem Publicum in leichtfasslicher Form Aufklärung bringen soll über die wichtigsten Fragen des täglichen Lebens, kann auch von uns mit Freude begrüsst werden. Es ist ja nur höchst wünschenswert und kann den kommenden Generationen von Nutzen sein, wenn mit vielen Vorurteilen und Altweibergebräuchen aus Wochen- und Kinderstube aufgeräumt werden sollte.

So können wir allen denen, welchen die Pflege einer jungen Mutter obliegt, das Martinsche Büchlein nur warm empfehlen, doch gleichzeitig soll auch die zukünftige Wöchnerin so Manches aus dem Schriftlein selbst beherzigen.

Unter «hygienischen Grausamkeiten gegen Kinder» versteht Meissner alles das, was die körperliche resp. geistige, ruhige Entwickelung des Kindes schädigt und hemmt, von vielen Pflegerinnen und Müttern aber getan und geduldet wird.

Wenn wir unsere Kinder ruhig erziehen und der natürlichen Entwickelung nicht «grausam» entgegenarbeiten, so werden sie uns dereinst im entnervenden Kampf des modernen Lebens dafür Dank wissen.

Hecker.

Prof. Dr. Th. Ziehen: Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter. Nach einem Vortrag für Eltern und Lehrer. Verlag von S. Karger. Berlin. 1909. Preis 60 Pf.

Von der grössten practischen Bedeutung sind namentlich zwei chronische Geistesstörungen im Kindesalter; es sind dies die sog. psychopathischen Constitutionen (krankhafte seelische Veranlagungen) und der angeborene Schwachsinn. Ihr frühzeitiges Erkennen ist von grosser Wichtigkeit, da man dann auf eine Besserung, resp. Heilung hoffen könne. Und so versuchte denn Verf. in einem ausführlicheren Vortrage gerade diejenigen Personen, die es mit Kindern zu tun haben, Eltern und Lehrer, auf diejenigen Symptome aufmerksam zu machen, welche eine frühzeitige Diagnose beginnenden, resp. vorhandenen Schwachsinns ermöglichen. Verf. erwähnt zunächst die ätiologischen Momente dieser auf einer «Hemmung» der normalen Entwickelung des Gehirns beruhenden Erkrankung, bespricht dann die den Schwachsinnigen eigentümlichen Köperformanomalien und geht genauer auf die körperlichen Symptome ein, die unmittelbar von der Entwickelungsstörung des Nervensystems abhängen, so das Fehlen oder verspätete Auftreten der Coordinationsleistungen, die sog. Ausfallserscheinungen bei Schwachsinn. Doch auch Reizerscheinungen, wie Krämpfe, Zuckungen kommen vor, und sind alle die genannten Symptome gewissermassen Mahnzeichen, um den geistigen Zustand des Kindes einer genauen Untersuchung zu unterziehen, um die endgiltige Diagnose des Vorhandenseins von «angeborenem Schwachsinn» stellen zu können. Denn die letzte Entscheidung liege beim Nachweis des Vorhandenseins eines Intelligenzdefectes selbst. Und da gibt es denn 3 Grade des angeborenen Schwachsinns zu unterscheiden, je nachdem, ob nur eine oder alle 3 Hauptleistungen unserer Intelligenz einen Ausfall zu verzeichnen haben, nämlich das Gedächtnis, die Begriffsbildung und die Combinations- oder Urteilsfähigkeit, welche beim schwersten Grade des Schwachsinns, der Idiotie, absolut versagen.

In diesem Büchlein wird auch der Arzt viel Interessantes und Belehrendes finden.

Hecker.

G. v. Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. Vortrag. München. 1909. E. Reinhardt.

Die Unfähigkeit zu stillen hat erst in den letzten Jahrhunderten allmählich die heutige Ausbreitung erreicht und ist offenbar im Wachsen begriffen. Erst um das Jahr 1500 tauchen die ersten Angaben über künstliche Kinderernährung in Deutschland auf. Manche Frauen sind physisch unfähig zum Stillen, andere hält die Berufsarbeit davon ab, wieder andere die Bequemlichkeit. B. hat auf die an viele Aerzte adressierten Fragebögen 2401 Antwort erhalten, aus denen hervorgeht, dass 883 Frauen befähigt und 1518 unbefähigt waren. Eine grosse Rolle spielt die Erblichkeit der Unfähigkeit zum Stillen. B. suchte einen Zusammenhang dieser Unfähigkeit mit den verbreitetsten erblichen Dispositionen und fand, dass Tuberculose, erbliche Nervenkrankheiten und Psychosen eine gewisse, jedoch geringe Rolle spielt. Von grösserer Bedeutung ist der Alcoholismus. Die chronische Alcoholvergiftung des Vaters ist die Hauptursache der Unfähigkeit zum Stillen in den Fällen, wo die Mutter noch stillen konnte, die Tochter aber nicht. Die Unfähigkeit zu stillen paart sich mit anderen Symptomen der Degeneration, insbesondere mit der Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen und Zahncaries. Es gibt für den Menschen kein anderes Mittel von erblichen Leiden und erblicher Entartung sich zu befreien, als die Zuchtwahl. Ein gesunder Mann soll 1) kein Mädchen heiraten, das nicht von der eigenen Mutter gestillt werden konnte, 2) kein Mädchen aus tuberculöser, 3) aus einer psychopathisch belasteten Familie, 4) keine Tochter eines Trinkers. Dieses an sich ideale Postulat dürfte in praxi auf Schwierigkeiten stossen.

Lingen.

P. Sittler. Die wichtigsten Bacterientypen der Darmflora beim Säugling, ihre gegenseitigen Beziehungen und ihre Abhängigkeit von äusseren Einflüssen. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 1909. Mk. 2,50.

In der Bacterienflora des Darmcanals sich zurechtzufinden erschien zunächst wegen der ungeheuren Zahl der darin wuchernden Mikroorganismen eine schwierige und undankbare Aufgabe. Den unermüdlichen Forschungen einer Reihe von Autoren, unter denen Escherich als erster bahnbrechend wirkte, gelang es allmählich Einblick in das bacterielle Geschehen im Darmkanal zu gewinnen. Das Studium des Säuglingsdarmes erwies sich als besonders lohnend, weil hier das successive Einwandern in den bei der Geburt sterilen Darmschlauch relativ einfache Verhältnisse erwarten liess.

Dieses interessante Gebiet findet in der vorliegenden Schrift eine eingehende Schilderung unter Verwertung eigener Erfahrungen und Untersuchungen des Verfassers, wobei eine historischer Ueberblick der Frage als Einführung dient und die Technik der Untersuchung kritisch beleuchtet wird.

Was die erste Infection des Darmtractus beim Neugeborenen anbetrifft, so legt S. wenig Gewicht auf die Luft und das Badewasser, während das Eindringen der Keime durch den Anus aufwärts als fast jeder Bedeutung bar aufgefasst wird. Dagegen ist der Genitalschlauch der Mutter, mit dem der Mund des Kindes während des Geburtsactes in innigen Contact kommt, viel eher verdächtig die erste Quelle der Darmflora zu sein. Es hat diese Auffassung auch insofern die Wahrscheinlichkeit mehr für sich, als wir in der Vagina der Frau durchaus dem Darm ähnliche Wachstumsbedingungen finden, während die Mikroorganismen in Luft und Wasser erst aus anderen Medien hereingelangt sein müssen. Auch der Umstand spricht in diesem Sinne, dass die Darmflora des normalen Brustkindes unter den verschiedensten klimatischen Bedingungen stets dieselbe bleibt und eine auffallende Unabhängigkeit von den äusseren Verhältnissen aufweist. Dagegen ist sie sehr empfindlich gegenüber Aenderungen in der Zusammensetzung der Nahrung, und kann auf diese Art leicht beeinflusst werden. Besonders sind die Kohlehydrate und unter ihnen die Zuckerarten von Ausschlaggebender Bedeutung. Auch die Wirkungslosigkeit medicamentöser Massnahmen auf die Zusammensetzung der Darmflora, zumal im Sinne einer Desinfectionswirkung, wird hier dargetan.

Ucke.

Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen Medico-Chirurgischen Instituts zu Stockholm. Verlag von Gustav Fischer. Jena. 1909.

Von den Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen Medico-Chirurgischen Instituts zu Stockholm ist das zehnte Heft erschienen, das wie seine Vorgänger Beachtung verdient. Knape berichtet darin über 9, auch mikroskopisch untersuchte Fälle von Stauungspapille und kommt hinsichtlich der Pathogenese zum Schluss, dass diese Veränderung nicht entzündlichen Ursprungs sei. Nach ihm entsteht die Stauungspapille in der Weise, dass die Vena centralis retinae in ihrem Verlauf durch die Duralscheide des Sehnerven durch die ödematös angeschwollene Scheide verengert wird. Wenn sich entzündliche Veränderungen finden, sind sie secundärer Natur. Troell beschreibt zwei seltene Fälle von sympathischer Ophthalmie. In dem esten Falle litt das sympathisierende Auge an Hypopyonkeratitis und wurde mit dem Saemischschen Schnitt eröffnet, in dem zweiten Falle lag Ophtalmia gonorrhoica vor.

Johann Widmark teilt in seiner bedeutsamen Arbeit Beweise für die Abnahme der Kurzsichtigkeit in den höheren Knabenschulen Schwedens mit. Als Ursache dieser erfreu-

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lichen Tatsache sieht er die zunehmende Ausübung körperstärkender Spiele.

Auf W i d m a r k s interessante Ausführungen kann hier nicht näher eingegangen werden, sie seien aber besonders Schulärzten zum Studium empfohlen.

J a k o b ä u s bringt die Beschreibung von vier Fällen der M i k u l i c z schen Krankheit und behandelt im Anschluss daran ausführlich die Aetiologie und Differentialdiagnose.

S i m o n sah in den mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von M i k u l i c z scher Krankheit eine Verkleinerung der Drüsen. Hinsichtlich der Dauerwirkung kann er aber kein bestimmtes Urteil abgeben, hält aber jedenfalls die Radiotherapie für indiciert, sobald die antiluetische und antituberculöse Behandlung im Stiche lassen. L i n d a h l berichtet zum Schluss über Versuche über die agglutinierende Wirkung der Tränenflüssigkeit.

I s c h r e y t.

S. A. N o w o s e l s k y und W. N. M a m o n o f f. Zur internationalen Statistik der Tuberculose und des Krebses. St. Petersburg. 1908.

Wegen der grossen Verwüstungen, die diese beiden Erkrankungen der Menschheit zufügen, ist in den letzten Jahren die Energie der Aerzte, Hygienisten, Behörden ganz besonders auf die Bekämpfung der Tuberculose und des Krebses gerichtet. Während der Kampf gegen die Tuberculose schon eine grosse Reihe von Jahren geführt wird, ist eine internationale Vereinigung zur Bekämpfung des Krebses erst im Jahre 1906 auf den Vorschlag von Prof. L e y d e n ins Leben gerufen worden.

Die Basis, auf welcher die Bekämpfung der Tuberculose und des Krebses steht, ist eine verschiedenartige, da wir den Erzeuger der Tuberculose gut kennen, während der Krebserzeuger uns noch vollständig unbekannt ist. Genaue statistische Untersuchungen über die Verbreitung des Krebses und der Tuberculose können viele Anhaltspuncte zur genaueren Erforschung dieser Krankheiten geben.

Die beiden Verfasser bringen uns eine systematische Zusammensetzung des statistischen Materials über die Mortalität an Tuberculose und Krebs aus allen europäischen Staaten. Das Material nahmen sie aus erster Quelle, aus den officiellen medicinal-statistischen Publicationen der einzelnen Staaten.

Sie kommen zu folgenden Schlüssen:

1) Ein internationaler Vergleich der Mortalitätsziffern der verschiedenen Erkrankungen stösst auf grosse Schwierigkeiten wegen der Verschiedenartigkeit der Registration und Gruppierung der Krankheitsprocesse.

2) Die grösste Sterblichkeit an Tuberculose wird in Oesterreich, Ungarn, Rumänien, Bulgarien und Serbien notiert; die geringste Sterblichkeit in Italien, Dänemark, Holland, England. In Russland ist die Sterblichkeit an Tuberculose nicht übermässig gross

3) In den meisten Staaten Europas geht in den letzten Jahren die Sterblichkeit an Tuberculose zurück; für Russland ist ein solches Heruntergehen der Sterblichkeit in St. Petersburg, Moskau und Warschau zu bemerken.

4) Das Sinken der Mortalität an Tuberculose ist hauptsächlich auf Massregeln zur Verhütung der Ansteckung und zur Hebung des Wohlstandes der arbeitenden Klassen zurückzuführen.

5) Die grösste Sterblichkeit an Krebs ist im Centrum Europas in der Schweiz, Süddeutschland, Schweden, Norwegen und Dänemark zu treffen.

6) Die geringste Sterblichkeit an Krebs ist in Südeuropa Italien, Griechenland und besonders in Serbien und Bulgarien.

7) In Russland ist in den Städten, wo genaue Zählungen ausgeführt werden, die Sterblichkeit an Krebs nicht übermässig gross. Von den grösseren Städten Russlands ist diese Sterblichkeit am höchsten in St. Petersburg und Odessa.

8) In allen europäischen Staaten ist in den letzten Jahren die Krebsmortalität in einem mehr oder weniger starken Grade gewachsen.

8) Die Ursache dieses stetigen Wachsens der Krebsmortalität ist wohl in der parasitären Aetiologie des Krebses zu suchen.

W e b e r.

R a u b e r s Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Fr. K o p s c h in 6 Abteilungen. Achte Auflage. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. Abt. 1. Allgemeiner Teil. 1908. Preis Mk. 6. Abt. 2. Knochen, Bänder. 1908. Preis Mk. 9.50. Abt. 3. Muskeln, Gefässe. 1909. Preis. Mk. 15.

Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollte man über die Vorzüge des Lehrbuchs von R a u b e r in der Neubearbeitung von Prof. Fr. K o p s c h sprechen. Einen sicheren Beweis für den Wert des Lehrbuchs stellt das Erscheinen einer neuen Auflage in kurzer Zeit dar. Das Lehrbuch ist in jeder Hinsicht ein Prachtwerk, das eine Fülle von Tatsachen in klarer Darstellung gibt, wobei es in der neuen Auflage auch den neueren Forschungen gerecht wird. Es ist ein Werk, welches unzweifelhaft ein unentbehrliches Handbuch für den Mediciner darstellt, zumal es in einem glücklichen Griff einen ausgiebigen Text und einen prachtvollen Atlas vereint. Die neue Auflage enthält in den bisher erschienenen Teilen eine Anzahl von Abbildungen, die die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft wiedergeben.

Ueber jedes Lob erhaben muss die Ausstattung des Lehrbuchs bezeichnet werden, welche durchaus bezeugt, dass der Verlag von G e o r g T h i e m e weder Mühe noch Kosten gescheut hat um dem Lehrbuch das würdige Aussehen eines gediegenen Prachtwerkes zu geben. Bei der grossen Anzahl von Abbildungen, von denen ein grosser Teil in Farben wiedergegeben ist, wobei auch die technische Seite der Ausführung tadellos ist, muss der Preis der einzelnen bisher erschienenen Abteilungen als ein niedriger anerkannt werden.

V. S c h m i d t.

M. N u s s b a u m. E. F. W. P f l ü g e r als Naturforscher, mit einem Bildnis. Bonn, Verlag von Martin Hager. 1909.

Das Werk, das N u s s b a u m seinem Lehrer zum achtzigsten Geburtstage überreicht, enthält ein Verzeichnis sämtlicher Werke P f l ü g e r s und eine kurze Angabe des Inhaltes der Werke sowie der Fortschritte, «welche die Physiologie oder besser gesagt, die Biologie, d. i. die Lehre von dem Bau und der Tätigkeit der lebenden Wesen, dem Genius des einzigen Mannes verdankt».

V. S c h m i d t.

W. P. K a s a n z e w. Zur Morphologie einiger Skeletteile der Knochenfische Jurjew (Dorpat). K. Mattiesen. 1908 (russisch).

Das Werk enthält drei Abhandlungen: Beobachtungen über die Bildung der Otholithen der Knochenfische; Beobachtungen über die Entwickelung des Hautskelets einiger Knochenfische und einige Tatsachen zur Morphologie der Rippen der Knochenfische.

V. S c h m i d t.

A. D u t o i t. Generalregister der ophtalmologischen Arbeiten im Correspondenzblatt für Schweizerärzte. Basel. Schwabe. 1909. Preis 2 M. 40.

Vorliegende sorgfältige Zusammenstellung umfasst die Jahre 1871 bis 1908 und berücksichtigt nicht nur die Originalarbeiten sondern auch die im Correspondenzblatt recensierten. Eine Empfehlung von Prof. S i g r i s t ist dem Büchlein beigegeben. Den Ophtalmologen wird dieses Nachschlagewerk von Wert sein.

M.

Das Altern als abwendbare Krankheit. Eine biologische Studie von Dr. med. T r a n j e n. Halle a. S. Carl Marholds Verlagsbuchhandlung. 1908.

Unter Hinweis darauf, dass die Unveränderbarkeit der Existenzformen unserer Erde ein längst überwundener Standpunct sei, weil das Gegenteil dem Wesen der allgemein anerkannten Evolutionstheorie direct widerspräche und unter dem Einfluss der neuesten Erfahrungen und Theorien in der Chemie, der Biologie und besonders der Immunitätsforschung recapituliert Verfasser in der vorliegenden Abhandlung auf nur 35 Seiten seine Kritik des Dogmas von der Unvermeidlichkeit — der Obligität, wie er sich ausdrückt — des natürlichen, individuellen Todes der mehrzelligen Organismen aus Altersschwäche, die er in 2 grösseren Aufsätzen in der «Therapeut. Rundschau, Jahrgang 1908» abgehandelt hatte. Der erste dieser Aufsätze betrachtet die Frage im allgemeinen aus dem evolutionistischen Gesichtspuncte und beweist die Denkbarkeit der senescenzlosen Existenz. Der zweite beschäftigt sich speciell mit den Beziehungen der Senescenz zu der Immunitätslehre im Lichte der E h r l i c h schen Seitenkettentheorie und bemüht sich die Ausführbarkeit diesbezüglicher Experimente klar zu legen.

Zunächst betont Verfasser die Schwierigkeit ein solches Thema sowohl den Fachgelehrten, wie sonstigem Publicum mundgerecht zu machen und erörtert danach zwei Fragen, die er durch gut gestützte Ausführungen zu beantworten sucht. Die erste lautet: Ist die individuelle Lebensgrenze nach oben hin verrückbar? — Ihr sind beigefügt «Vorschläge zur experimentellen Inangriffnahme der Lösung dieser Frage». — Für seine Ausführungen über die Senescenz und die Immunität, wählt Verf. die Fragestellung: Gibt es eine Mög-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichkeit um nach einer rationellen Therapie der Alterserscheinungen zu suchen?

Bei der geistvollen, hochinteressanten Erörterung dieser Fragen, entwickelt Verf. eine stupende Fülle umfassender Kenntnisse, auf allen von ihm berührten Gebieten. Zuvörderst legt er klar, dass die Frage des obligaten Todes eines jeden Lebewesens nicht zu den müssigen metaphysischen Denkübungen gehört, sondern dass wir von den Geheimnissen der Natur schon soviel aufgedeckt haben, dass man es wagen darf dieser Frage wissenschaftlich näher zu treten, ohne als Phantast zu gelten und sagt «der moderne Mensch, unter dem Zeichen der Evolution und Umwertung aller Werte lebend, der sich tausendfach von der Haltlosigkeit des geisteslähmenden Dogmas der fatalen Unabänderlichkeit der Existenzformen in der Natur überzeugt hat, muss notgedrungen sich auch mit der Frage der Obligität des natürlichen Todes ernstlich beschäftigen».

Im Laufe der sachlichen Erörterung kommt Verf. zu dem Schlusse, dass selbst eine eventuell zu erreichende Verrückung der individuellen Lebensgrenze nach oben hin für das practische Leben der Menschen solange keine Verbesserung bedeuten wurde, als nicht auch gleichzeitig die Molesta des Alters von ihnen genommen würden. Alterserscheinungen wie Presbyopie, Schwerhörigkeit, Gicht, die verschiedenen Schleimhautkatarrhe, maligne Neoplasmen, Impotenz, atheromatöse Gefässdegenerationen, Asthma u. a. erschweren und verbittern alten Menschen das Leben so sehr, dass sie sich zuletzt selbst nach dem Tode sehnen.

Ueberblickt man nun aber die Phänomene welche uns die Immunitätsforschung zu ergründen gelehrt, so sehen wir, dass viele unserer früheren Anschauungen grosse Irrtümer enthalten und dass wir heute auf den menschlichen Organismus viel tiefer und zielbewusster einwirken können als man früher auch nur ahnte. Eine Frage nach der Möglichkeit der Beeinflussung einer biologischen Lebensäusserung (Eintritt der Alterserscheinungen) wäre vor der bacteriologischen Aera in der Medicin als eine müssige, vollkommen gegenstandslose betrachtet worden, da wir ja keine Idee davon hatten, wie man gegen einen unsichtbaren Feind, gegen unbekannte Gifte und ihre Wirkungsart ins Feld ziehen könne. Ebenso hatte man damals keine Ahnung davon, dass man dem Körper künstlich eine neue Functionsrichtung in einigen Tagen anzüchten, dass man also in das intimste Wesen des Organismus willkürlich eingreifen kann. Heute indess ist die Möglichkeit gegeben solchen Fragen näher zu treten. Wir können heute fast unbeschränkt beliebige Cytotoxine erzeugen, Isotoxine, Praecipitine, Eiweiss-Praecipitine u. a., haben die kreuzweise Immunisierung, die Complement-Bindungsmethode zur Verfügung denen noch die Antitoxine, Lysine und überhaupt die Erscheinungen der Allergie-Reactionen zu Hilfe kommen. Alles dies veranlasst Verfasser zu der Annahme, dass es durchaus angezeigt sei durch fortgesetzte Versuche festzustellen, ob und inwieweit es möglich wäre mit der Einwirkung des Serums von alten auf junge Organismen und umgekehrt, eine Wirkung zu erzielen die darauf hinaus liefe den jungen Organismen mit Serum von alten eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegen das Auftreten der Alterserscheinungen anzuzüchten, sie gegen diese Erscheinungen mehr oder weniger immun zu machen. Die Resultate solcher Versuche erst würden es ermöglichen auf die Frage von der künstlichen Verrückbarkeit der Lebensgrenze experimentell zu antworten.

Den diesbezüglichen Forschungsweg stellt sich Verf. folgendermassen vor: 1. Mit Hilfe der chemisch-biologischen Reactionen die Unterschiede zwischen den, allgemein gesagt, Säften junger und greiser Individuen ausfindig zu machen; 2. durch serologische Versuche festzustellen, ob diese Unterschiede derartig weitgehende sind, um als Antigene wirksam zu sein; bei positivem Resultate müsste man sodann zu den entscheidenden Versuchen übergehen, nämlich 3. durch die Einverleibung von den Säften greiser Organismen jugendlichen Individuen, bei den letzteren Unempfänglichkeit für jene Stoffe zu erlangen, die das Altwerden und mithin den natürlichen Tod bedingen, mit anderen Worten, die so Behandelten gegen das Altern und seine Folgen zu immunisieren.

Zweck des Verfassers war durch Erörterung dieser Frage zu zeigen, dass ihre Beantwortung denkbar ist und dass wir mit den Errungenschaften der neueren Wissenschaften ausgerüstet an diesbezügliche Versuche herantreten können.

«Die Senescenz und die Immunität» — mit der Fragestellung: Gibt es eine Möglichkeit, um nach einer rationellen Therapie der Alterserscheinungen zu suchen? — bildet den zweiten Teil der Abhandlung Tranjens.

Verf. deduciert folgendermassen. Auf Grundlage der vorausgegangenen Erörterungen, stellt sich die Senescenz als eine pathologische Erscheinung, als eine Krankheit dar. Mit dem Begriff «Krankheit» verbinden wir aber die Vorstellung von ihrer Abwendbarkeit und möglichen Heilung. — Mittel gegen die Alterserscheinungen gab es von jeher sehr viele, doch nur symptomatische, denn kein wissenschaftlich denkender Arzt hat wohl bis heute geglaubt gegen ein so allgemein gültiges biologisches Gesetz wie das Altwerden erfolgreich ankämpfen zu können. Das Wesen der Ursache dieses Vorgangs (des Altwerdens) musste als ein Etwas betrachtet werden, was den mehrzelligen Organismen evolutionistisch angezüchtet worden ist. Die neuesten Entdeckungen der Immunitätslehre haben indess Tatsachen geliefert, die uns veranlassen viele unserer bisherigen Anschauungen gründlich zu revidieren. — Da ist z. B. die von P. Ehrlich erfundene und ausgearbeitete Seitenkettentheorie, deren Functionen durch die Fähigkeit der Bildung von Gegenkörpern uns auch in der vorliegenden Frage zu Hilfe kommen können.

Angesichts solcher Entdeckungen, die uns einen nie geahnten Einblick in das Wirken der tierischen Organe, hauptsächlich der Zellen, eröffnen, scheint Verfasser der Wunsch nicht unberechtigt, unsere Begriffe und Ansichten über Wesen und Ursache des Alters ebenfalls der Revision zuzuführen.

Wäre nun das, was in Vorstehendem angenommen wird, erwiesen, so dürfte man versuchen junge Individuen gegen die Alterstoxine künstlich wiederstandsfähiger zu machen, indem man sie mit dem Serum oder Gewebssäften greiser Individuen behandelt und das Serum der durch die Behandlung activ altersimmun gemachten jüngeren Individuen zum Hervorrufen von passiver Immunität bei schon alterskranken Organismen verwendet. Bedenkt man die neuesten Resultate Weichardts (Methode der Absättigung) und den staunenswerten Erfolg Wassermanns (Complement-Bindungsmethode), so scheint es einfach unwissenschaftlich a priori die Möglichkeit des positiven Erfolges der vorgeschlagenen Versuche zu negieren.

Man muss festhalten, dass die Erscheinungen, die das Altwerden ausmachen ins Gebiet der Pathologie fallen. Alle Involutions- und Senescenz-Symptome — verschiedene Atrophien, das Ueberhandnehmen der unedlen Körpergewebe auf Kosten der edlen etc. — haben ihre Paradigmen in der Pathologie der jüngeren Lebensperioden. Nach unseren heutigen Begriffen vom Wesen und Ursachen der Krankheiten würde uns am besten das Auftreten und Zusammentreffen der Altersveränderungen verständlich gemacht werden, wenn wir die auslösende Ursache als eine Autointoxication auffassen könnten, die den normalen Stoffwechsel so alteriert, dass die Senescenz auftreten muss. — Es wäre dann eine chronisch-schleichende Autointoxication, hervorgerufen durch die unvollkommenen regulatorischen Functionen des Tierkörpers, welche selbst die physiologischen Reize, die den Körper von Geburt an treffen, nicht vollständig auszugleichen vermögen. Es häufen sich daher feine und feinste Schädigungen an, die sich schliesslich zu verschiedenartigen Stoffwechselanomalien verdichten, welche die regenerativen Processe soweit verändern, dass das, was wir Senescenz nennen, eintritt. Solche Erklärung des Alterns ist dem Princip nach zwar nicht neu und oft ist ihr schon widersprochen worden. Allein unserem heutigen toxikologischen Denken drängt sie sich förmlich auf.

Bei kurzer Anwesenheit in Berlin konnte Verfasser in Laboratorien hervorragender Serologen nur einige orientierende Experimente anstellen, die er zwar noch für durchaus ungenügend hält, die aber entschieden zu weiteren Versuchen aufmuntern.

Schliesslich hält Verf. nicht mit dem Bekenntnis zurück, dass er selber an den positiven Erfolg seiner Vorschläge glaube. Er hält es für wahrscheinlich, dass man auf diesem Wege dahin kommen wird, der eintretenden Senescenz Einhalt zu gebieten und damit die Menschheit von den hässlichen und qualvollen Begleiterscheinungen des Alters zu befreien, obgleich dadurch das äussere Bild des menschlichen Lebens wenig verändert sein würde, weil die Mortalitätsstatistik nur 5 Procent Todesfälle an Altersschwäche aufweist. Die Menschen aber, welche alt werden ohne an dem Heere anderer Krankheiten einzugehen, würden unendlich glücklicher und besser leben können.

Verf. prätendiert keineswegs, dass seine Idee die einzig seligmachende sei, glaubt vielmehr, dass die Resultate der neueren Forschung auf dem Gebiet der Reactionskinetik im Zusammenhange mit der Zonentheorie, mit den Erscheinungen der Katalyse und Emanations-Phenomene uns die Aussicht eröffnen, auch mit kleinen Mitteln ungeahnt grosse Einwirkungen selbst auf die tiefstliegenden Lebensfunctionen zu erreichen. Hingegen glaubt Verf. aber bewiesen zu haben, dass die Entdeckungen der Immunitätslehre schon so weit gediehen sind, um zur Lösung des Altersproblems herangezogen werden zu können.

Ungeachtet ihres geringen Umfanges bietet die Abhandlung reichen Stoff von actuellem Interesse, ist vortrefflich geschrieben, selbständig in ihren Deductionen und kann daher allen nur warm empfohlen werden, die sich für neuere Forschung auf dem Gebiete der Biologie und Immunitätslehre interessieren.

Köcher.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Congress russischer Therapeuten. Anfang Mai a. c. wurde von Prof. W. Scherwinsky im Auftrage der Moskauer therapeutischen Gesellschaft ein Gesuch an den Minister des Innern eingereicht, in dem um die obrigkeitliche Erlaubnis zur Einberufung eines Congresses russischer Therapeuten petitioniert wurde. Der Congress ist durch ministerielle Verfügung gestattet worden, wobei die gleichzeitig nachgesuchte Bestätigung der Statuten dieser Congresse abschlägig beschieden worden ist, mit dem Hinweis darauf, das vorgestellte Project zuerst dem ersten Congress zur Begutachtung vorzulegen und die Frage zur Beratung zu bringen, ob die Bestätigung wünschenswert sei.

Die Moskauer Organisatoren der bevorstehenden Congresse russischer Therapeuten haben in der Sitzung vom 13. Mai c. und in der Bureausitzung vom 17. Mai c. auf Vorschlag moskauer Collegen folgende Fragen in das Programm des ersten Congresses aufgenommen.

I. 1) Elektrokardiographie.
2) Die Bedeutung achlorider Diät in der Therapie.
3) Die Syphilistherapie der Gegenwart.
4) Materialien zur Behandlung mit Tuberculinen.

II. Ausserdem sind bis jetzt folgende Vorträge angemeldet worden:
1) N. N. Obolonsky (Moskau). Ueber die Wirkung kohlensaurer Bäder.
2) A. P. Braunstein (Moskau). Ueber die Frühdiagnose des Magenkrebses.
3) N. D. Titow (Moskau). Ueber gonorrhoische Arthritis.
4) N. Kahn (Berlin). Ueber die Elasticität der Gewebe.
5) Th. A. Alexandrow (Moskau). Schwangerschaft und Tuberculose.
6) L. E. Golubinin (Moskau). Die Serodiagnostik innerer Krankheiten.

Das Organisationsbureau glaubt die 4 Themata der 1-sten Gruppe als Programmfrage vorschlagen zu sollen und rechnet darauf, dass die Herren Collegen Referate zu diesen Fragen anmelden werden. Zur Frage Nr. 4 hat sich Dr. P. Fedorow (Jalta) angemeldet.

Ausser den 6 Vorträgen der II. Gruppe, wird noch eine combinierte Sitzung mit dem Chirurgencongress geplant, auf der die Therapie des runden Magengeschwürs die Tagesordnung bilden soll.

Trotzdem die Anmeldungen bis jetzt gering sind, hofft das Bureau auf rege Beteiligung der Herren Collegen am Congress und rechnet auf weitere Anmeldungen von Vorträgen über beliebige Themata.

Abgesehen von der wissenschaftlichen Tätigkeit ist der erste Congress unbedingt notwendig im Hinblick auf die in der ministeriellen Antwort gestellte Bedingung, von der die Bestätigung der Statuten der Congresse russischer Therapeuten abhängig gemacht worden ist.

Als Termin wird die 2-te Hälfte des December vorgeschlagen, da um diese Zeit in Moskau der Congress russischer Chirurgen tagen wird. Ein späterer Termin erscheint unzweckmässig, da für Ende December in Moskau der Aerzte- und Naturforschercongress, in Petersburg der Antialcoholcongress und für Anfang Januar 1910 der XI. Pirogowsche Congress angezeigt sind.

Das Organisationsbureau wendet sich an alle Herren Collegen mit der Bitte ihre diesbezüglichen Wünsche und Einwendungen bis zum 15. October 1909 zur Kenntnis bringen zu wollen.

Der Aufruf ist von Prof. Scherwinsky unterzeichnet.

— Das Gesuch des Organisationscomitées des XI. Pirogowschen Congresses um eine Subsidie für Einrichtung einer Ausstellung beim Congress ist vom Ministerium des Innern genehmigt und die Summe von Rbl. 15000 dafür angewiesen worden. Die Ausstellung soll in der Michael-Manege stattfinden.

— Heidelberg. Der Privatdocent für innere Medicin Dr. P. Morawitz ist zum a. o. Professor ernannt worden.

— Florenz. Dr. F. Schupfer ist zum o. Prof. der internen Pathologie ernannt worden.

— Genua. Dr. Fabris ist zum a. o. Prof. der pathologischen Anatomie in Genua ernannt worden.

— New-York. Dr. Coley ist zum Prof. der Chirurgie ernannt worden.

— Dem Schweizer Archäologen O. Hauser, dessen Entdeckung eines fossilen Menschenskelettes im Vézértal (Südfrankreich) im vorigen Jahre allgemeines Interesse erweckte, ist die Auffindung noch eines zweiten Vertreters des Menschen aus dem Paläolithidum (ältere Steinzeit) gelungen. Der neue Fundort liegt c. 40 Km. von der ersten Fundstelle entfernt, auf einsamer Bergeshöhe.

— Pest. Britisch-Ostindien. Vom 22—28 Aug. sind in ganz Indien 2297 Erkrankungen und 1811 Todesfalle an der Pest zur Anzeige gelangt. China. In Amoy ist die Pestepidemie erloschen.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 28. Sept.	des 29. Sept.	31	11	18	347
» 29. »	» 30. »	28	15	12	349
» 30. »	» 1. »	22	10	20	341
» 1. Oct.	» 2. »	31	13	19	340
» 2. »	» 3. »	25	15	16	334
» 3. »	» 4. »	19	8	26	321

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16133 Personen erkrankt, 5957 gestorben und 9612 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 13. bis zum 19. Sept. 1909 608 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 2[illegible], Typhus exanthem. 3, Febris recurrens 3, Pocken 2[illegible], Windpocken 10, Masern 47, Scharlach 68, Diphtherie 69, Cholera 222, acut. Magen-Darmkatarrh 102, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11085. Darunter Typhus abdominalis 240, Typhus exanth. 37, Febris recurrens 26, Scharlach 225, Masern 54, Diphtherie 211, Pocken 86, Windpocken 2, Milzbrand 0, Cholera 331, crupöse Pneumonie 97, Tuberculose 343, Influenza 149, Erysipel 96, Keuchhusten 17, Hautkrankheiten 72, Lepra 0, Syphilis 469, venerische Krankheiten 464, acute Erkrankungen 1900, chronische Krankheiten 1289, chirurgische Krankheiten 1390, Geisteskrankheiten 3284, gynakologische Krankheiten 197, Krankheiten des Wochenbetts 55, Hydrophobie 0, Lyssa 0, verschiedene andere Krankheiten 31.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 790 + 35 Totgeborene + 45 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 5, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 11, Masern 18, Scharlach 11, Diphtherie 20, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 12, katarrhalische Pneumonie 58, Erysipelas 7, Influenza 3, Lyssa 1, Milzbrand 1, Pyämie und Septicaemie 12, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 25, Dysenterie 6, Cholera 36, Magen-Darmkatarrh 50, andere Magen- und Darmerkrankungen 70, Alcoholismus 15, angeborene Schwäche 36, Marasmus senilis 24, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 210.

— Mitte October erscheint das Prachtalbum des XVI Internat. Medicinischen Congresses. Amtlich bewilligte Ausgabe. Enthält die Referate und Vorträge, den Ablaufe des ganzen Congresses und die Photographien und biographischen Daten nahezu sämtlicher Congressmitglieder mit den Präsidenten und hervorragendsten Referenten an der Spitze. Das nahezu 40 Druckbogen umfassende Prachtwerk erscheint in ungarischem Leinwand-Einband und kostet samt Porto Kronen 25.

Ausschliesslich bei der Redaction des Prachtalbums des XVI. Internat. Medicinischen Congresses, Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 4, erhältlich.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. Josua Boerling in Petersburg, im Alter von 70 Jahren. 2) Dr. E. A. Gottwald in Moskau, im Alter von 58 Jahren. Arzt seit 1873. 3) Dr. P. M. Borissow in Alupka, im Alter von 61 Jahren. Arzt seit 1873. 4) Dr. M. L. Warschawsky in Warschau, im Alter von 48 Jahreren. Arzt seit 1888. 5) Dr. J. N. Sapalsky in Warschau, im Alter von 60 Jahren. Arzt seit 1876. 6) Dr. Holler ehemaliger Primarius der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Graz. 7) Prof. Dr. Julius v. Elischer in Budapest.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Oct. 1909.

Tagesordnung: Definitive Beschlussfassung über event. Aenderung des Statuts.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Oct. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen im August 1909.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 42 St. Petersburg, den 17. (30.) October 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die Wirkung des Jod (Jodglidine) auf das Herz.

(Experimentelle Untersuchung).

Von

Privatdocent Dr. J. Schirokogorow. (Dorpat-Jurjew).

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat 1909.

Schon sehr bald nach dem Erscheinen der ersten Arbeiten über die Wirkung des Jod auf die experimentelle Arteriosclerose liess sich erwarten, dass die Frage über die hemmende Wirkung des Jod auf die Entwickelung der Arteriosclerose und besonders ihre Heilung durch verschiedenartige Jodpräparate im negativen Sinne gelöst werden würde, da das Hauptgewicht der günstigen Wirkung des Jod, die bei Arteriosclerose und einigen Herzleiden beobachtet wurde, wahrscheinlich nicht in der Gefässwand zu suchen ist, denn ebenso wie der in derselben abgelagerte Kalk durch Jod nicht aufgelöst wird, so verwandelt sich auch das Bindegewebe nicht dank dem Jod wieder in Muskelgewebe. Worin nun eigentlich die wohltätige Wirkung des Jod besteht, wissen wir nicht, aber mit Hilfe der experimentellen Untersuchungen über die Herabsetzung der Viscosität des Blutes unter dem Einfluss des Jod (H. Sahli), wird uns bis zu einem gewissen Grade der Weg gewiesen, auf welchem wir zur Lösung dieser Frage gelangen können.

Vor 2 Jahren schon sprach der berühmte Kliniker Senator die Voraussetzung aus, dass wenn auch nicht einzig und allein, so doch grösstenteils die bei Arteriosclerose beobachtete wohltätige Wirkung des Jod auf Herabsetzung der Viscosität des Blutes zurückgeführt werden kann.

Auf welche Weise das weniger dickflüssige Blut auf den arteriosclerotischen Process einwirkt, gibt Senator nicht näher an, man muss aber wohl annehmen, dass eine solche Veränderung der physikalischen Eigenschaften des Blutes nicht ohne Einfluss auf das Herz bleiben kann. Die Entscheidung dieser Frage auf experimentellem Wege habe ich mir zur Aufgabe gestellt.

Bei der Auseinandersetzung über die Entscheidung dieser Frage muss ich die Wirkung des Jod auch auf das normale Herz der Experimentaltiere berühren und hier habe ich die interessanten Beobachtungen gemacht, welche ich der hochverehrten Versammlung vorzulegen beabsichtige.

Für meine Experimente benutzte ich ein verhältnismässig neues Jodpräparat — Jodglidine; es ist eine Mischung von Jod mit einem besonderen eiweisshaltigen Stoffe (Weizenkleber), enthält 10 pCt. organisch gebundenes Jod und ist von Dr. Volkmar Klopfer in Dresden—Leubnitz präpariert; es wird in Form von Tabletten hergestellt, welche 0,05 reines Jod enthalten. Dieses Präparat hat keinerlei unangenehme Nebenwirkungen (Kaufmann), und was mir bei meinen Experimenten besonders wichtig erschien, — das Jod geht unmittelbar ins Blut über (Boruttau).

Als nicht practicierender Arzt habe ich nicht genügend Gelegenheit gehabt, selbst die therapeutische Wirkung des Jodglidine zu beobachten, muss aber doch 2 Fälle von auffallender Wirkung des Jodglidine auf Herzkranke anführen, die ich selbst beobachtet habe. In einem der Fälle, allerdings dauerte die Wirkung nur 5—6 Wochen, war sie so überraschend günstig, dass das im Ganzen den Wert der Wirkung nur wenig beeinträchtigt. Es handelt sich um eine Patientin mit einem Mitral- und Aortenklappenfehler, die sich vor dem Gebrauche des von mir verordneten Jodglidines im Laufe von einigen Monaten in einem sehr deprimierten Zustande befand. Ich lasse einen Bericht der Patientin über ihren Zustand, wörtlich von ihr selbst aufgezeichnet, folgen:

„Meine Beängstigungen, an denen ich seit einigen Jahren leide, wiederholen sich alle Nacht mehrere Mal. Sie kommen im Augenblick des Einschlafens und äussern sich in grossem Angstgefühl, Luftmangel und Unvermögen zu atmen, was die Beängstigungen noch steigert. Oft ist es das reine Erstickungsgefühl und der Angst-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gedanke gleich sterben zu müssen. Ist der Anfall besonders stark gewesen, so treten stechende Schmerzen in der Herzgegend und kurze Zeit andauerndes Vertauben der linken Extremitäten ein. Während der Beängstigungen soll ich laut jammern und um Hilfe rufen, was ich selbst nicht weiss; ich erwache aber jedes Mal sitzend im Bett, da mir offenbar der Druck beim Liegen Beschwerden macht. Sobald ich ganz erwacht und bei vollem Bewusstsein bin, so zwinge ich mich zu ruhigem Atemholen, und die Togesangst vergeht, das Herz klopft noch eine Weile recht stark und dann ist es wieder gut bis zum nächsten Aufschrecken. Das wiederholt sich jede Nacht mehrere Mal. Bin ich schliesslich fest eingeschlafen, so ist alles gut und ich schlafe ungestört bis zum Morgen. Zeitweilig hat mir die Bauchlage Erleichterung gebracht, vor allen Dingen ein Gebrauch von Jodglidine. Nachdem ich 8—10 Tage 3 Tabletten täglich gebraucht hatte, kam ein unbeschreibliches Wohlbehagen über mich, ich verlor meine Beängstigungen ganz, schlief Nacht für Nacht gänzlich ungestört und fühlte mich auch am Tage fast wie eine Gesunde. Das dauerte 5—6 Wochen. Dann pausierte ich 2 Wochen mit dem Gebrauch von Jodglidine — da stellten die Beängstigungen sich wieder ein; ich fing wieder an einzunehmen, steigerte die Portion bis auf 6 Tabletten den Tag, aber die Wirkung kehrte nicht mehr in der günstigen Weise wieder wie das erste Mal. Ich war aber für die wochenlange Erleichterung durch Jodglidine unbeschreiblich dankbar".

Im zweiten Falle, den ich beobachtet habe, hatte die Patientin ungefähr einen Monat vor dem Gebrauch von Jodglidine starke Schmerzen in der Herzgegend. Ein Moskauer Arzt — Specialist für Herzleiden — hatte bei dieser Kranken eine starke Erregbarkeit der Blutgefässe, Pulsieren unter dem manubrium sterni und eine unbedeutende Erweiterung der Aorta constatiert; der zweite Ton mit starkem Accent über der Aorta; die rechte Grenze des Herzens überschritt die Norm um 0,5 Cm., die linke um 1,5 Cm. Der Kranken war Jod verordnet; auf meinen Vorschlag hin fing sie an, Jodglidine zu brauchen.

Nachdem schon eine Woche nach Beginn des Gebrauches von Jodglidine alle unangenehmen Gefühle in der Herzgegend verschwunden waren, war 3 Monate später nach erneuter Untersuchung durch den obengenannten Arzt von allen oben angeführten Veränderungen des Herzens keine Spur mehr vorhanden.

Zu meinen Experimenten nahm ich Kaninchen verschiedenen Alters und Geschlechtes. Jodglidine gab ich ihnen per os, vermischt mit Brot; hierzu wurden die Tabletten gewöhnlich zu Pulver zerrieben und mit weichem Schwarzbrot im Mörser zu einer Art Pillenmasse vermischt; nachdem eine ziemlich gleichmässige Mischung entstanden war, wurden Kügelchen geformt, die von den Kaninchen, wie gewöhnlich, mit grossem Appetit verspeist wurden. Wenn es auch bisweilen vorkam, dass die Kaninchen die Kügelchen nicht besonders gern frassen, so brauchte man sie nur 3 Stunden vor dem Einnehmen derselben ohne Futter zu lassen, so verschlangen sie die Pillen sehr gern. Die Pillenfütterung geschah täglich oder in Zwischenräumen von 1—2 Tagen in einer Menge von 2—4 Kügelchen auf einmal (einige Tiere des Herrn H. Ströhmberg, der im pathologischen Institut die Frage des Einflusses von Jod auf experimentelle Arteriosclerose bearbeitete und deren ich mich zu meinen Untersuchungen auch bediente, erhielten bis zu 10 Kügelchen auf einmal). Diese Dosen vertrugen die Tiere ohne sichtbares Unbehagen und nahmen während der Experimente an Gewicht nicht ab; die jungen, noch wachsenden Kaninchen aber nahmen zu, ebenso wie die Controlltiere. Die Experimente dauerten 2—3 Monate lang, dann wurden die Tiere getötet und die ausgeschnittenen Herzen auf 1—2 Tage in eine schwache (2 % — 3 %) Formalinlösung gelegt. Dann wurden die Blutgerinsel entfernt, das Herz gründlich ausgewaschen und gewogen. Darauf berechnete ich das Verhältnis des Gewichtes des Herzens zu dem des Körpers.

Ich kann diese Methode der Feststellung von Atrophie oder Hypertrophie des Herzens durchaus als eine ganz genaue und zuverlässige bezeichnen, denn andere Methoden geben keine deutliche Vorstellung von der Grösse des Herzens, wenn es sich nur um die Masse desselben handelt.

Nach meinen Beobachtungen, die ich ungefähr bei 100 normalen Kaninchen angestellt habe, verhält sich das Gewicht des Herzens zum allgemeinen Gewicht des Tieres wie 1:300—350 (Es kamen auch vereinzelte Fälle vor mit dem Verhältnis 1:400). Interessant ist es, dass bei intravenösen Injectionen von Adrenalin dieses Verhältnis bei den Kaninchen nicht selten 1:200 und sogar noch weniger (1:190) zeigte.

Es muss hinzugefügt werden, dass nach den meisten Autoren Hypertrophie des Herzens nach Adrenalininjectionen nicht in allen Fällen beobachtet wurde und eine ganz individuelle Erscheinung ist, ebenso wie auch die Wirkung des Adrenalins auf Kaninchen überhaupt eine individuelle ist.

Ganz andere Erscheinungen finden wir bei den Kaninchen, die mit Jodglidine behandelt wurden, was wir am anschaulichsten aus folgender Tabelle ersehen können:

№№	Alter	Dauer der Experimente (in Tagen)	Menge der Jodglidine-Tabletten	Körpergewicht (in Gramm)	Gewicht des Herzens (in Gramm)	Verhältnis des Gewichtes des Herzens zu dem Körpergewicht
1	ausgewachsen	74	50	1775	3.5	1:507
2	jung	69	50	1550	3.0	1:516
3	»	65	40	1140	2.2	1:516
4	»	65	45	1480	3.1	1:477
5	»	55	28	1550	2.8	1:557
6	ausgewachsen	69	55	1625	3.1	1:516
7	»	80	60	1700	3.3	1:515
8	»	60	50	1900	3.7	1:505
9	jung	90	45	1500	3.0	1:500
10	ausgewachsen	85	60	1880	3.5	1:530
11	jung	58	58	1480	3.0	1:493

Diese Tabelle zeigt uns, dass bei 9 von 11 Tieren das Verhältnis des Gewichtes des Herzens zum Gewicht des Körpers gleich 1:500 bis 1:557 ist, was im Vergleich mit den mittleren Verhältniszahlen des normalen Herzens 1:300 — 1:350 einen ungeheuren Unterschied aufweist. Eine derartige Verkleinerung des Herzens, die mit seltener Beständigkeit bei mit Jod behandelten Tieren beobachtet wurde, kann unmöglich einem Zufall zugeschrieben werden, sondern muss als directe Folge des Jodgebrauches bezeichnet werden.

Zur Erklärung dieser Erscheinung setzte ich voraus, dass infolge der Herabsetzung der Viscosität des Blutes durch die Wirkung des Jodglidine, dessen Jod direct

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ins Blut übergeht, die Arbeit des Herzens geringer wird und infolge dessen eine functionelle Atrophie desselben hervorgerufen wird.

Zur besseren Veranschaulichung stellen wir uns vor, dass in einer Röhre durch die Wirkung einer Pumpe irgend eine dickflüssige Masse fliesst; wenn wir nun diese Röhre erhitzen, so wird die in derselben fliessende Masse flüssiger resp. ihre Viscosität wird herabgesetzt und dadurch wird die Arbeit der Pumpe um ein Bedeutendes verringert. Dieselben Verhältnisse finden wir in der Blutcirculation bei unseren Experimenten (mit dem Unterschied, dass hier nicht die Wärme, wie im gegebenen Beispiele, sondern das Jod wirkt), und es ist anzunehmen, dass die lebendige Pumpe — das Herz — noch deutlicher auf eine physikalische Veränderung der von ihr getriebenen Flüssigkeit — des Blutes — reagieren wird.

Literatur.

1. Senator. Ueber die Arteriosclerose und ihre Behandlung. Die Therapie der Gegenwart. März. 1907. 2. Kaufmann. Russische medicin. Rundschau. 1907. S. 699. 3. Sahli. Lehrbuch der klinischen Untersuch. 1909. S. 964. 4. Boruttau. Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 37. 5. H. Ströhmberg. Wirkung des Jod auf experim. Arteriosclerose. Russkij Wratsch. Nr. 30. 1909. (russ.).

Referate.

A. Bielefeld: Welche Massnahmen sind zur Isolierung tuberculöser Personen zu empfehlen? — Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. XIII. H. 2.

Verfasser berichtet über die Fehlschläge, die in Deutschland allerorts (die Versicherungsanstalten der Hansastädte, Berlins, Schlesiens, Hannovers, der Rheinprovinz, Thüringens, Hessens, Westphalens) mit der Verpflegung tuberculöser Rentenempfänger in Invalidenhäusern gemacht sind. Die Rentenempfänger waren schwer zum Eintritt zu bewegen und verblieben nur kurze Zeit, so dass die Invalidenhäuser sehr bald geschlossen werden mussten und dem Zweck, möglichst viele Kranke mit offener Tuberculose zu isolieren, nicht entsprechen konnten. Er schlägt daher vor, auf die tuberculösen Rentenempfänger einen Zwang in der Weise geltend zu machen, dass ihnen bei eintretender Notwendigkeit die Rente reduciert oder entzogen wird, wenn sie der für nötig befundenen Isolierung in Pflegehäusern nicht folgen.

Haller.

Neumann und Wittgenstein: Das Verhalten der Tuberkelbacillen in den verschiedenen Organen nach intravenöser Injection. Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XIII. H. 2.

Die Verfasser untersuchten den Effect intravenöser Tuberkelbacilleninjectionen an 7 Hunden, die in verschiedenen Zeiträumen (der längste nach 35 Tagen) nach der Injection getötet wurden und deren Organe aufs sorgfältigste untersucht wurden. Sie kommen zu folgenden Ergebnissen: die Tub.-bacillen circulierten 35 Tage im Blut; sie fanden sich in allen Organen, in der Lunge aber in geringerer Anzahl als etwa in Leber und Milz. Während die lymphoiden Organe die Fähigkeit haben, die Bacillen zu immobilisieren und eventuell avirulent zu machen, findet in der Lunge kein ähnlicher Vorgang statt, und darum ist eine besondere Disposition der Lungen für Tub.-bacilleninfection anzunehmen, die möglicherweise mit dem Fehlen eines fettspaltenden Ferments im Lungengewebe zusammenhängt.

Haller.

W. Latzko: Die Behandlung des Wochenbettfiebers. Klinischer Vortrag. Wiener med. Wochenschr. 1909. Nr. 34 u. 35.

Unsere vornehmste Aufgabe soll die Prophylaxe sein. Da die Hand sich nicht keimfrei, sondern höchstens keimarm machen lässt, so müssen wir die Berührung von septischen Stoffen vermeiden, oder wo das nicht möglich ist, Gummihandschuhe gebrauchen. Vor der Untersuchung ist die Vulva zu reinigen und zu desinficieren, wozu vor allem die Haare zu entfernen sind. Die geburtshilflichen Operationen müssen eingeschränkt werden, besonders die mit Verletzungen verbundenen Zangen und die Placentalösung.

Fiebermittel werden bei Wochenbettfieber wohl kaum mehr angewandt. Vorteilhaft sind unter Umständen hydrotherapeutische Proceduren, und zwar sind vorsichtige Einpackungen besser als Bäder, weil bei ihnen eine Bewegung der Kranken vermieden wird, die sonst leicht einer Propagation der eingedrungenen Krankheitserreger Vorschub leisten kann.

Die Heilerfolge des Collargols sind durchaus zweifelhaft, und die intravenösen Injectionen desselben keineswegs gleichgiltige Eingriffe, da nach denselben Embolien, ja selbst Urämie auftreten können. Auch die Leukocytose erregenden Mittel wie physiol. Kochsalzlösung, das Normalserum (von gesunden Pferden), die Nucleinsäure und die von Fochier in die Therapie des Puerperalprocesses eingeführten Fixationsabscesse haben sich keine dauernde Anerkennung verschafft. Auch die verschiedenen hergestellten Streptococcenheilsera und das Reconvalescentenserum geben nach Einverleibung grosser Mengen in keiner Weise dem Verlaufe des Wochenbettfiebers einen vom Spontanen abweichenden Charakter. Die Alkoholtherapie verliert bei der zunehmenden Abstinenzbewegung auch immer mehr an Bedeutung. Gesteigerte Ernährung und Hebung des Appetits sind die wichtigsten Aufgaben in der Therapie, wobei alle Massnahmen, welche eine Steigerung des Stoffwechsels bedingen, wie die Freiluftbehandlung, von grosser Bedeutung sind.

Was die locale Behandlung belegter Einrisse anbetrifft, so ist dieselbe, da jedenfalls dabei eine Endometritis besteht, zwecklos oder überflüssig. Eine Endometritis durch intrauterine Spülungen zu beeinflussen ist ausgeschlossen, da die in der Tiefe des Endometriums sitzenden Bacterien doch nicht erreicht werden. Eine Excochleation vorzunehmen ist gefährlich, da der unter den Belägen etablierte Leukocytenwall, welcher den besten Schutz gegen eine weitere Ausbreitung der Infection abgibt, zerstört werden kann, was schwere Processe nach sich zieht, wie häufig z. B. Metrophlebitis. Bei Lochiometra leisten die Einführung eines Gummidrains und Ergotin gute Dienste. Was die Retention von Eihaut- und Nachgeburtsresten anbetrifft, so ist nach Abortus in den ersten Monaten die Entfernung derselben mit Finger oder Curette indiciert, im Wochenbett aber nach rechtzeitig erfolgter Geburt nur bei Blutungen, die nicht anders bekämpft werden können; anderenfalls überlässt man die Reste sich selbst, da sie nie zu Puerperalprocessen Veranlassung geben, was häufig bei Sectionen festgestellt ist.

Was die chirurgische Therapie des Puerperalprocesses anbetrifft, so verfolgte sie als Ziel die Exstirpation des Uterus, als des Primäraffectes. Die ursprünglich aufgestellte Forderung, die Exstirpation sei nur dann auszuführen, wenn die Infection noch auf das Organ beschränkt sei, ist nicht mehr gültig, da es gelungen ist, bei schwerer septischer Endometritis durch gleichzeitige Entfernung grosser thrombosierter Venen Heilung zu erlangen.

Als Operationsmethode ist die supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stielversorgung wohl als die beste zu empfehlen.

Durch die Unterbindung der thrombosierten Venen bei puerperaler Pyämie hat die chirurgische Behandlung des Puerperalprocesses einen wesentlichen Fortschritt erfahren. Wohlbegründet ist allerdings nur eine Inangriffnahme jener Venen, die entweder selbst erkrankt oder als directe Fortsetzung erkrankter Venengebiete anzusehen sind. Auch die Exstirpation derselben kann in Frage kommen, was verhältnismässig einfach nur bezüglich der Vena spermatica ist. Dieselbe kann combiniert werden mit Exstirpation des thrombosierten Plexus pampiniformis im Zusammenhang mit dem Uterus.

Eine Exstirpation der Vena hypogastrica ist technisch unausführbar, sie kann aber zum Teil ersetzt werden durch vaginale Durchschneidung der thrombosierten Venen des Plexus uterinus. Zur Operation sind solche Fälle als geeignet auszuwählen, deren günstiger Verlauf ohne eine solche zweifelhaft erscheint. Bei einem Material von 187 septischen Thrombosen hat Latzko 28 Mal operiert und hat 10 Fälle gerettet.

Die chirurgische Behandlung der puerperalen Peritonitis hat allgemeine Anerkennung gefunden. Ist einmal die Diagnose auf Peritonitis gestellt worden, so muss sofort operiert werden, ebenso wie bei einer geplatzten Extrauteringravidität. Von 74 operierten Fällen wurden 17 gerettet, was fast 24 pCt. Heilung ergibt. Die Bauchhöhle muss breit durch einen von der Symphyse bis zum Nabel reichenden Schnitt eröffnet werden, das Exsudat entleert und die hauptsächlichen Sammelstellen des Eiters, wie der Douglassche Raum und die beiden Flanken nach aussen vom Colon ascendens und descendens, drainiert werden. Von Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung kann man ausgiebig Gebrauch machen; Darauf werden die Wundränder durch einige kräftige Nähte vereinigt. Die wichtigste Aufgabe der Nachbehandlung ist die Anregung der Peristaltik. Erzielt man durch Physo-

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

stigmininjectionen und hohe Einläufe keinen Erfolg, so zögere man nicht mit der Anlegung einer oder mehrerer Darmfisteln, am besten nach Witzel. Wer mit der Enterostomie Erfolge erzielen will, der muss sie frühzeitig anwenden.

Das Wichtigste in der Behandlung der puerperalen Peritonitis ist nicht wie, sondern wann man operiert.

Fr. Mühlen.

Bücherbesprechungen.

R. Schlüter: Kurzgefasstes Lehrbuch der inneren Krankheiten. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Martius-Rostock. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1909. 361 S. Ungebunden 5 M.

Lehrbuch wird vorliegendes Werk von seinem früh verstorbenen Autor betitelt, obwohl es in Grösse und Aeusserem nicht über die übliche Compendienform hinausgeht. Sein Inhalt zeigt aber wohl Besonderheiten, die den Namen Lehrbuch rechtfertigen.

Das Buch ist aus Kursen hervorgegangen, die Schl. an der Martiusschen Klinik abgehalten hat, und zeigt in einer kurzen, prägnanten Fassung die didactische Begabung des Autors. Der Stoff ist gleichmässig, nicht schematisch bearbeitet, und überall ist den neusten Anschauungen und Ergebnissen kritisch Rechnung getragen.

Die Einteilung ist die gewöhnliche; jedem Krankheitsabschnitt gehen kurze physiologische und diagnostische Bemerkungen voraus, das klinische Bild ist scharf umrissen und die Therapie berücksichtigt, unter Fortlassung alles Unnützen, nur bewährte alte und neue Methoden und Medicamente. Zum Schluss finden die wichtigsten Vergiftungen kurze Berücksichtigung, und ein Recept- und ein Krankheitsregister erleichtern die Orientierung.

So wird in diesem Werk der jetzige Stand der klinischen Medicin kurz und klar dargelegt. Der Anfänger wird sich aus ihm manchen guten Rat holen, aber auch der Erfahrene findet Anregung. Zur kurzen Orientierung über ein abgeblasstes Krankheitsbild wird das Buch stets mit Vorteil verwandt werden.

Haller.

Jankau. Taschenbuch für Augenärzte. Verlag von Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. Vierte Auflage. 1909.

Dem Herausgeber eines Taschenbuches, bei dem es sich nicht «um einen Grundriss (Lehrbuch), sondern um ein Nachschlagebuch für Dinge handelt, die öfter schnell gekannt werden sollen .... und nur mit grösstem Zeitanfwand gefunden werden können», wird der Kritiker von vornherein einen grossen Spielraum in der Auswahl seines Stoffes zugestehen müssen. Er wird andererseits von ihm auch nicht erwarten dürfen, dass er in den zahlreichen von ihm berührten Einzelfragen selbst gut orientiert sei, und somit ist es selbstverständlich, dass sich Auslassungen und Ungenauigkeiten nie ganz werden vermeiden lassen. Der Referent hat es dann leicht, auf dem ihm grade geläufigen Gebiete dieselben nachzuweisen. In diesem Sinne möchte ich einige Beispiele anführen. In der Tabelle über «Symptome und Behandlung der acuten Vergiftungen» (S. 47) vermisse ich z. B. die für den Augenarzt wichtigen Gifte: Scopolamin, Methylalcohol, Atoxyl, Schwefelkohlenstoff, Filix mas. Beim Jequiritol (S. 202) ist der wissenschaftliche Urheber des Mittels, Römer, nicht genannt, wohl aber Krauss. — Von grundsätzlicher Bedeutung scheint mir ein anderer Umstand zu sein. Der Verfasser des Taschenbuches hat sich bemüht, möglichst vielseitig zu sein und hat doch nicht einen gewissen Umfang seines Buches überschreiten wollen. Das führt aber jedenfalls zu einem Zwiespalt zwischen dem Angestrebten und Erreichten. Nach Ansicht des Referenten gibt es da nur zwei Möglichkeiten: entweder verfasst man eine möglichst vollständige Sammlung aller wichtigen Angaben, oder aber man verarbeitet die wichtigsten Fragen nach dem augenblicklichen Stande unserer Kenntnisse, wobei dem Geschriebenen das persönliche Gepräge des Verfassers bewahrt bleiben möge. Ein Compromiss ist nicht gut möglich; versucht man ihn doch, dann läuft man Gefahr, irrezuleiten, denn vom Leser kann man nicht immer erwarten, dass er überall das Wichtige vom Unwichtigen und das Neue vom Veralteten unterscheiden könne. Als Beleg für das Gesagte möchte ich nur die Tabelle über «Intraoculare Druckverhältnisse» (S. 90) anführen. So überaus wertvoll dieser an einem frischen Auge unternommene Versuch Kosters auch ist, eine allgemeine Bedeutung kommt ihm schon deshalb nicht zu, weil das betreffende Auge eine ungewöhnliche Form gehabt hat. (Uebrigens sind das Wesentliche des Experimentes nicht die Druckverhältnisse, sondern die Aenderungen der Axenlängen!) — Auch der Abschnitt «Mikroskopische Untersuchungen des Auges» scheint dem Referenten aus den oben genannten Gründen verfehlt, da die kurzen und die verschiedensten Einzelfragen berührenden Angaben nur verwirren und sicher nicht zu ihrer Anwendung befähigen. Es hätte sich vielleicht empfohlen, statt dessen genauere Angaben über die Conservierung und Aufbewahrung des bei Operationen gewonnenen Materials zu machen, da der practische Augenarzt, der zur Verwertung desselben meist nicht die genügende Zeit hat, mit seinem Rohmaterial anderweitige wissenschaftliche Bestrebungen unterstützen könnte. — Der Referent hat eine ausführliche Besprechung des Taschenbuches für nötig gehalten, da dasselbe einen Typus repräsentiert. Seiner Ansicht nach müsste auch auf dem Gebiete des Taschenbuches das System der Mitarbeiterschaft zur Anwendung kommen, so wie es kürzlich von Axenfeld für das Lehrbuch mit Erfolg verwertet wurde.

Zum Schluss sei noch ausdrücklich betont, dass der Referent die guten Seiten des Taschenbuches keineswegs übersieht; seine Vielseitigkeit macht es schon jetzt mit der oben erwähnten Einschränkung zu einem recht brauchbaren Nachschlagebuch.

Ischreyt.

Die Wochenschrift für Therapie und Hygieine des Auges (Herausgeber Dr. Wolffberg, Breslau) veröffentlicht in ihrem laufenden Jahrgang „Bruchstücke aus dem Briefwechsel zwischen den Gründern des Archivs für Ophthalmologie, Arlt, Donders, Graefe".

Der grösste Teil dieser sehr interessanten Briefe ist von Graefe an Arlt gerichtet. Sie geben uns ein Stück ophthalmologischer Geschichte wieder, die Zeit der Entstehung des vornehmsten ophthalmologischen Blattes deutscher Zunge und der ophthalmologischen Gesellschaft. Neben Meinungsäusserungen hierüber enthalten die Briefe Schilderungen seltener Krankheitsfälle, Berichte über wissenschaftliche Arbeiten, Charakterisierung von Zeitgenossen und Mitteilungen rein persönlicher Art. Grade aus den Letzteren klingt uns ein wohltuend warmer Ton entgegen, der Zeugnis ablegt für das Freundschaftsverhältnis zwischen Graefe und seinem Lehrer Arlt.

Besonders gross erscheint uns aber Graefe in den Zeiten schwerer Schicksalsprüfungen; seine Erkrankung kurz vor der Hochzeit, der Tod seines Töchterchens geben seinen Briefen eine Innigkeit, die uns miterregt. — Leider fehlen die Erwiderungen Arlts, ohne die der Briefwechsel ein Torso bleibt. Man müsste wünschen, dass uns demnächst eine Vervollständigung desselben in der angedeuteten Hinsicht beschieden wäre.

Ischreyt.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 15. September 1909.

Vorsitzender: Fick. Secretär: Fuhrmann.

1. Schmidt hält seinen Vortrag: Ueber die v. Pirquetsche Reaction und die Tuberculoseháutigkeit im Kindesalter. (Erscheint im Druck).

Fuhrmann. Die von Schmidt angeführten Zahlen decken sich mehr oder weniger mit denen früherer Beobachter, sind allerdings an einem grossen Material gesammelt. Es geht aus all diesen Zahlen hervor, dass die Reaction vom frühesten Alter beginnend, rasch an Häufigkeit zunimmt und beim Erwachsenen bereits in über 85 % aller Geimpften vorkommt. Damit aber ist dem diagnostischen Wert der Reaction ein empfindlicher Abbruch getan. Auch der prognostische Wert ist ein sehr geringer. Ferner: was die Einteilung der Reactionsstärke nach der Breite des Reactionshofes um die Impfstellen betrifft, so ist dieses Vorgehen nicht einwandfrei, weil die Breite des Hofes von einer Reihe verschiedener Momente abhängig ist.

Schmidt. Aus dem positiven Ausfall lässt sich allerdings noch nicht gleich auf active Tuberculose schliessen, immerhin ist derselbe oft von diagnostischem Wert, und vor allen Dingen lässt sich aus der Form der Reaction (Papelbildung) und der Secundärreaction auf den Charakter der Erkrankung schliessen. Die Abnahme der Reactionsintensität ist entschieden von prognostischem Wert.

2. Stud. med. Meuschen (als Gast): Mitteilung über einen Fall von doppelseitiger Nierendystopie.

Bei der Section eines an perniciöser Anämie im Evangelischen Hospital zu Grunde gegangenen 19-jährigen Mädchens

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

finden sich die linke Niere mit 3—4 Cm. ihrer Länge ins kleine Becken hineinragend, die rechte Niere mit ihrem unteren Pol etwas über die lin. innominata d. hinausragend. Die linke Niere liegt vor dem Promontorium. Beide Nieren fest in dem umgebenden Gewebe eingelagert und von einander ganz unabhängig. Die linke Niere erinnert an eine rundliche Scheibe, die mit ihrer Frontalfläche parallel dem queren Frontaldurchmesser des Körpers liegt. Die rechte Niere kommt in ihrer Form einer Walze nahe. Beide Nieren stehen in allen ihren Durchmessern den normalen nach. Die linke Niere hat den Hilus an der Vorderfläche. Zu ihm ziehen die Gefässe von oben heran, indem sie sich in eine Mulde der Nierenoberfläche legen, und aus ihm steigt nach unten der Ureter, mit der Fettkapsel der Niere verwachsend, über ihre vordere Fläche hinab. Der Hilus der rechten Niere an ihrer inneren Kante. Aus ihm geht der Ureter hervor; hinter d. v. renal. inf. dextr. und vor der a. renalis inf. dextra liegend, zieht er in normaler Weise zur Blase.

Der Gang der Nierengefässe ist folgender: Die linke a. iliaca com. legt sich bald nach ihrem Entstehen hinter die linke Niere und verwächst fest mit ihrer Fettkapsel. Die r. a. iliaca com. hat normalen Verlauf. Die linke Niere wird durch eine Arterie gespeist, die dicht über der Aortenbifurcation entspringt und die, an die Niere herantretend, sich in 2 Aeste teilt, von denen der obere einen Zweig direct ins Parenchym sendet und selbst im Verein mit dem unteren Ast dem Hilus zustrebt. Diese beiden Aeste fassen zwischen sich eine vena renalis sin., die unten den unteren Ast durchziehend, sich in die v. iliaca com. sin. ergiesst.

Die r. Niere erhält 2 Arterien: die eine aus dem untersten Teil der Bauchaorta, die andere aus der a. iliaca com. d. Beide Arterien zerfallen im Hilus in 2 Aeste. Im Hilus vereinigen sich 2 Venen, vom unteren und oberen Pol kommend, zu einer vena renal. d., die direct in d. v. Cava inf. mündet. Nebennieren an normaler Stelle. Das lig. latum sin. fest mit der Capsula adiposa der l. Niere verwachsen. Situs und Entwickelung der übrigen Organe, bis auf eine enorme Enge des Arteriensystems, normal. Bei Lebzeiten hatten die Nieren keinerlei Erscheinungen gemacht. Das Bild könnte als durch ein Ausbleiben des Wachstums der Nieren längs des Wolffschen Körpers entstanden angesehen werden.

(Autoreferat.)

Fick fragt, ob irgendwelche Beobachtungen bezüglich einer abnormen Beweglichkeit der Nieren im vorliegenden Fall gemacht worden seien.

Menschen verneint solches.

Hesse berichtet über 3 Fälle, die im Obuchow-Hospital zur Beobachtung gelangt waren. Im 2 Fällen wurde linksseitige Dystopie angenommen. Es wurde ein Albarranscher Katheter zu diagnostischen Zwecken in die Niere eingeführt, wonach bei der Röntgendurchleuchtung der Katheter sich in normaler Lage vorfand, im 3. Fall aber erreichte er nur etwa die Höhe der lin. innominata. In den 2 Fällen also handelte es sich um Tumoren, davon in einem Falle um einen solchen des Magens. Nach dem Sectionsmaterial des Obuchow-Hospitals ist die Dystopie der Nieren sehr selten und kommt etwa 4 Mal auf 1000 Sectionen vor.

Sitzung am 29. September 1909.

Vorsitzender: Fick. Secretär Fuhrmann.

I. Giese demonstriert einen Fall von Hypophysistumor mit akromegalischen Erscheinungen. (Erscheint im Druck im Russki Wratsch). In Erwartung der ergänzenden Demonstrationen von Röntgenaufnahmen des Falles durch Hesse wird die Discussion auf den Schluss der Sitzung verschoben.

II. Schmidt. Ueber cutane Tuberculinprobe und Stichreaction. (Erscheint im Druck). Discussion fand nicht statt.

III. Hesse berichtet über zwei Fälle von Arthropathien bei Tabes. (Erscheint im Druck: Russki chirurgitscheski Archiv 1909).

Wanach fragt, ob in der Literatur über multiple Gelenkerkrankungen bei Tabes Angaben zu finden seien. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht. Wanach hat auch Fälle von Arthropathie bei Tabes gesehen. 2 Mal hat er versucht tabetische Kniegelenke zu resecieren, beide Male mit schlechtem Erfolg. Viel zweckmässiger sind in solchen Fällen Prothesen. Gelenkkörper sind bei tabischen Arthropathien doch nicht so selten. Wenn die Virchowsche Ansicht zu Recht bestände müssten die Arthropathien bei Tabes viel häufiger sein, besonders aber auch multipel auftreten. Wanach hat nie multiple tabische Arthropathien gesehen.

Sender hebt hervor, dass die tabischen Fracturen schmerzlos zu sein pflegen, was in diesem Falle nicht gewesen zu sein scheint.

Hesse. Correspondierende Gelenke erkranken nicht so selten, im vorigen Jahr sah er einen Fall, in dem ein Fuss und ein Kniegelenk erkrankt waren, er hat aber nicht gesehen, dass das Hüftgelenk und gleichzeitig ein anderes Gelenk befallen gewesen wären. Gelenkkörper sind im Kniegegelenk allerdings nicht selten, im Hüftgelenk sind sie aber nicht beobachtet. Wie es sich mit den Schmerzen verhalten hat, ist aus der Anamnese nicht zu ersehen, es kann sich auch um die bekannten lancinierenden Schmerzen gehandelt haben.

IV. Darauf demonstriert Hesse Röntgenaufnahmen zu dem von Giese berichteten Falle von Hypophysistumor, aus denen die fortschreitende Zerstörung der Sella turcica im Laufe von 3 Monaten hervorgeht. (Erscheint im Druck).

Wanach. Im Peter-Paul-Hospital hat Nemenow Röntgenaufnahmen von einem Falle von diagnosticiertem Hypophysistumor gemacht. Vom chirurgischen Standpunct ist die Operation eines malignen Hypophysistumors bei dem heutigen Stande der Technik zu verwerfen, da es unzulässig ist, im Dunkeln ohne Controlle auf gut Glück einen Tumor auskratzen zu wollen.

Germann. Ausser dem Defect im äusseren Teil des Gesichtsfeldes entwickelt sich, wie aus den Aufzeichnungen hervorgeht, auch ein solcher des inneren Teiles. Aus der Lage der Geschwulst ist mit Sicherheit anzunehmen, dass eine der Folgen der Operation die völlige Erblindung der Pat. sein würde, er spricht sich also auch gegen den operativen Eingriff aus.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Beim Medicinalrat ist unter dem Vorsitz des Chefs der Kaiserl. Militär-Medicinischen Akademie Geheimrats Danilewski eine besondere Kommission, bestehend aus den Geheimräten Berthenson und Pljuschtschewski-Pljuschtschik, dem Professor Chlopin und dem Mag. pharm. Kressling niedergesetzt, zur Beratung der Frage über die Organisation der Anfertigung und des Verkaufs der verschiedenen Essenzen, die zur Herstellung von Lebensmitteln und Getränken dienen. Gleichzeitig mit dieser Commission tagt eine andere unter dem Vorsitz des Geheimrats Dr. L. Berthenson, welche die Frage betr. die Einschränkung des Verkaufs der Essigessenz beraten soll, im Hinblick auf die in letzter Zeit so häufigen Selbstmorde mit dieser Essenz.

— Der XI. Pirogowsche Aerztecongress soll laut Beschluss des Organisationscomitees auf den April 1910 verlegt werden.

— Am 2. October wurde in Moskau das Denkmal des grossen Philanthropen, Dr. med. F. Haas enthüllt.

— Der IX. Congress russischer Chirurgen findet in Moskau vom 19. bis zum 23. December d. J. statt. Anmeldungen von Vorträgen werden von dem Vorsitzenden, Prof. F. Rein (Москва, Неопалимовскій пер. д. Кольбе) nur bis zum 25. November entgegengenommen.

— In Moskau hat der Scharlach eine so grosse epidemische Ausbreitung erreicht, dass gegenwärtig in den Krankenhäusern über 800 Scharlachkranke liegen. Ausserdem herrschen die Diphtheritis und der Abdominaltyphus epidemisch.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat die medicinische Facultät der Universität Charkow benachrichtigt, dass auf den vacanten Lehrstuhl der Anatomie der Privatdocent und Prosector der Würzburger Universität, Dr. A. Sommer als ausserordentlicher Professor ernannt ist.

— Das Project des neuen Statuts der Charkowschen medicinischen Gesellschaft ist endlich nach zweijähriger Verschleppung bestätigt, nachdem der Senat die Erklärung abgegeben, dass das Verhalten des Charkowschen Gouverneurs kein richtiges war. Seiner Zeit hatten wir darüber berichtet, welche Schwierigkeiten der Aenderung des Statuts seitens des Gouverneurs gemacht wurden.

— Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 4. Oct.	des 5. Oct.	22	9	12	322
» 5. »	» 6. »	21	8	21	314
» 6. »	» 7. »	20	6	20	308
» 7. »	» 8. »	20	11	21	296
» 8. »	» 9. »	9	6	15	284
» 9. »	» 10. »	17	19	20	272
» 10. »	» 11. »	14	3	11	272
» 11. »	» 12. »	11	2	17	264
» 12. »	» 13. »	20	7	28	249
» 13. »	» 14. »	17	5	17	244
» 14. »	» 15. »	11	5	11	238

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16433 Personen erkrankt, 6366 gestorben und 9839 genesen.

— In Wladiwostok nimmt die Zahl der Erkrankungen an der Cholera zu. Ausserdem wurden Choleraerkrankungen in anderen Ortschaften des Küstengebietes beobachtet.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 20. bis zum 26. Sept. 1909 650 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 37, Typhus exanthem. 7, Febris recurrens 5, Pocken 16, Windpocken 6, Masern 58, Scharlach 78, Diphtherie 87, Cholera 198, acut. Magen-Darmkatarrh 115, an anderen Infectionskrankheiten 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11485. Darunter Typhus abdominalis 180, Typhus exanth. 27, Febris recurrens 30, Scharlach 240, Masern 64, Diphtherie 203, Pocken 102, Windpocken 3, Milzbrand 1, Cholera 324, crupöse Pneumonie 97, Tuberculose 425, Influenza 170, Erysipel 103, Keuchhusten 17, Hautkrankheiten 74 *), Lepra 0, Syphilis 465, venerische Krankheiten 509, acute Erkrankungen 2006, chronische Krankheiten 1355, chirurgische Krankheiten 1437, Geisteskrankheiten 2396, gynäkologische Krankheiten 240, Krankheiten des Wochenbetts 66, Hydrophobie 0, Lyssa 0, verschiedene andere Krankheiten 49.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 800 + 47 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 9, Typhus exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 8, Masern 21, Scharlach 16, Diphtherie 15, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 18, katarrhalische Pneumonie 72, Erysipelas 5, Influenza 4, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 11, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 14, Dysenterie 4, Cholera 96, Magen-Darmkatarrh 44, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 66, Marasmus senilis 18, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 217.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 27. Sept. bis 3. Oct.	Erkrankt und gestorben: Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	208 (98)	5876 (2252)	16. Mai
Stadt Kronstadt	1 (—)	105 (47)	12. Juni
Gouv. St. Petersburg	24 (13)	1276 (682)	27. Mai
» Archangelsk	4 (1)	730 (376)	13. Juni
» Wologda	1 (—)	612 (349)	19. »
» Estland	4 (—)	62 (37)	5. Aug.
» Livland	1 (2)	309 (166)	16. Juni
» Wilna	— (—)	224 (92)	29. »
» Grodno	3 (4)	36 (19)	11. Sept.
» Witebsk	21 (7)	3360 (1290)	16. Juni
» Ssuwalki	5 (2)	10 (4)	6. Sept.
» Kowno	17 (10)	112 (51)	9. Aug.
» Twer	20 (8)	697 (313)	29. Juni
» Jaroslaw	36 (18)	923 (476)	24. »
» Kostroma	6 (2)	343 (153)	6. »
» Nishnij Nowgorod	23 (7)	228 (104)	30. »
» Kasan	— (—)	9 (2)	1. Sept.
» Simbirsk	3 (3)	22 (12)	27. Juni
» Ssamara	17 (8)	246 (142)	4. Aug.
» Ssaratow	7 (4)	36 (21)	4. »
» Astrachan	4 (2)	31 (19)	27. »
Stadt Baku	10 (1)	31 (9)	16. Sept.
Gouv. Nowgorod	2 (2)	741 (341)	7. Juni
» Pskow (Pleskau)	7 (1)	444 (173)	28. »
» Rjasan	2 (—)	102 (62)	23. »
» Tambow	— (1)	8 (2)	21. Sept.
» Wladimir	— (—)	18 (13)	25. April
» Kiew	3 (1)	84 (27)	22. Aug.
» Tschernigow	6 (2)	15 (10)	20. Sept.
» Ekaterinoslaw	— (1)	7 (7)	6. »
» Kaluga	— (—)	4 (3)	20. »
» Poltawa	9 (9)	188 (105)	28. Juli
» Cherson	— (—)	6 (3)	22. Aug.
» Taurien	2 (—)	19 (5)	28. »
Stadt Wladiwostok	4 (4)	71 (54)	4. Sept.
Im Ganzen	450 (211)	17582 (7710)	

— Berlin. Der 31. Balneologencongress wird unter Vorsitz des Geh.-Rats Prof. Brieger vom 29. Januar bis zum 1 Februar 1910 im Anschluss an die Centenarfeier der Hufelandischen Gesellschaft stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind an den Generalsecretär der Balneologischen Gesellschaft, Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstrasse 24 zu richten.

— Im Regierungsbezirk Arnsberg herrscht die spinale Kinderlähmung epidemisch. Es wurden bis jetzt 450 Erkrankungen und 70 Todesfälle registriert.

— Göttingen. Auf den durch die Uebersiedelung des Professors Salge nach Freiburg vacant gewordenen Lehrstuhl der Kinderheilkunde wurde der Oberarzt an der Kinderpoliklinik in Kiel, Dr. Göppert berufen.

— Amsterdam. Der Privatdocent für Augenheilkunde Dr. W. M. de Vries wurde zum ord. Prof. der pathologischen Anatomie und der gerichtlichen Medicin ernannt.

— Bukarest. Der Privatdocent Dr. Stanculeanu wurde zum ord. Prof. der Ophthalmologie ernannt.

— Florenz. Dr. Gatti wurde zum a. o. Professor der Speciellen Chirurgie ernannt.

— Modena. Dr. R. Della Vedova wurde zum Professor der Speciellen Chirurgie ernannt.

— Utrecht. Der Privatdocent Dr. van den Broek wurde zum Professor der Anatomie ernannt.

— New-York. Dr. J. A. Hartwell ist zum Professor der Chirurgie an dem Cornell University Medical College ernannt.

— Verbreitung der Cholera. In Deutschland wurden in der letzten Zeit mehrere Choleraerkrankungen constatiert, und zwar fanden dieselben immer in dem an Russland grenzenden Teil Ostpreussens statt. In der vergangenen Woche erkrankten im Königsberger Kreise 3 Personen, von denen 2 starben. Am 11. Oct. (n. St.) starb eine Schiffersfrau an der asiatischen Cholera, wie vermutet wird, infolge von Genuss rohen Memelwassers. Früher, am 22. Sept. (n. St.) war in Stolzenhagen (Kreis Randow, Regierungsbezirk Stettin) ein Schiffer an der Cholera erkrankt und gestorben.

— In der letzten Woche des September wurden in Holland 5 Cholerafälle registriert. Am 24. Sept. fand eine Erkrankung in Lopik, eine in Hansweert und eine in Hattem statt.

— Verbreitung der Pest. In Britisch Ostindien erkrankten in der Woche vom 29. August bis zum 4. September 2837 Personen und starben 1952.

— Mitte October erscheint das Prachtalbum des XVI. Internat. Medicinischen Congresses. Amtlich bewilligte Ausgabe. Enthält die Referate und Vorträge, den Ablaufe des ganzen Congresses und die Photographien und biographischen Daten nahezu sämtlicher Congressmitglieder mit den Präsidenten und hervorragendsten Referenten an der Spitze. Das nahezu 40 Druckbogen umfassende Prachtwerk erscheint in ungarischem Leinwand-Einband und kostet samt Porto Kronen 25.

Ausschliesslich bei der Redaction des Prachtalbums des XVI. Internat. Medicinischen Congresses, Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 4, erhältlich.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Dr. E. A. Golowin in Oranienbaum bei St. Petersburg, geboren 1843, Arzt seit 1865. 2) Dr. S. N. Korshenewskij in Moskau, geb. 1862, Arzt seit 1886. 3) Dr. Wl. W. Lipinskij in Groizy (Gouv. Warschau), geb. 1836, Arzt seit 1865. 4) Dr. Cesare Lombroso, Professor der criminellen Anthropologie an der medicinischen Facultät der Universität zu Turin. 5) Dr. Thomas Smith, consultierender Chirurg an dem St. Bartholomew Hospital in London. 6) Dr. Xenophon Ch. Scott, Professor der Ophthalmologie, Laryngologie und Otologie an der Western Reserve University in Cleveland.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. Oct. 1909.

Tagesordnung: 1) Dr. Stühlern: Ueber die Choleraepidemie 1908—1909 in St. Petersburg.

2) Dr. E. Hesse: (Correferat) Beobachtungen über die Cholera nach den Daten des städtischen Obuchowhospitals.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Oct. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber die II. internationale Lepra-Conferenz in Bergen im August 1909.

— Ich bin vom Urlaub zurückgekehrt und in Redactionsangelegenheiten wie früher zu sprechen.

F. Dörbeck.

*) Die Angabe bezieht sich nur auf Männer, die Zahl der an Hautkrankheiten leidenden Weiber fehlt leider im städtischen Bericht.

d. Red.

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
unter der Mitwirkung von
Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).
unter der Redaction von
Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 43 St. Petersburg, den 24. October (6. Nov.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Myopiefrage und über die Brillencorrection der Kurzsichtigen.

Von

Dr. Th. Germann.

In meiner heutigen Mitteilung will ich in erster Stelle ein Referat bringen über den derzeitigen Stand der Myopiefrage. Die Ergebnisse persönlicher Erfahrung und Beobachtung beanspruchen nur eine Berücksichtigung an zweiter Stelle.

Wenn von Kurzsichtigkeit die Rede ist, darf nicht vergessen werden, dass mit diesem Wort nicht nur die Function, d. h. die Fähigkeit, ohne optische Hilfsmittel auf weiteren Abstand gut zu sehen, gemeint ist, sondern dass sich mit dem Wort kurzsichtig stets das Vorhandensein eines, von vorn nach hinten gemessen, zu langen Augapfels verbindet. Die Augenachse, im Wesentlichen die Strecke von der Hornhautmitte zum Sehnerven, ist zu lang.

Wird von Weitsichtigkeit gesprochen, dann ist damit noch nicht gesagt, dass das Auge ohne optische Hilfsmittel auf weiten Abstand gut sieht, es ist aber immer damit ein Auge bezeichnet, dessen Achse kurz ist.

Ist von Normalsichtigkeit die Rede, dann ist die Sehleistung des unbewaffneten Auges eine befriedigende, und die Achse des Auges hat die richtige Länge.

Functionell verhalten sich kurzsichtige und weitsichtige Augen sehr verschieden, d. h. sie können mit einer entsprechenden Brille gut, aber auch ungenügend sehen. Meist ist es aber der Fall, dass das corrigierte gleichalterige kurzsichtige Auge besser sieht. Haben wir z. B. zwei Zwanzigjährige, der eine hat + 3 D Weitsichtigkeit, der Andere — 3 D Kurzsichtigkeit, jeder bekommt seine Brille, und dann ergibt sich meist, dass der Kurzsichtige eine bessere Sehleistung aufweisen kann. Das gilt für die geringen und mittleren Grade der Kurz- und Weitsichtigkeit.

Die Untersuchungen der Augen Neugeborener und während des Säuglingsalters ergaben weitsichtigen Bau des Auges als den bei weitem häufigsten, man kann wohl sagen physiologischen Refractionszustand. Im Jahre 1883 und 1884 habe ich am hiesigen Findelhause ebenfalls solche Untersuchungen ausgeführt (Graefes Archiv. Band 31. Abt. II) und, wie auch andere Untersucher, habe ich überhaupt nur weitsichtige Augen gefunden. Andere wollen in diesem frühen Alter bereits mehrfache kurzsichtige und normale—emmetropische Augen gesehen haben. Diese Befunde sind aber nicht ganz einwandfrei. Jedenfalls gilt heute als feststehende Tatsache der Satz: innerhalb der ersten Lebensmonate hat das menschliche Auge ausnahmlos hypermetrope Refraction, ist also weitsichtig gebaut, d. h. hat eine kurze Achse.

Mehrfach sicher beobachtet ist das Vorkommen kurzsichtiger Augen vor Ablauf des ersten Lebensjahres. Ich selbst habe ein kurzsichtiges Kind von 4 Monaten und eins von 11 Monaten gesehen. Immerhin gilt aber heute das Vorkommen von zu langen, d. h. kurzsichtigen, oder von ausgeglichenen, d. h. emmetropen Augen im ersten Lebensjahre als eine Seltenheit.

Anerkannt ist also von allen Untersuchern der neueren Zeit der weitsichtige Bau als das Normale für das erste Lebensjahr; recht verschieden sind dagegen die Angaben über den Grad der Weitsichtigkeit. Alle Untersucher haben aber mehr hohe Grade, von + 4 bis + 9 D als niedere von + 1 bis + 4 D, gefunden. Es gilt also als feststehende Tatsache der Satz: die Augen der Neugeborenen sind hochgradig weitsichtig, d. h. haben eine stark verkürzte Augenachse.

Die verschiedenen Angaben über die durchschnittliche Höhe der Weitsichtigkeit können natürlich auch auf Rassenunterschieden beruhen. Nicht zu vergessen ist aber die überaus schwierige und zeitraubende Art der Untersuchung. Ungenaue, ja ganz fehlerhafte Refractionsbestimmungen sind sehr leicht möglich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die bisher vorliegenden Untersuchungen haben ferner ergeben, dass die weitsichtige Form des Kindesauges mit fortschreitendem Alter abnimmt, das Auge also mit fortschreitendem Wachstum und unter dem Einfluss des stetig energischer und andauernder werdenden Gebrauches allmählich von schwacher zu höherer Refraction übergeführt wird. Oder einfach das ursprünglich zu kurze Auge erhält allmählich eine längere Augenachse.

In meiner Untersuchungsreihe fand ich z. B. für den ersten Lebensmonat eine Durchschnittshypermetropie von 5,37 D, für den zweiten eine von 4,30 D. Die Veränderungen sind ja aber auch gerade in den ersten Lebensmonaten so gewaltige und gehen so schnell vor sich, wie zu keiner späteren Zeit des menschlichen Lebens.

Es folgen weiter Untersuchungen von Augen im Alter von 2 bis zu 8 Jahren, Zöglinge der Kindergärten und der Kinderasyle. Uebereinstimmend wird auch hier gefunden: ein Zurückgehen hoher Grade von Weitsichtigkeit auf mittlere und niedere Grade, es mehrt sich die Zahl der ausgeglichenen — emmetropen Augen, die Zahl der auftretenden kurzsichtigen Augen nimmt mit jedem Jahre zu.

Für diese Gruppe habe ich ebenfalls einen Beitrag liefern können aus dem Kindergarten und dem Asyl Ihrer K. H. der Grossfürstin Katharina Michailowna für Kinder zeitweilig arbeitsunfähiger Eltern. In dieser Gruppe fand ich eine Durchschnittshypermetropie von + 2,27 D. Gleich anderen Untersuchern fand auch ich in dieser Altersgruppe nur vereinzelt ausgeglichene emmetrope, wenig kurzsichtige, d. h. bereits zu lang gewordene Augen, aber etwa 90 % sind noch kurzachsig, d. h. weitsichtig.

Dieses von allen Untersuchern wiedergefundene Bild ändert sich sehr rasch, wenn man weiter geht und die Resultate der Untersuchung an Schulen aller Art mit berücksichtigt.

Ehe wir in unserer Schilderung der Verhältnisse weiter gehen, ist Folgendes hervorzuheben: wir müssen unterscheiden zwischen einer Kurzsichtigkeit, die die Begleiterscheinung und Folge krankhafter Zustände im Auge ist, und einer Kurzsichtigkeit, die sich in ganz normalen Augen allmählich heranbildet unter dem Einfluss der Naharbeit. Zur ersten Gruppe gehören die hohen und die höchsten Grade der Kurzsichtigkeit; diese beginnen schon frühzeitig im Kindesalter, und stets findet man in diesen Augen Veränderungen der Aderhaut, der Ernährerin des Augapfels und der Netzhaut. Durch eine Erkrankung der Aderhaut können alle Teile des Augapfels in Mitleidenschaft gezogen werden. Diese chronisch und ohne Reizerscheinungen verlaufende Chorioiditis beginnt meist mit starker Hyperämie der Aderhaut, der Netzhaut und des Sehnerven. Es bilden sich Ausscheidungen unter der Netzhaut und in dem Glaskörper. Erstere können zur Abhebung der Netzhaut führen, die anderen veranlassen Trübung des Glaskörpers. Es treten Veränderungen im Pigment der Aderhaut auf: Schwund der Pigmentzellen oder Anhäufungen. Die Ernährung der Linse leidet, und es kann zu vorzeitiger Trübung kommen, die fast immer in den hinteren Schichten der Linse beginnt. Verflüssigung des Glaskörpers tritt ein. Es kann zu Atrophie des Aufhängebandes der Linse kommen. Die Folge ist Zittern der Linse bei den Augenbewegungen, ja Luxation der Linse kann eintreten unter dem Einfluss irgend einer Zufälligkeit. Die Lederhaut verliert ihre Festigkeit, es kommt zu Dehnungen unter dem Einfluss des inneren Augendruckes, das Auge wird grösser, länger in seiner Achse und damit immer kurzsichtiger. Erst mit dem Stillstand der krankhaften Erscheinungen in der Aderhaut hört das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit auf. Durch Brillencorrection kann diesen Kurzsichtigen nur ungenügend, oft garnicht geholfen werden. Das sind in Kurzem die verschiedenen objectiven Befunde an hochgradig kurzsichtigen Augen; also Kurzsichtigkeit als Folge einer chronischen Krankheit in der Aderhaut. Alle Berufsclassen der menschlichen Gesellschaft, arm und reich, haben in dieser Gruppe ihre Vertreter.

Practisch unendlich viel wichtiger und an Zahl in allen Culturländern colossal verbreitet ist die zweite Gruppe. Diese Gruppe ist es, welche die sogenannte Myopiefrage geschaffen hat. Wie ist die Entstehung dieser Kurzsichtigkeit zu erklären? Welches sind die wirksamsten Massregeln, um ihrer Ausbreitung entgegenzuarbeiten? Das sind Fragen, welche bis in die neueste Zeit die besten Köpfe unter den Augenärzten beschäftigt haben.

Es handelt sich hier um die Tatsache, dass in jeder Beziehung normale Augen unter dem Einfluss der Naharbeit den mitgebrachten Vorrat an Weitsichtigkeit allmählich aufgeben, bis zur Normalsichtigkeit — Emmetropie ausgeglichen werden, hierbei nicht stehen bleiben, sondern unter Zunahme an Länge in der Augenachse kurzsichtig werden. Also Kurzsichtigkeit als Folge einer Umbildung — d. h. Längerwerden des Auges. Dieser Vorgang ist für die menschlichen Augen meist bis zum 20-ten Lebensjahre abgeschlossen. Das ist aber die Schul-Lern- und Lehrzeit. Der Grad der Kurzsichtigkeit, der auf diesem Wege ausgebildet wird, ist ein niederer oder mittlerer. Durch Brillencorrection kann diesen Kurzsichtigen stets in befriedigender Weise geholfen werden. Sehr häufig findet sich als einzige objektiv sichtbare Veränderung in diesen Augen am hinteren Augenpol, am Sehnerven, das sogenannte hintere Staphylom, ein Pigmentepithelschwund, veranlasst durch Dehnung der Aderhaut an genannter Stelle.

Die Tatsache, dass Naharbeit den soeben geschilderten Entwickelungsgang hervorruft, unterhält und steigert, diese Tatsache ist durch sehr zahlreiche Untersuchungen an Schulen aller Art, classischen Gymnasien, Universitäten, Berufsgenossenschaften zur Genüge festgestellt worden. Dass die Kurzsichtigkeit in den gebildeten Volksclassen zunimmt, ist höchst wahrscheinlich. Kurzsichtigkeit, auch wenn ihr durch Gläsercorrection abgeholfen werden kann, ist im practischen Leben immer störend, ja hindert seine bürgerlichen Pflichten vollständig zu erfüllen. Ein Offizier z. B. mit einer Kurzsichtigkeit mittleren Grades von — 3 D mag mit der Brille eine fast normale Sehleistung aufweisen, verliert er aber sein Glas, dann wird er fast wehrlos, denn er sieht ohne die Correction gewiss nicht mehr als $^1/_{10}$.

Theoretisch kann Kurzsichtigkeit bedingt sein: 1. durch zu grosse Länge der Bulbusachse, 2. durch zu starke Krümmung der Hornhaut oder der Linsenflächen, 3. durch abnorme Annäherung der Linse gegen die Hornhaut. Den Einfluss, welchen das Brechungsvermögen von Linse, Hornhaut, Kammerwasser, Glaskörper haben können, lasse ich unerwähnt (Brechungsindex). Combinationen dieser Umstände sind natürlich möglich. Die weitaus häufigste und practisch wichtigste ist jedenfalls die Achsenmyopie. Bisher habe ich nur von dieser gesprochen.

Die Resultate der umfassenden Untersuchungen Cohns, der weit über zehntausend Schüler, Studenten, Berufsarbeiter untersuchte, sind kurz folgende gewesen: je länger und mehr Naharbeit geleistet wird, um so häufiger und höher die Kurzsichtigkeit. Die Stadtbevölkerung liefert mehr Kurzsichtige als die Landbevölkerung. Je höher die Schule, um so mehr Kurzsichtige. Mit jeder höheren Classe steigt die Zahl der Kurzsich-

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

tigen. Was Cohn gefunden hat, haben im Grossen und Ganzen alle bestätigen müssen, die Nachprüfungen vorgenommen haben. Um ein Beispiel zu bringen, seien Cohns Zahlen hier angeführt. Er fand: unter den Dorfschülern sind kurzsichtig 1,4 %, unter den städtischen Elementarschülern 6,7 %; Mittelschülern 10,3 %; Realschülern 19,7 %; Gymnasiasten 27,9 %; Schriftsetzern 51,5 %; Primanern der Gymnasien 55,8 %; Studenten 60 %.

Der ungünstige Einfluss der Naharbeit als Ursache von Kurzsichtigkeit wird heute kaum mehr bestritten. Die Naharbeit kann aber nicht die einzige Ursache der sogenannten Schul- oder Intelligenzkurzsichtigkeit sein, da ja immer nur ein Teil der ihr ausgesetzten Augen kurzsichtig wird. Es muss also eine individuelle Verschiedenheit der Augen angenommen werden. Mit dem grossen Ophthalmologen Donders erkennen wohl alle an, dass „die Disposition zur Kurzsichtigkeit, die Prädisposition zur Entwickelung eines Staphyloma posticum — der charakteristischen Veränderung in kurzsichtigen Augen — fast ohne Ausnahme schon bei der Geburt besteht". Eine angeborene zu geringe Festigkeit der Lederhaut in der hinteren Hälfte des Augapfels muss vorhanden sein, damit sich unter dem Einfluss der Naharbeit Kurzsichtigkeit entwickeln kann. Donders sieht den schädlichen Einfluss der Naharbeit 1. im Druck der Muskeln auf den Augapfel bei starker Convergenz der Sehachsen; 2. in der Vermehrung des intraocularen Druckes, bedingt durch Ueberfüllung des Auges mit Blut bei vornüber geneigter Haltung des Kopfes; 3. in Congestionszuständen im Augenhintergrunde, welche zur Erweichung der Gewebe führen.

Bisher hat keiner von allen Erklärungsversuchen allgemeine Anerkennung gefunden. Das schädigende Moment muss ja aber ein solches sein, welches der Naharbeit eigentümlich ist. Im Vordergrunde des Interesses steht die Frage: auf welche Weise kann Naharbeit Achsenverlängerung des Auges begünstigen? Zunächst die Hypothese von dem Einfluss der Accomodation. Die Accomodation muss bei der Naharbeit angespannt werden von allen Weitsichtigen, Normalsichtigen und den noch schwach Kurzsichtigen — bis 3 D. Darüber hinaus wird die Accomodationsanspannung für die Naharbeit unnötig. Die Mehrzahl der Forscher nimmt an, dass die Accomodation den inneren Augendruck direct erhöht und dadurch die hinteren Teile des Augapfels allmählich ausdehnt. Das ist, zumal bei angeborener geringer Festigkeit der Lederhaut, gewiss möglich. Es erklärt aber nicht das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit über ? D hinaus, da von hier ab nur sehr wenig oder garnicht accomodiert wird. Diese Frage ist aber durch Heine und Hess in einwandfreier Weise experimentell erledigt worden, indem sie den Nachweis erbrachten, dass auch maximale Accomodationsmuskelcontraction keinerlei Einfluss auf die Höhe des intraocularen Druckes ausübt.

Weiter wurde angenommen, dass die nach hinten ringsum ausstrahlenden Muskelfasern des Ciliarmuskels beim Accomodieren einen Zug, eine Zerrung ausführen und dadurch Achsenverlängerung und Staphylombildung veranlassen. Hensen und Völckers bewiesen experimentell, dass bei der Accomodation der Zug an der Aderhaut bei Ciliarmuskelcontraction nur noch bis an den Aequator des Augapfels reicht, aber nicht bis zu seinen hinteren Teilen. Vor allem müssten aber gerade die Weitsichtigen, die am stärksten bei der Naharbeit accomodieren müssen, viel häufiger ein hinteres Staphylom zeigen, wenn diese Zerrung wirklich stattfände. Nach dem Gesagten hat auch der Accomodationskrampf, der bei jugendlichen Individuen ja oft beobachtet und durch Atropin bekämpft werden kann, für die Entstehung der Achsenverlängerung des Auges keine ätiologische Bedeutung.

Die Convergenzhypothese. Durch den gemeinsamen Druck, welchen beim Convergieren die inneren und äusseren Muskeln auf den Augapfel ausüben, wird eine Steigerung des inneren Augendruckes hervorgerufen und dadurch eine allmähliche Dehnung der hinteren Teile des Augapfels bewirkt. Die meisten Forscher beziehen die Drucksteigerung auf directe Compression des Augapfels durch den Muskeldruck. Arlt ist der Meinung, bei steigender Convergenz drücken die Muskeln die Wirbelvenen, behindern den Blutabfluss und bewirken hierdurch eine passive Steigerung des inneren Augendruckes. Experimentell ist sicher nachgewiesen worden, dass Contraction der Augenmuskeln wirklich eine Steigerung des intraocularen Druckes zur Folge haben kann. Dagegen spricht die Tatsache, dass auch einäugige Menschen kurzsichtig werden können, und die nach innen Schielenden sind ja meist weitsichtig. Ob die Augenspannung Kurzsichtiger erhöht ist, wird sehr verschieden beantwortet. Ich persönlich verneine diese Frage, soweit es sich um Kurzsichtigkeit ohne Complicationen handelt. Die Convergenztheorie kann uns also nur dann eine befriedigende Erklärung für die Entstehung der Achsenmyopie bieten, wenn wir die „individuelle Disposition", eine angeborene zu geringe Festigkeit der Lederhaut in der hinteren Hälfte des Augapfels, hinzunehmen.

Eine Reihe von Forschern sind der Ansicht, die Breite des Schädels, die Form der Augenhöhlen, die Länge des Sehnerven können bei Entwickelung der Achsenmyopie einen wesentlichen Einfluss haben. Stilling hat eine Theorie aufgestellt über die Entstehung der „Arbeitskurzsichtigkeit", die sogenannte Rollmuskeltheorie. Es kommt darauf an, ob die Sehne des oberen schrägen Augenmuskels einen stärkeren oder geringeren Druck während der Convergenz und des Abwärtssehens auf die Oberfläche des Augapfels ausübt. Das hängt aber von der Lage der Trochlea ab. Liegt die Trochlea niedrig, und das muss der Fall sein, wenn die Augenhöhle breit und niedrig ist, dann verläuft die Sehne so, dass sie auf die Oberfläche des Augapfels einen Druck ausüben muss, und dieser Druck beeinflusst den sagittalen Durchmesser des Augapfels, d. h. kann das Auge länger machen. Liegt die Trochlea dagegen hoch, dann kann die Sehne auf den Bulbus keine Compression ausüben. Ohne ein entsprechendes Präparat, Modell oder Zeichnung ist die mechanische Wirkung dieses Vorganges schwer verständlich.

Stilling drückt die Grössenverhältnisse der Augenhöhle aus durch den „Orbitalindex" — Division des Breitenwertes in den mit 100 multiplizierten Höhenwert. Er bestimmte für Kurzsichtige einen Durchschnittsindex von 77,8, bei Emmetropischen einen solchen von 89,1. Die Orbitalmessungen anderer Forscher ergaben wesentlich andere Zahlen. Stilling sagt nun: „während des Nahsehens sind alle Muskeln des Auges gespannt, um so mehr, je näher gesehen werden muss. Dabei sind der Rectus internus, der Rectus inferior und Obliquus super. activ gespannt, da sie angezogen werden; die Recti externi, Recti superiores, Obliqui inferiores sind passiv gespannt, weil sie gereckt werden beim Corrigieren und Abwärtssehen. Wenn also der Obliquus superior quer über das Auge geht, und das ist der Fall, wenn die Trochlea tief steht, sind in allen Richtungen für das wachsende Auge Hindernisse gegen natürliche Ausdehnung, ausser nach vorne, in der Längsachse gegeben. Wachstum unter Muskeldruck lässt die Kurzsichtigkeit entstehen, d. h. verlängert

Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die Augenachse". Diese Erklärung Stillings hat bisher wenig Anhänger aber sehr viele Gegner gefunden.

Hassner und Weiss endlich stellten die sogenannte Sehnervenzerrungshypothese auf. Das hintere Staphylom sollte eine Zerrungserscheinung sein, die zustande komme, wenn der Sehnervenstamm absolut oder relativ zu kurz sei. Bei der Convergenzbewegung werde die Lederhaut am hinteren Pole auf der Aussenseite des Sehnerven gezerrt, woraus sich das Auftreten des Conus an der temporalen Seite des Sehnervenrandes erkläre. Die Länge des Sehnerven, des den Convergenzbewegungen folgenden „Abrollungsstückes" vom Foramen opticum zur hinteren Scleraflāche, fanden diese Forscher von 8 bis zu 5,5 Mm. Dieser Theorie widersprach besonders Stilling, der unter 200 Sectionen nur sehr selten einen zu kurzen Sehnerven 2 Mm. fand; in diesen Fällen waren aber die Augen normal. Dagegen zeigten die kurzsichtigen Augen eine lange Abrollungsstrecke des Sehnerven — 6 bis 10 Mm. Wie die Zerrung des Sehnerven an seiner Eintrittsstelle die oft hochgradige, nicht selten sehr gleichmässige Dehnung des gesamten hinteren Bulbusabschnittes hervorrufen soll, ist schwer zu erklären.

In neuester Zeit hat Thorner die Aufmerksamkeit der Augenärzte auf die besondere Art der Augenbewegungen bei der Naharbeit gelenkt. Er meint, es sei ein unterstützendes Moment für das Zustandekommen der Kurzsichtigkeit. Um die Augenbewegungen bei Naharbeiten beobachten zu können, construirte er einen Apparat (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Januar 1908), der das beobachtete Auge in 16-facher Linearvergrösserung zeigt. „Allgemein sind zwei Arten der Augenbewegungen zu unterscheiden: gleitende Bewegungen und sprung — oder stossweise Bewegungen. Es lässt sich nun rein mechanisch wohl vorstellen, dass stossweise Bewegungen viel mehr imstande sein werden, eine Zerrung an der Sclera auszuüben als gleitende Bewegungen. Wir wissen von jeder Maschine, dass schnell hin und her gehende Teile einer besonders starken Abnutzung unterliegen, viel mehr als gleichmässig rotierende". „Das Auge ist nun merkwürdiger Weise nicht imstande, eine gleitende Bewegung auszuführen, wenn die zu fixierenden Gegenstände oder der Kopf sich nicht bewegen. Jede Bewegung der Augen, mit der wir den Blick von einem Gegenstand auf einen andern lenken, geschieht schnell und stossweise. Diese Eigentümlichkeit ist nicht etwa in der Unfähigkeit der Muskeln zu einer gleitenden Bewegung begründet, sondern ist rein psychischer Natur. Wir können sehr wohl gleitende Bewegungen mit den Augen ausführen, aber nur unter zwei Bedingungen, entweder indem wir einen Gegenstand fixieren und uns dabei weiter bewegen resp. den Kopf drehen, oder indem wir einen sich vorbei bewegenden Gegenstand fixieren". Alles dieses, sagt Thorner, lässt sich mit seinem Apparat demonstrieren.

„Beim Lesen werden nur stossweise Bewegungen ausgeführt, und zwar sehr zahlreiche. Es ist garnicht möglich, sagt Thorner, einen Text mit gleitenden Augenbewegungen zu lesen. Zur Auffassung nebeneinander liegender Gegenstände gehört unbedingt, dass das Netzhautbild eines jeden, wenn auch für noch so kurze Zeit, auf der Fovea still steht".

„Die stossweisen Augenbewegungen beim Lesen hängen also damit zusammen, dass eine grosse Anzahl nebeneinander liegender Objecte dem Auge genau eingeprägt werden muss, und dass das Auge, da diese Objecte sich nicht bewegen und auch der Kopf ruhig gehalten wird, die einzelnen Bilder derselben nach einander auf die Fovea centralis bringen muss. Die ruckweisen Bewegungen beim Lesen sind nun so zahlreich, dass in der Sekunde von einem geübten Leser etwa 7 solcher Bewegungen ausgeführt werden". Das lässt sich mit dem Thornerschen Apparat demonstrieren. Es werden etwa 2 Silben, 6 Buchstaben bei einem Stillstand des Auges gelesen; dies ergibt in der Stunde schon ein über 25,000-maliges plötzliches Anhalten des Bulbus. Beim Schreiben finden ebenfalls ruckweise Bewegungen statt, aber es kommt nur etwa ein Vorrücken auf die Sekunde. Das Auge folgt der Bewegung der Feder nur nach rechts, wenn einigermassen schnell geschrieben wird. Beim Zeichnen will Thorner dieselbe Anzahl der ruckweisen Bewegungen gefunden haben, wie beim Schreiben. Bei Handarbeiten, wie Sticken, Nähen, Häckeln, fand er im Gegensatz zum Lesen und Schreiben nur wenige ruckweise, meist gleitende Augenbewegungen. Es wird entweder derselbe Punct fixiert, oder aber die Bewegung der Hand wird mit dem Blick begleitet. Thorner hat weiter festgestellt, dass die Anzahl der stossweisen Augenbewegungen von der Silben- oder Buchstabenzahl abhängt, die aufgefasst werden, einerlei ob der Text nahe oder weiter entfernt gehalten wird. „Daraus ergibt sich, dass wenn auch die Anzahl der einzelnen Sprünge in der Zeiteinheit die gleiche ist, jeder einzelne Sprung desto grösser ausfällt, unter je grösserem Gesichtswinkel die aufgefassten Silben erscheinen, d. h. also je näher gesehen wird, um so grösser die Sprünge, wenn auch nicht zahlreicher. Das mechanische Zerrungsmoment ist also um so stärker, je näher gesehen wird. Practisch von Bedeutung ist auch die Beobachtung, dass die einzelnen stossweisen Augenbewegungen grösser werden, wenn der zu lesende Text zu gross wird, d. h. grösser als das deutliche Erkennen in der gewohnten Distance erfordert. Ein zu gross gedruckter Text liest sich nicht leicht und angenehm, das ist bekannt. Seine hochinteressanten und practisch wichtigen Mitteilungen schliesst Thorner mit den Worten: „Die Bekämpfung der Kurzsichtigkeit würde sich wesentlich vereinfachen, wenn sich meine Annahme bestätigt, dass dem Lesen eine weit grössere Bedeutung in der Entwickelung der Kurzsichtigkeit zukommt als allen anderen Naharbeiten".

Hiermit hätte ich alles berücksichtigt, was die Entstehung der Schul- oder Intelligenzkurzsichtigkeit erklären soll. Die besprochenen Versuche, die Dehnung des hinteren Augenabschnittes mechanisch zu erklären, sind allein genommen alle noch nicht überzeugend. Es ist ja möglich, dass allen eine Bedeutung zukommt. Heute wird wohl von allen Forschern die Bedeutung des erblichen Momentes für die Entstehung des Kurzsichtigkeit anerkannt. Mauthner gibt dieser Auffassung mit den Worten Ausdruck: „Die angeborene Anlage zur Kurzsichtigkeit ist in nichts anderem zu suchen als in einer zu geringen Festigkeit der Lederhaut, namentlich in deren hinteren Hälfte. Bei vorhandener ererbter Disposition wird das Entstehen der Kurzsichtigkeit durch Naharbeit am besten erklärt durch die Convergenzwirkung und durch die Beobachtungen Thorners.

Die Resultate der anatomischen Untersuchung kurzsichtiger Augen kann ich kurz nicht besser zusammenfassen, als es E. Behse tut: (Graefes Archiv. Band 67. Hf. 3). Er hatte die Möglichkeit, das reiche Material von 11 kurzsichtigen Augen zu untersuchen. Soweit zu Lebzeiten darüber Notizen gemacht worden waren, betrug die Kurzsichtigkeit von — 7 bis zu — 20 D. Behse sagt: „als die wichtigste und fast stets vorhandene Begleiterscheinung dieser Dehnung der hinteren Augenhüllen ist das Staphyloma posticum, der Halbmond oder ringförmige Conus um die Papille zu nennen. Dass das Zustandekommen mit der Dehnung der hinteren Bulbushüllen in ursächlichem Zusammenhange steht, muss wohl als sichergestellt angesehen werden. „Der Conus entsteht durch eine im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Conusgebiet ganz circumscripte Aderhautatrophie und davon abhängigen Pigmentepithelschwund, welchen eine übermässige Dehnung der Chorioidea in dem genannten Bezirke zu Grunde liegt. „Die atrophischen Herde der kurzsichtigen Augen verdanken ihre Entstehung Vorgängen, die mit einer allgemeinen Dehnung der Bulbushüllen, infolge verminderter Resistenz der Sclera, in engem Zusammenhange stehen".

Seitdem Cohn die Resultate seiner Aufsehen erregenden Untersuchungen an Schüleraugen veröffentlichte, hat man wohl überall die hygienischen Verhältnisse in den Stadtschulen zu verbessern begonnen. Die Licht- und Luftverhältnisse, die Schulbänke, die dem Unterricht dienenden Gegenstände, alles ist im Laufe der letzten 30 Jahre wesentlich anders und besser geworden. Die Schulpaläste haben aber bisher nicht viel dazu beigetragen, die Kurzsichtigkeit einzuschränken. Das liegt ja aber wohl nur daran, dass die Anforderungen, die an die Augen der Lernenden gestellt werden müssen, in der gleichen Zeit stetig gewachsen sind. Es liegen aber immerhin einige Mitteilungen vor über Zurückgehen der Kurzsichtigkeit. Die bemerkenswerteste Mitteilung dieser Art ist die von Fritz Ask: (Zeitschrift für Augenheilkunde 1906 Juli und 1907 Juli). Die Untersuchungen über die Schulmyopie in Schweden ergab in den 70-er Jahren in den höchsten Klassen 54,8 %; in den 80-er Jahren wurden etwa 50 % Kurzsichtige bestimmt; in den letzten Jahren, an Studenten und Schülern der höchsten Klassen, fand man 30 %. Das ist jedenfalls ein bisher einzig dastehender Erfolg. Professor Widmark-Stockholm — bestätigt diese Abnahme der Kurzsichtigkeit. Die Herren sagen: Der schädliche Einfluss der Studienarbeit ist abgeschwächt worden durch folgende Massnahmen: 1) Die tägliche durchschnittliche Arbeitszeit ist in den höheren Schulen wesentlich verkürzt worden, was auch von der Zeit der Heimarbeit gilt. 2) Die naturwissenschaftlichen Fächer haben das Lateinische und Griechische stark eingeschränkt. 3) Das Einpauken ist wesentlich beschränkt worden durch besser qualificierte Lehrer und immer mehr zur Verwendung gelangenden Anschauungsunterricht. 4) Es wird mehr Zeit dem freien Sport gewidmet, und stetig wächst die Neigung der Schüler, die Freizeit durch Körperbewegungen und Spielen im Freien, statt durch Lesen, zu vertreiben. Mit Recht nennt Ask dieses Resultat einen Siegesbericht aus dem Kampfe gegen die Kurzsichtigkeit. Der errungene Sieg muss überall dazu ermuntern, den Kampf mit den Mitteln fortzusetzen, die sich bereits bewährt haben.

Gegen die angeborene geringere Widerstandsfähigkeit der Sclera, die Hauptursache für die Entstehung der Kurzsichtigkeit, sind wir machtlos, die zweifellos schädliche Naharbeit kann und muss eingeschränkt werden. Mit allen Mitteln müssen wir für unsere Schuljugend die denkbar günstigsten Verhältnisse für die Naharbeit schaffen, in erster Linie durch solche Einrichtungen, die eine Arbeit bei möglichst geringer Convergenz der Blicklinien ermöglichen, in zweiter Linie darf Naharbeit bei ungenügender Beleuchtung nicht geduldet werden. Mit Recht wird vielfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, den häuslichen Arbeiten mehr Beachtung zu schenken, bei welchen oft unter ganz unzulässigen Bedingungen die Augen stundenlang mit Naharbeit angestrengt werden. Schüler sollen ihre Freizeit womöglich nicht mit Lesen verbringen. Können sie sich nicht im Freien tummeln, dann ist es besser sie zu irgend einer mechanischen Arbeit anzuhalten, an der sie Interesse finden.

Heutzutage haben ja wohl alle höheren und die Mehrzahl der Mittelschulen Schulärzte. Mindestens ein Mal in jedem Halbjahr sollten alle Schüler Kopf für Kopf auf ihre Sehleistung geprüft werden und darüber müssen Notizen vorhanden sein. Jedes Kind, das in seinen Sehleistungen zurückgeht, soll vom Augenarzt nachcontrolliert werden. Im Beginne der Kurzsichtigkeit muss ich auf Grund persönlicher Erfahrung Atropinisierungen durchaus empfehlen. Absolute Ruhe der Augen lässt sich wohl nur so erzwingen. Zwei bis drei Wochen lassen sich bei gutem Willen gewiss dafür finden. Zurückbringen lässt sich die bereits bestehende Kurzsichtigkeit nicht; ihr schnelles sprunghaftes Fortschreiten lässt sich durch wiederholte Atropinisierungen aber oft aufhalten. Liegt bereits Kurzsichtigkeit vor, dann ist die richtige Brillencorrection aber die Hauptsache. Noch vor 20 Jahren galt wohl allgemein die Regel geringe Kurzsichtigkeit garnicht, und von den höheren Graden immer nur einen Teil zu corrigieren. Die Neigung immer nur einen Teil der Kurzsichtigkeit zu corrigieren ist auch noch heute unter den Augenärzten stark verbreitet. Das ist aber nicht ganz berechtigt. Die volle Correction zwingt ja allerdings den Kurzsichtigen die Accomodation zu gebrauchen, während er ohne oder mit teilweiser Correction die Accomodation beim Nahesehen nicht braucht. Das haben wir ja aber nicht zu fürchten, weil wir wissen, dass Accomodationsanspannung den inneren Augendruck nicht erhöht. Andererseits gibt die volle Correction die Möglichkeit, nicht zu nahe zu sehen, also es wird weniger Convergenz der Sehachsen gebraucht, das ist aber gerade wünschenswert, denn die Convergenz verursacht durch Druck der Muskeln auf den Augapfel eine Erhöhung des inneren Augendruckes, und die ruckweisen Augenbewegungen werden um so schädlicher, je näher gesehen und je mehr convergiert werden muss. Als allgemeines Princip muss heute wohl anerkannt werden: man versuche möglichst viel zu corrigieren. Dieses Bestreben findet nun aber eine Grenze, deren Bestimmung rein subjectiv ist. Alles, was durch hohlgeschliffene Gläser, wie sie die Kurzsichtigen tragen, gesehen wird, erscheint verkleinert und scharf, und das wirkt widerwärtig und störend. Das ist der einzige Grund, warum so viele Kurzsichtige nur für die Ferne Gläser benutzen. Bei weitem die Mehrzahl der kurzsichtigen Schüler beuntzt gerne und willig die Gläser für die Ferne, zieht es aber vor, ohne Gläser zu lesen und zu schreiben. Es fragt sich nun, ist die Benutzung möglichst viel corrigierender Gläser bei der Naharbeit ein Schutz gegen die Zunahme der Kurzsichtigkeit? Müssen wir diese Frage bejahen, dann müssen wir es auch verlangen, dass die Brille bei der Naharbeit benutzt wird, und Aerzte, Lehrpersonal, Erzieher und Eltern wären verpflichtet, streng darauf zu achten. Schon Donders, Förster, Paulsen haben vor Jahrzehnten behauptet, dass die Kurzsichtigkeit entschieden weniger fortschreite, wenn frühzeitig die voll corrigierenden Gläser getragen werden; das beste Prophylacticum gegen das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit sei die Brille. Im Laufe der letzten zehn Jahre sind mehrfach Mitteilungen gemacht worden (Dor, Pfalz, Heine u. a.) zugunsten der möglichst vollen Correction. Selten ist es möglich sofort die volle Correction zu geben, man muss allmählich steigern. Bei Consequenz und gutem Willen kann man recht weit damit kommen. Ich selbst bin entschieden für die volle Correction der kurzsichtigen Schulkinder; je früher man damit beginnt, um so mehr erreicht man. Aber man muss dem subjectiven Empfinden Rechnung tragen; ich unterlasse es, die Correctur für die Nähe erzwingen zu wollen, und gebe darin nur so weit, als es gutwillig ertragen wird. Ist die Kurzsichtigkeit stationär geworden, meist bis zum 20. Lebensjahr, dann kann die strenge Benutzung der Correction für die Naharbeit beliebig eingeschränkt werden; bis zu diesem Zeitpunct soll die Arbeitsbrille immer benutzt werden. Nach meinen eigenen Aufzeichnungen beginnen jugendliche Kurzsichtige im Durchschnitt erst im 12. Lebens-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jahre mit dem Tragen einer Brille, einfach, weil die Eltern meist nicht eher das Kind zum Augenarzte bringen, als bis der Lehrer Klage erhebt oder das Kind selbst so verständig ist und um eine Brille bittet. Meist sind es die Mütter, die sehr gut wissen, dass ihr Kind kurzsichtig ist, aber dazu schweigen, weil sie das Kind nicht mit der Brille sehen wollen. Die auf diese Weise verlorene Zeit ist garnicht mehr einzubringen.

Die Collegen, welche als Kinderärzte mit den Müttern bessere Fühlung haben, sollten uns unterstützen. Kurzsichtige Kinder sollen möglichst zeitig dem Augenarzte zugesandt werden, und eine für die Naharbeit gegebene Brille soll auch wirklich benutzt werden.

Eine weitere Fortsetzung meiner Beobachtungen über die Entwickelung der Refraction an der heranwachsenden Jugend, besitze ich in meinen fortlaufenden Untersuchungen an Schüleraugen, der Altersgruppe vom 10. bis etwa zum 21. Lebensjahre angehörend. Zum Schlusse sei hierüber noch Näheres mitgeteilt.

Im Grossen und Ganzen kann auch ich nur bestätigen, was so überaus zahlreich und übereinstimmend von anderen Beobachtern in allen Culturländern an Schulen gefunden wurde, d. h. je mehr Naharbeit geleistet werden muss, um so grösser wird die Zahl der Kurzsichtigen und nimmt die Zahl der Weitsichtigen entsprechend ab. Von Klasse zu Klasse lässt sich das beobachten. Immerhin bietet aber meine Beobachtungsreihe in mehrfacher Beziehung ein besonderes Interesse.

Es ist mir gestattet worden, über die Resultate meiner Arbeit am Pagencorps Seiner Majestät zu berichten.

Genaue und in jeder Beziehung verwertbare Notizen besitze ich seit dem Jahre 1896.

Für jeden Knaben und Jüngling, der zur Aufnahme in das Corps angemeldet wird, ist die medicinische Besichtigung und Prüfung der Sehleistung obligatorisch.

Diese Besichtigungen werden jährlich wiederholt. Zwei Mal im Jahre, gewöhnlich März—April und September—October, wird die Sehleistung controlliert. Die Ergebnisse der Sehprüfungen werden auf Sammelkarten notiert, fortlaufend vom Eintritt in das Corps bis zum Verlassen der Anstalt. Die Karte enthält: Namen, Klasse, Eintrittsalter, Sehleistung rechts und links ohne Correctur und mit Gläsern. Augenspiegelbefund. Nebenbefunde, Brillen, Verordnungen.

Die Zahl derjenigen, welche in eine der untersten Klassen eintreten und das Corps nach vollem Abschluss verlassen, beträgt weniger als die Hälfte aller Zöglinge. Die Mehrzahl tritt in eine höhere Klasse ein oder wird aus anderen militärischen Anstalten des Reiches in entsprechende Klassen des Pagencorps übergeführt.

In das Pagencorps Seiner Majestät werden aufgenommen die Kinder besonders verdienter Eltern. Die Söhne von Generalmajoren, die mindestens fünf Jahre im Dienst stehen und in Feldzügen gedient haben; die Enkel von Generalleutenants und Geheimräten; die Urenkel, im Mannesstamme von Generalen und wirklichen Geheimräten; die Söhne von Gouverneuren der Provinzen und Gouvernements; die Söhne der Adelsmarschälle. In Ausnahmefällen finden dann noch Kinder Aufnahme auf allerhöchsten Befehl, auch ohne dass den Eltern das Recht zur Aufnahme zusteht. Eine Folge dieser Aufnahmebestimmungen ist eine gewisse Gleichartigkeit der Rasse, wie man es sonst in Erziehungsanstalten nicht finden wird. Für die Beurteilung, wie weit angeerbte Disposition von Einfluss ist auf die Entwickelung der Augen, ist dieser Umstand von Bedeutung. Lebensstellung, Reichtum, Familientradition bedingen es, dass bis zum Eintritt in das Corps gewiss alles für das physische Wohlbefinden geschehen ist; das Material, welches dem Corps zugeführt wird, ist daher physisch ein sehr gepflegtes. Ferner wird durch ein sehr sorgfältig ausgearbeitetes Reglement bestimmt, welche physischen Mängel und Krankeiten die Aufnahme in das Corps ausschliessen. Das Corps soll in erster Stelle für den Militärdienst erziehen und vorbereiten, daher ist es gewiss richtig und berechtigt, möglichst nur vollkommen gesunde und physisch gut veranlagte Zöglinge aufzunehmen. Obgleich doch in erster Stelle eine Lehranstalt, bietet das Pagencorps in seinen Wohn- und Schulräumen, in der Verpflegung, Bekleidung, medicinischen Pflege und Beaufsichtigung, in der Abwechslung des Unterrichtes durch Turnen, Reiten, Fechten, Schiessen, Freispiele, wohl jede mögliche Unterstützung für die Entwickelung körperlicher Gewandheit und physischen Wohlbefindens. Die Tagesordnung und das Princip, nach denen das interne Leben der Anstalt geregelt ist, sind stramm militärisch. Für das physische Gedeihen ist dieses gewiss in mehrfacher Hinsicht zweckdienlich und von bestem Einfluss.

Nach Absolvierung der VII. allgemeinen Klasse haben die jungen Leute das Recht zu wählen, ob sie in die Officiersklassen übergehen oder ob sie austreten und in eine andere höhere Lehranstalt übergehen wollen.

Diejenigen, welche die beiden Officiersklassen im Pagencorps beendigen, werden je nach Wunsch und je nach der Güte des Abgangszeugnisses erkannt zu Offizieren der Garde oder der Armee und sind verpflichtet, drei Jahre bei der Truppe zu dienen. Die Wahl der Waffengattung steht jedem frei.

Von allen Eintretenden beenden das Corps mit der Officiersklasse bis 60 %. Etwa 40 % treten früher aus.

Im Durchschnitt zählt das Corps in allen Klassen 220 Zöglinge. Von diesen gehören etwa 120 zum Internat, d. h. wohnen im Corps, und etwa 100 sind Externe, die in der Residenz bei ihren Eltern Wohnung haben und nur zum Unterricht in der Anstalt erscheinen.

Ueber die beim Eintritt in das Pagencorps zu fordernde Sehleistung bestimmt die Vorschrift Folgendes. Blindheit auf einem Auge schliesst von der Aufnahme aus, auch in dem Falle, dass das andere Auge volle Sehschärfe besitzt. Das besser sehende Auge muss 1) ohne jede Correctur mindestens $^{3}/_{10}$ haben und 2) mit sphärischen Gläsern, deren Stärke 3 D nicht überschreiten soll, muss die Sehleistung dieses besseren Auges auf $^{5}/_{10}$ gehoben werden können. Für das schlech er sehende Auge wird als Mindestleistung $^{1}/_{10}$ verlangt, wenn auch mit Hilfe von sphärischen Gläsern. Von diesen Aufnahmebedingungen wird dazwischen kein zu strenger Gebrauch gemacht. Es g: natürlich Kurzsichtige, die ohne Correctur auf beiden Augen nur $^{1}/_{10}$ und weniger sehen, die aber mit der corrigierenden Brille ein gutes Sehvermögen auf beiden Augen besitzen.

Der Unterricht in den Klassen stellt folgende Anforderungen an die Augen der Zöglinge. Die fünf unteren Klassen entsprechen im Grossen und Ganzen den gleichen Klassen eines Realgymnasiums, und in den zwei oberen Specialklassen werden ausser Sprachen, Geschichte und Geographie, auch einige rein militärische Fächer gelehrt.

Ich habe in Summa 701 Zählkarten vom September 1896 bis zum März 1908 gesammelt.

Dem Corps wurden zugeführt, d. h. traten ein, in allen Klassen und jeden Alters zusammengenommen: als Weitsichtige 60 %, Kurzsichtige 19 %, Normalsichtige 18 %. Mit verschiedenen Augen: eins weitsichtig oder normal, das andere kurzsichtig 3 %. Der Gruppe der Weitsichtigen und Kurzsichtigen sind die entsprechenden Astigmatiker zugezählt. Es waren 3 % weitsichtige und 2 % kurzsichtige Astigmatiker.

Das Corps verliessen, d. h. traten aus, wiederum alle Klassen und alle Altersstufen zusammengenommen — als Weitsichtige 47 %, Kurzsichtige 29 %, Normal-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehende 21 %, ungleich Sehende 3 %. Die Astigmatiker sind auch hier, wie oben angegeben, hinzugezählt.

Stelle ich weiter zusammen die beiden obersten Klassen, so finde ich beim Austritt: Weitsichtige und weitsichtig Astigmatische 40 %; Kurzsichtige 31 %; normal Sehende 26 %; mit verschiedenen Augen 3 %.

Diese Zahlen sind im Vergleich mit den Resultaten anderer Beobachter als nicht ungünstige zu bezeichnen. Am wichtigsten ist ja die Zunahme der Kurzsichtigkeit, und da darf ich wohl sagen, dass im Pagencorps im allgemeinen und in seinen obersten Klassen im Speciellen die Verhältnisse so liegen, dass man damit zufrieden sein muss. Was ich aus der Arbeit von Fritz Ask wiedergegeben habe, stimmt recht gut mit den Verhältnissen im Pagencorps überein. Was Ask als günstig für die Abnahme der Kurzsichtigkeit in Schweden anführt, das bietet im ganzen auch der Lehrplan und die Regelung des Lebens im Pagencorps.

Ordne ich meine 701 Zählkarten derart, dass ich in einer Gruppe vereinige die alt-russischen Namen (467 Karten) und in einer zweiten Gruppe (234 Karten) vereinige all die Fremdstämmigen aus den Grenzländern: Polen, Finnland, Ostseeprovinzen, Kaukasus etc. etc., dann finde ich bei der Aufnahme in das Corps — alle Klassen und Altersstufen zusammengenommen:

in der rein russischen Gruppe: H. und Has 60,88 %, M. 18,8 %, E. 17,7 %, Anisometrope 2,6 %;

in der fremdstämmigen Gruppe: H. und Has 58,9 %, M. 20,6 %, E. 18,3 %, Anisometrope, 2,2 %;

beim Austritt aus dem Corps — alle Klassen und Altersstufen zusammengenommen — in der rein russischen Gruppe: Weitsichtige 54 %, Kurzsichtige 22,5 %, normal Sehende 21,4 %, mit verschieden sehenden Augen 2,1 %;

in der fremdstämmigen Gruppe: Weitsichtige 33,7 %, Kurzsichtige 43,6 %, normal Sehende 21 %, ungleich Sehende 2 %.

Wir sehen also, die Söhne der rein russischen Familien treten mit Augen in das Corps, die um Einiges besser sind als die der Fremdstämmigen. Die Russen sind bedeutend widerstandsfähiger, d. h. während die Kurzsichtigkeit bei ihnen nur um 3,7 % zunimmt, beträgt die Zunahme an Kurzsichtigen bei den Fremdstämmigen 23 %.

Diese Zahlen beweisen gewiss die Berechtigung, anzunehmen, dass bei der Entwickelung der Kurzsichtigkeit die angeborene Anlage, die ererbte Disposition, eine wichtige Rolle spielt.

Auf meinen 701 Zählkarten habe ich verzeichnet, beim Eintritt in das Corps in allen Klassen zusammen: in der Gruppe der Russen 467 Mann, Fremdstämmige 234 Mann.

Unter den Russen waren:

weitsichtig und weitsichtig astigmatisch	284	467
kurzsichtig und kurzsichtig astigmatisch	88	
normal Sehende	83	
ungleich Sehende	12	

Unter den Fremdstämmigen:

weitsichtig und weitsichtig astigmatisch	138	234
kurzsichtig und kurzsichtig astigmatisch	48	
normal Sehende	43	
ungleich Sehende	5	

Beim Austritt aus dem Corps, aus allen Klassen zusammen, fanden sich unter den Russen:

H. und Has	252	467
M. und Mas	105	
Emetrope	100	
Anisometrope	10	

unter den Fremdstämmigen:

H. und Has	79	234
M. und Mas	102	
Emetrope	49	
Anisometrope	4	

Wie sich diese Zahlen im % Verhältnisse ausdrücken, ist bereits oben gesagt worden.

Brillenträger zählte ich unter den

einfach Weitsichtigen	14
weitsichtig Astigmatischen	14
einfach Kurzsichtigen	87
kurzsichtig Astigmatischen	16
Anisometropen	6

Von 207 Kurzsichtigen trugen Brillen, zeitweilig oder beständig, 103 Mann.

Das Tragen einer Brille sowohl im Corps während des Unterrichtes als auch ausserhalb der Anstalt ist nur nach erfolgter Befürwortung durch den Anstaltsarzt zulässig. Es ist ja wohl verständlich und auch verzeihlich, wenn die jungen Leute nicht gerne Brillen tragen, das passt eben schlecht zur schmucken Uniform und beeinträchtigt den Gesamteindruck der Person. Meist wird die verordnete Brille nur dann benutzt, wenn es als absolut notwendig subjectiv empfunden wird, wie bei Demonstrationen auf grösseren Abstand, während des Unterrichtes und bei den Schiessübungen. Beständiges Tragen der Brille, so sehr ich es im einzelnen Falle empfehle, wird im ganzen sehr ungern durchgeführt.

Weitsichtige und weitsichtig Astigmatische erhielten natürlich die volle Correctur, soweit sie ohne Atropin angenommen wurde. Kurzsichtig Astigmatische und einfach Kurzsichtige corrigierte ich für die Ferne voll und gab den Rat, diese Gläser auch für die Nähe zu benutzen, soweit eine allmähliche Gewöhnung an das Glas dieses ermöglichte ohne unangenehm empfundenen Zwang. Hierüber weiter unten noch einiges Nähere.

Beim Eintritt in das Corps zählte ich in allen Klassen Weitsichtige und weitsichtig Astigmatische 422. Beim Austritt waren ihrer noch 331. Es fehlen also 91. Von den ungleich Sehenden fehlen beim Austritt 3. Ich habe also 94 Mal — bei 701 Beobachtungen — eine Zunahme der Refraction, d. h. Uebergang der Weitsichtigkeit in Normalsichtigkeit oder Kurzsichtigkeit zu verzeichnen gehabt. Auf die Vermehrung der Emmetropen kamen 23, auf die der Myopen 71 Fälle.

Eine Zunahme der Refraction beobachtete ich innerhalb folgender Grenzen: von E bis M — 1 D; von H + 1 D bis Myopie — 2,5 D; bei bereits bestehender Myopie eine Zunahme von höchstens 3,5 D.

Der höchste Grad von Kurzsichtigkeit, den ich zu verzeichnen hatte, betrug — 9 D.

Eine Myopie	bis	zu 1 D	fand	sich	91	Mal
„	„	von 1—2 D	„	„	42	„
„	„	„ 2—4 D	„	„	48	„
„	„	„ 4—6 D	„	„	19	„
„	„	„ 6—9 D	„	„	7	„

Eine Zunahme der Kurzsichtigkeit während der Jahre, über welche sich die Aufzeichnungen erstrecken, habe ich an fünfzig Pagen beobachten müssen. Diese Zusammenstellung ist im ganzen ebenfalls nicht ungünstig zu nennen. Schwere Fälle fortschreitender Kurzsichtigkeit fehlten ja vollständig.

Bei beginnender Kurzsichtigkeit oder bei deren Zunahme habe ich oft mit bestem Erfolge Atropincuren angewandt. Des öfteren wurde die Cur aber abgelehnt, da der Unterricht nicht unterbrochen werden konnte. Da man ja nie sicher ist, wie weit beginnende Kurzsichtigkeit die Neigung haben wird zuzunehmen, habe ich sehr oft den Rat gegeben, sofort mit dem beständigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tragen auch schwacher Gläser zu beginnen. Aber wie schon erwähnt, ist dieser Rat nicht oft befolgt worden. Ein Bedürfnis, corrigierende Gläser zu tragen, beginnt meist erst dann, wenn die Myopie über — 2 D ansteigt. Eine volle Correctur, die dann auch beständig getragen wurde, liess sich nur bis zu — 4 D ertragen. Die Kurzsichtigen von mehr als 4 D bis zu 9 D verlangten zur Arbeit und zum beständigem Tragen ein schwächeres Glas, im Durchschnitt wurde $^2/_3$ der vorhandenen Myopie corrigiert. Die volle Correctur wurde nur in besonderer Veranlassung, wie während der Schiessübungen getragen. Von den 103 Kurzsichtigen, die Brilen trugen, waren 47 Mann voll corrigiert und trugen die Gläser auch wirklich beständig. Der Kurzsichtigkeitsgrad schwankte zwischen 1 und 4 D. An diesen jungen Leuten habe ich eine weitere Zunahme der Kurzsichtigkeit nicht beobachten müssen. Die nicht voll corrigierten Kurzsichtigen, der Reihe von — 1 D bis — 6 D angehörend, trugen diese Gläser zum Teil beständig, zum Teil je nach Bedürfnis. In dieser Gruppe von 56 Mann habe ich in 33 Fällen eine Zunahme der Kurzsichtigkeit notieren müssen. Im weiteren 17 Fällen notierte ich ein allmähliches Ansteigen der Kurzsichtigkeit bis zu — 2,5 D. In diesen Fällen hatten die jungen Leute das Tragen einer Brille abgelehnt, da sie behaupteten, ihre Kurzsichtigkeit geniere sie weiter nicht.

Berücksichtige ich meine Erfahrungen, die ich in meiner privaten Praxis mit der vollen Correction jugendlicher Myopen gemacht habe, dann muss ich wohl sagen, man solle mit dem Tragen der Brille bald beginnen, und das Glas soll so stark gewählt werden, als es für die Arbeit in der Nähe noch vertragen werden kann, ohne unangenehm zu wirken. Das kann oft nur allmählich geschehen und verlangt Geduld und Willensstärke, die unserer heranwachsenden Jugend leider oft fehlen.

Referate.

M. Graefe: Ueber künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Practische Ergebnisse der Gebh. und Gynäkol. herausgegeben von V. Franz und J. Veit. I. Jahrgang 1909, pag. 19 ff.

Nach Oehlschläger wird der Abortus artefacialis dadurch eingeleitet, dass man durch einen Katheter von 2 mm. Weite, der bis zum Fundus hinaufgeführt wird, 3—4 grm. Tr. Jodi in den Uterus spritzt. Verf. glaubt, dass es nur ein Zufall ist, wenn Oehlschläger keine heftigen Koliken und perimetritischen Reizzustände dabei erlebt hat, er verlangt, dass man sich bei diesem Verfahren durch Erweiterung des Cervicalcanals den Abfluss der Jodtinctur sichert und dass man nicht mehr als 2 g. einspritzt. Mit dieser Modification kann diese Methode für die ersten Tage oder Wochen nach dem Ausbleiben der Menstruation empfohlen werden. Auch die Curettage führt in den ersten Tagen nach Ausbleiben der Menstruation nicht immer zum Ziel, wofür ein Beispiel angeführt wird, wo selbst nach der Abrasio die Schwangerschaft sich weiter entwickelte. Entweder wurde zufälliger Weise das Ei von der Curette nicht zerstört, oder aber es befand sich damals noch nicht im Uterus. Um derartige Misserfolge zu vermeiden, muss die Abrasio nicht zu früh gemacht werden, d. h. frühestens 2 Wochen nach dem Ausbleiben der Regel. In den ersten 2—3 Monaten der Schwangerschaft warnt Verf. dringend vor der schnellen Ausräumung des Uterus in einer Sitzung nach vorausgeschickter Dilatation des Cervicalcanals. Die Blutung kann dabei enorm sein, der Uterus contrahiert sich schlecht, und es kommt zu Durchbohrungen und Verletzungen der Uteruswand und selbst des Darmes. Der Cervix ist häufig auch sehr starr, und erzwingt man die Dilatation, so kommt es zu Verletzungen desselben, die bis ins Parametrium reichen können. Besser ist daher eine langsame Dilatation durch sterile Laminariastifte. Damit die Extraction des Stiftes, der nach 24-stündigem Liegen an der Stelle des inneren Muttermundes sondenförmig eingeschnürt ist, leichter gelingt, empfiehlt es sich, gleichzeitig 2 dünnere Stifte einzulegen, wodurch auch ein Herausfallen derselben verhindert wird. Auch ein Hineinschlüpfen des Stiftes ins Cavum uteri wird so verhindert. Sollte das jemals eintreten, so müsste die Extraction des Stiftes nach doppelseitiger Spaltung des Cervix vorgenommen werden. In keinem Falle soll der Stift am dranhängenden Faden, sondern mit einer gut fassenden Zange extrahiert werden. Meist genügt die einmalige Einführung von Laminariastiften nicht, es wird vielmehr ein nochmaliges Einlegen eines sehr dicken oder mehrerer Stifte für 24 Stunden nötig. Danach tritt dann Wehentätigkeit ein, durch die das Ei gelöst wird, so dass man es am nächsten Tage leicht extrahieren kann, oder aber man erweitert nun den erweichten Canal bequem mit dickeren Hegarschen Dilatatoren bis 1—2 Finger durchgehn. Vor Beginn der Ablösung des Eies soll man stets Ergotin subcutan injicieren und die Lösung digital vornehmen, erst dann das bereits gelöste Ei mit der Abortzange extrahieren, darnach das Cavum austasten, eventuell ausschaben und Jodtinctur einspritzen. Darnach folgt eine Tamponade mit Jodoformgaze. Fritsch empfiehlt nach einmaliger Laminariadilatation die Eihaut zu durchbohren und den Uterus mit in Ichthyolglycerin getauchter Jodoformgaze zu tamponieren, doch kommt dabei Fieber bis 39° vor, weswegen Graefe dieses Verfahren verwirft. Die Entfernung des Foetus macht bis zur Mitte des 4 Monates keine Schwierigkeiten, und der Kopf lässt sich mit einer Hakenzange herausziehen; am Ende des 4 Monats ist er schon so gross, dass es sich empfiehlt, ihn zunächst mit einer Hakenzange zu fixieren und darnach mit einer Kornzange zu perforieren. Nach Entleerung der Gehirnmasse passiert er den Cervicalcanal ohne abzureissen. Bei Extraction an den Füssen muss mit dem Kopfe ebenso verfahren werden. Vom Anfang des 6 Monats an empfiehlt es sich, statt der Laminaria kleinere Metreurynter einzulegen, allerdings oft nach vorausgeschickter Laminariadilatation. Die elastischen Ballons lassen sich zusammengerollt leichter einführen, ziehen sich aber bei geringerer Dilatation des Canals in die Länge, was bei starren Ballons (Champetier de Ribes, Müller) nicht eintritt, weswegen an letzteren ein starker Zug ausgeübt werden kann. Die Metreuryse ist jedenfalls dem Einlegen von Bougies und dem Eihautstich vorzuziehen. Bei Schädellagen kann allerdings durch den Metreurynter der vorliegende Teil vom Beckeneingang abgedrängt werden, wodurch der glatte Weiterverlauf der Frühgeburt gestört wird. Bei stehender Blase ist dieser Umstand natürlich nicht von Belang, auch kann der Kopf nach dem Wasserabgang bei starken Wehen von aussen nach dem Beckeneingang geschoben werden. Jedenfalls verdient die Metreuryse als Mittel zur Einleitung der Frühgeburt unter den practischen Aerzten eine weitere Verbreitung, als sie sie bis jetzt besitzt.

W. Beckmann.

Prof. Pels-Leusden. Die Therapie der Verbrennungen. Klinischer Vortrag. Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 48. 1908.

Entsprechend den neueren Untersuchungen von Eykmann, welche es sehr wahrscheinlich machen, dass unter der Einwirkung der Hitze in der Haut toxisch wirkende Stoffe entstehen, die in das Blut aufgenommen, toxisch wirken können, und also möglichst bald ausgeschieden werden müssen, soll es unsere erste Aufgabe sein, durch Hebung der Herztätigkeit und eine vermehrte Durchspülung des Körpers diese toxischen Stoffe tunlichst bald wieder zu entfernen. Nun liegt aber, wohl infolge dieser Toxine, die Herztätigkeit in bedenklicher Weise darnieder, der Puls ist sehr frequent und sehr klein, der Gefässtonus stark herabgesetzt, in vielen, bei weitem aber nicht in allen Fällen ist eine starke Hämoglobinämie — infolge von Hämolyse — und Hämoglobinurie vorhanden, die Körpertemperatur herabgesetzt; wir müssen also mit starken Mitteln vorgehen, um diesen verschiedenen Indicationen zu genügen.

In erster Linie kommen da intravenöse Injectionen von Digalen zur Hebung der Herztätigkeit in Frage, sodann handelt es sich um die Zuführung von reichlichen Mengen rasch resorbierbarer Flüssigkeiten.

Dass man neben dieser Allgemeinbehandlung die locale der verbrannten Stellen nicht vergessen darf, ist selbstverständlich, aber wir müssen dabei stets daran denken, dass wir es mit im Shock befindlichen, sehr wenig widerstandsfähigen Individuen mit schwer darniederliegender Herztätigkeit zu tun haben und die angewandten Mittel keine die Herztätigkeit beeinträchtigende sein dürfen.

D.

Dr. Oscar Jäger. Drillingsschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung des Placentarsitzes. Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 32. 1908.

Verfasser hatte Gelegenheit, in der genannten Frauenklinik einen Drillingspartus zu leiten, bei dem die Neugeborenen,

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ein Knabe und zwei Mädchen, völlig ausgetragen waren und sich als durchaus lebensfähig erwiesen. Verfasser skizziert kurz den klinischen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

In dem stark erweiterten Cervicalteil der Gebärmutter ist die gelöste Placenta deutlich von aussen durch die schlaffen Bauchdecken hindurch zu fühlen. Unter leichtem Druck auf den Uterus von oben her erscheint sie in der Schamspalte und wird von hier vorsichtig entfernt.

Secacornininjection. Uterus dauernd gut contrahiert, keine stärkere Blutung in der Nachgeburtsperiode.

Mutter und Kinder, letztere an Gewicht und Länge nur wenig kleiner als normale Neugeborene, wurden bei bestem Wohlbefinden aus der Klinik entlassen.

G.

Dr. R. Baron Engelhardt. Ein Fall von Herzruptur. Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 19. 1909.

Verfasser beschreibt einen Fall von Herzruptur nach einer plötzlich mit gastrischen Erscheinungen einsetzenden Thrombose der Coronaria cordis sinistra, eine acht Tage dauernde fieberhafte Erkrankung unter dem Bilde von Meteorismus, Erbrechen und Oppression, dann im tachycardischen Anfall Herzruptur an der Vorderwand des linken Ventrikels mit Hämopericard und 12 Stunden später Tod.

Es entstand die Frage, ob wir die Vorboten dieser Krankheit richtig zu deuten imstande sind, und ob wir in der Lage sind, unsere Therapie darnach zu richten. Obgleich Digitalis, Dyalysat wirkungslos waren, trat nach Digalen-Injection ein besserer Zustand ein. Der Spitzenstoss war nach mehrfachen Digalen-Injectionen extra- und supramamillär fühlbar. Der Puls hielt sich leidlich.

J. M.

E. Padovani. Die hypnotische und sedative Wirkung des Bromurals. Note e Rivista die Psichiatria. 1909. Vol. II. Nr. 3.

Der Verf. verwandte das Bromural in der Irrenanstalt zu Ferrara und fand, dass es in Dosen von 0,6—1,7 g bei leichten Formen der Schlaflosigkeit vorzüglich wirkt, auch bei mittelschweren Formen wurden im allgemeinen noch recht gute Erfolge erzielt. In schweren Fällen versagte es. Die Dauer des Bromuralschlafes hängt in erster Linie von der Schwere der Schlaflosigkeit, nicht etwa von der Menge des verabreichten Präparates ab. Nicht selten wurde der Schlaf in einer Nacht ein- bis mehrmal unterbrochen. Der Verf. glaubt, dass der unmittelbar nach der Darreichung eintretende Schlaf der Schlafwirkung des Bromurals zuzuschreiben sei, während dagegen der nach einer solchen Ueterbrechung sich wieder einstellende Schlaf auf die sedative Wirkung des Mittels zurückzuführen sei. Letzterer ist dem physiologischen Schlaf ähnlicher und bringt infolgedessen dem Patienten in grösserem Masse Erquickung und Erholung.

Trotz der fortgesetzten Darreichung konnte Verf. niemals eine Angewöhnung beobachten. Ebenso wenig zeigten sich Intoleranzerscheinungen, obwohl der Verf. bis zu 2 g pro dosi verordnete, ja nicht einmal kleine Störungen zeigten sich, selbst bei älteren zum Teil atheromatösen Patienten.

Genaue Pulsuntersuchungen zeigten, dass die Frequenz zuerst leicht gesteigert, dann aber in merkbarer Weise herabgesetzt wird; die Systole wird etwas verstärkt. Arhythmie oder sonstige Unregelmässigkeiten wurden nicht beobachtet. Die Wirkung des Bromurals auf die Atmung macht sich in der Weise bemerkbar, dass die Frequenz herabgesetzt wird, schon gleich zu Anfang der Bromuralwirkung; diese Herabsetzung ruft eine Verlangsamung hauptsächlich der Ausatmung hervor. Der Rhythmus wird nicht verändert. Die Atmung wird, obwohl sie regelmässig bleibt, verlangsamt und oberflächlich.

In solchen Fällen, in denen das Bromural lediglich als Sedativum gegeben wurde, konnte man fast immer eine fühlbare Herabsetzung der Intensität und der Dauer der Angst- und Erregungszustände beobachten. Diese Wirkung wurde noch mehr sichtbar, wenn neben der Bromural-Therapie warme Bäder verordnet wurden.

P.

Dr. Jos. König: Ueber eine besondere Wirkung des Styptol. Wiener klinische Wochenschrift. 1909. Nr. 37.

Verfasser hatte schon früher festgestellt, dass krankhafte Pollutionen durch Extr. Hydrast. fl. so verringert werden, dass sie nur einmal in der Woche auftreten. Von dem Gedanken ausgehend, dass Arzneimittel, welche auf die Gefässe des Uterus contrahierend wirken, auch analoge Wirkungen auf den Utriculus masculinus, bezw. die Ausführungsgänge der Samencanäle ausüben dürften, versuchte er in den letzten Jahren auch das Styptol. Hierbei fand er nun, dass dieses Mittel die Pollutionen, mögen sie auch noch so häufig aufgetreten sein, auf durchschnittlich ein bis drei Wochen hinauszuschieben imstande ist. Mit dieser Wirkung verbindet sich eine deutliche Abnahme der geschlechtlichen Uebererregbarkeit, falls eine solche vorhanden ist. Von den Pastillen zu 0,05 Styptol werden anfangs 2, später 3 Stück kurz vor dem Schlafengehen einen Monat hindurch gegeben, event. wird dieses nach längerer Zeit wiederholt.

P.

Bücherbesprechungen.

R. Scipiades. Ueber die Behandlung der Geburten bei engem Becken. Berlin 1909. Verlag von S. Karger.

Die Resultate dieser Arbeit sind bereits in der Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVI erschienen: Das Material zu derselben stammt aus der Tauffer schen Klinik in Budapest und umfasst gegen 1000 Geburten bei engem Becken. Das Buch enthält viele wichtige Hinweise für die Behandlung und für die Lehre vom engen Becken von grosser Bedeutung.

Fr. Mühlen.

Practische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. Herausgegeben von K. Franz und J. Veit. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1909.

Ausser den beiden Herausgebern zeichnen auf dem Titelblatt dieses neuen Werkes, dessen erster Jahrgang mit der vorliegenden I. Abteilung beginnt, zahlreiche namhafte Gynäkologen. Die gynäkologische Zeitschriftenliteratur ist bereits so angewachsen und die Zahl der veröffentlichten Arbeiten so gross, dass der practische Gynäkologe nicht mehr imstande ist, alles zu lesen. Ihm soll aus der Specialliteratur alles das kritisch verarbeitet gebracht werden, was bereits practische Folgerungen erlaubt. Damit füllen die Herausgeber eine tatsächliche Lücke in der gynäkologischen Literatur aus. Aus dem reichhaltigen Inhalt brauchen nur die Ueberschriften angeführt zu werden, und es ist jedem Fachmann sogleich klar, dass die Herausgeber die auf der Tagesordnung stehenden Fragen besonders berücksichtigen. Veit behandelt die Uterusexstirpation bei Puerperalfieber und die Desinfection in der Praxis. Franz referiert über die Veränderungen der Technik und der Indicationen des Kaiserschnittes. Gräfe berichtet über die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft und Schickele über die Diätetik der Wöchnerin und des Neugeborenen. Hegar schreibt über die Lehre von der Endometritis in ihren practischen Folgerungen und Sellheim über Zangenentbindung. Die moderne Frage von dem Magencarcinom in seinen Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe ist von E. Runge und die Peritonitis puerperalis von F. Fromme besprochen. Ferner finden wir Arbeiten von Freund über Genitalprolapse, von Mayer über geburtshilfliche Blutungen, von Frankl über Serologie, von Baisch über das enge Becken, während Busse über die stattliche Zahl von 1232 Lumbalanästhesien berichtet und Zangemeister die Frage, wann bei der Ovariotomie beide Ovarien entfernt werden sollen, kritisch beleuchtet. Es sind nicht nur Referate, sondern wirkliche kritische Darlegungen des Standes der jeweilig behandelten Frage. Der Fachmann dürfte in dem neuen Werk einen willkommenen Ratgeber finden. Auf die einzelnen Arbeiten soll noch später zurückgekommen werden.

W. Beckman.

Zuschrift an die Redaction.

Wir erhalten von Herrn Geheimrat Dr. L. Berthenson folgende Zuschrift:

Der 2. Internationale Congress für Gewerbekrankheiten zu Brüssel, im September 1910.

Als Vertreter Russlands in der Permanenten Internationalen Commission zur Erforschung der Gewerbekrankheiten und auf Ansuchen des Bureaus derselben erlaube ich mir den russischen Collegen anzuzeigen, dass im September 1910 in Brüssel der 2. Internationale Congress für Gewerbekrankheiten stattfinden soll, für welchen folgende Fragen aufs Programm gestellt sind:

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

1. Sollen die Gewerbekrankheiten von den Unfällen getrennt werden? Welches waren die differentialen Unterschiede zwischen beiden? Wie sollen gelöst werden die strittigen Fragen über: Hernien, Lumbago, Hitzschlag, Caisson-Krankheit, Milzbrand der Gerber, Wollsortierer, Bürstenbinder etc., Syphilis der Glasbläser, Beschädigungen bei Arbeiten mit ätzenden Stoffen.

2. Welches ist die gegenwärtige medicinische Ausrüstung der Bergwerke, Fabriken, Gewerbeanstalten, Arbeitsstätten? Das Zeugnis über körperliche Befähigungen in den verschiedenen Gewerben. Anthropologische Forschungen über minderjährige Arbeiter während der Lehrjahre, ärztliche Ueberwachung der Arbeiter während ihrer Tätigkeit. Grundlagen für die Organisation des ärztlichen Dienstes in Fabriken, Bergwerken etc. Statistik der professionellen Mortalität und Morbidität.

3. Gegenwärtiger Stand des Kampfes gegen die Ankylostomiasis. Die Infectionswege und ihre relative Bedeutung. Das methodische Auffinden der «Wurmträger». Vergleich des Wertes der verschiedenen Behandlungsmethoden und die nachherige ärztliche Controlle, Kritik der ergriffenen oder in Vorschlag gebrachten Assanisationsmassnahmen.

4. Das Auge und die Sehkraft in ihren Beziehungen zu den Gewerbekrankheiten. Rationelle Beleuchtung der Arbeitsräume. Photometrische Verfahren. Ueberanstrengung der Augen. Die Sehschärfe während der Lehrzeit. Der Staar und der Greisenbogen der Glasarbeiter und anderer starken Lichtstrahlen ausgesetzter Leute. Der Nystagmus der Kohlengrubenarbeiter. Die Bleivergiftung des Auges. Die Augenerkrankungen durch Schwefelkohlenstoff. Die durch Staub, Gase, Dämpfe hervorgerufenen Augenkrankheiten.

5. Die Arbeit in comprimierter Luft. Pathogenese der beobachteten Störungen. Auswahl der Mannschaften, Altersgrenzen, ärztliche Ueberwachung. Dauer des Tauchens, des Aufenthaltes in den Caissons und der Ruhepausen. Kritik der vorgeschlagenen Decompressionsverfahren: die langsame und gleichmässig-gesteigerte Decompression, die staffelartige Decompression. Die Recompression. Rolle des Sauerstoffes. Casernierung der Mannschaften. Specielle prophylactische Massnahmen.

6. Die gewerblichen Vergiftungen. Frühdiagnose der am häufigsten vorkommenden Vergiftungen. Gewöhnliche Anzeichen einer latenten Intoxication. Die gewerblichen Neurosen toxischen Ursprungs. Späte Folgen einer scheinbar geheilten gewerblichen Vergiftung. Einfluss der Vergiftungen auf die Entstehung und den Verlauf intercurrierender Krankheiten.

Den 18. October 1909. Leo Berthenson.

Der Redaction ist von Herrn Dr. E. Schmidt folgende Zuschrift zugegangen (s. Nr. 42 der St. Pet. Med. Wochenschrift):

Zur Discussion über meinen Vortrag am 15. Sept. 1909 «Ueber die v. Pirquetsche Reaction und die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter».

Da die v. Pirquetsche Reaction alle Formen der Tuberculose, active und inactive, aufdeckt, so ist sie mit Ueberlegung und Vorsicht zu beurteilen. In den ersten 2. Lebensjahren, wo eine inactive Tuberculose so gut wie ausgeschlossen ist und die Frühsymptome des Leidens mit den bisher üblichen physikalischen und klinischen Hilfsmitteln nicht diagnosticiert werden können, spricht der positive Ausfall der Cutanprobe direct für einen activen Herd, der eine fast absolut schlechte Prognose gibt, weil in diesem Alter kein Fall von Ausheilung der Tuberculose beobachtet worden ist. Je älter das Kind, desto geringer ist der diagnostische und prognostische Wert dieser Methode, weil die Zahl der Tuberculösen vom 3. Lebensjahre schnell anzusteigen beginnt und die latenten und inactiven Formen der Krankheit sich von Jahr zu Jahr mehren. Die cutane Tuberculinimpfung kann aber auch im späteren Kindesalter und bei Erwachsenen in prophylactischer und differentialdiagnostischer Hinsicht, im Einklang mit klinischer Beobachtung und Ueberlegung, hervorragende Dienste leisten. Eine nicht zu unterschätzende diagnostische Bedeutung kommt auch den torpiden und secundären Reactionen zu, welche in überwiegender Mehrzahl der Fälle auf einen ausheilenden oder ausgeheilten Herd hinweisen, wie es auch v. Pirquet, Hamburger und andere Autoren klinisch und bei Sectionen beobachtet haben. Umgekehrt gibt bei vorhandener Tuberculose eine frühauftretende, nur hyperämische und schnell verschwindende Reaction (Schnellreaction nach Wolff-Eisner) und eine, nach sich wiederholender Impfung, allmählich abnehmende und schliesslich erlöschende Reactionsfähigkeit eine fast durchweg schlechte Prognose. Was meine Einteilung der Reactionsstärke nach der Grösse der Papelbildung anbetrifft, so hat sie ihre volle Berechtigung, denn jeder Tuberculöse besitzt eine specifische veränderte Reactionsfähigkeit, welche v. Pirquet «Allergie» genannt hat. Ein Indicator für diese Allergie ist aber die Tuberculinreaction, welche sich auch practisch darin bewährt, dass sie den Grad der Tuberculinimmunität angibt und bei einzuleitender Tuberculincur die Anfangsdosis bequemer und leichter bestimmen lässt.

Dr. med. Eugen Schmidt.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Zur Prüfung des Gesetzprojects über die sanitäre Einrichtung der Wohnungen, das von der Verwaltung des Obermedicinalinspectors ausgearbeitet worden, ist eine besondere Conferenz bei der gen. Verwaltung unter dem Vorsitz des Obermedicinalinspectors Wirkl. Staatsrat Malinowski zusammengetreten. Zum Bestande der Conferenz sollen Vertreter des Technischen Baucomitees, bekannte Aerzte und Hygieniker und Vertreter der Petersburger städtischen Communalverwaltung hinzugezogen werden.

— In der Militär-Medicinischen Akademie soll mit dem Beginn des nächsten Lehrjahres das System der Aufnahme neuer Studenten auf Grund einer Concurrenz der Maturitätszeugnisse aufgehoben werden. An Stelle der Concurrenz der Zeugnisse beabsichtigt man Aufnahmeprüfungen einzuführen. Die Ausarbeitung detaillierter Bestimmungen über dieses Aufnahmeexamen ist einer Professorencommission unter dem Vorsitz des Chefs der Akademie übertragen worden.

— Antialcoholausstellung. Die Executivcommission des Organisationscomitees des 1. Allrussischen Congresses für den Kampf gegen die Trunksucht teilt mit: Mit dem am 23. December in Petersburg stattfindenden Congresse wird eine Antialcoholausstellung verbunden sein, auf der allgemeinzugängliche Vorlesungen über die Trunksucht gehalten werden. Die Commission bittet die Personen, die an der Ausstellung teilnehmen wollen, zu melden, welche Gegenstände sie auszustellen wünschen: Broschüren, Bücher, Diagramme, Bilder, Präparate u. s. w., sowie deren Anzahl und die Bedingungen. Die Anmeldungen und Anfragen sind an das Organisationscomitee des Congresses, St. Petersburg, Moika 85, zu richten.

— Zur Bekämpfung der Prostitution. Eine vom Medicinalrat eingesetzte Commission unter dem Vorsitz des Leibmedicus L. Berthenson hat allgemeine Grundlagen für die Organisation der Aufsicht über die Prostitution im Reiche aufgestellt, welche bereits im Januar 1906 vom Medicinalrat gutgeheissen sind und wesentlich in folgendem bestehen. Unter der Aufsicht über die Prostitution hat man eine solche durch ein Gesetz angeordnete Organisation zu verstehen, die in möglichst vollkommener Weise die Ergreifung sanitärer und prophylaktischer Massregeln sicherstellt und zugleich jeden Anlass zu Rechtsverletzungen ausschliesst. Dementsprechend sind sowohl die Bordelle zu schliessen, deren Fortbestehen vom sanitär-prophylaktischen Standpunct nicht zu rechtfertigen ist und den gegenwärtigen humanitären Anschauungen widerspricht, als auch alle anderen Formen des durch Reglementierung sanctionierten Zusammenlebens von Prostituierten zu beseitigen. Die bestehende Form der Aufsicht über die Prostitution, bei der die Polizei die Hauptrolle spielt, entspricht ihrem Zweck weder in sanitär-prophylaktischer Hinsicht, noch vom Standpunct des Rechtes und der Schicklichkeit. Durch das Hervorheben der sanitären Ziele und die Ueberweisung der Aufsicht über die Prostitution an die communalen Institutionen soll jedoch die Bedeutung der polizeilichen Massnahmen nicht herabgemindert werden. Im Einklang mit den Gesetzen der öffentlichen Gesundheitspflege und den Forderungen von Anstand und Ordnung werden der Polizei ernste Pflichten obliegen müssen, nur sollen die polizeilichen Massnahmen in der Aufsicht über die Prostitution ausschliesslich auf allgemeinen Rechtsnormen und nicht auf allerlei speciellen Bestimmungen fussen. Die genannten Principien sollen, durch ein Gesetz festgelegt, sämtlichen communalen Massnahmen zum Kampfe gegen die Prostitution und zur Aufsicht über dieselbe zu Grunde gelegt werden, die nähere Ausführung der entsprechenden Bestimmungen, den örtlichen Bedingungen angepasst, bleibt der selbständigen Tätigkeit der communalen Institutionen überlassen.

Leider ist ein auf diesen vom Medicinalrat angenommenen Grundlagen basierendes Gesetz von den betreffenden Behörden bis jetzt noch nicht ausgearbeitet worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Congress der russischen Psychiater. Die Gesellschaft der Psychiater und der Conseil der Psychoneurologischen Instituts haben die Erlaubnis erhalten, den dritten Congress der russischen Psychiater einzuberufen. Der Congress wird in Petersburg vom 27. December 1909 bis zum 5. Januar 1910 tagen und sich mit folgenden Fragen beschäftigen: 1) Die Formen der Fürsorge für Geisteskranke in Russland; 2) die die Geisteskranken betreffende Gesetzgebung; 3) die innere Organisation der psychiatrischen Anstalten; 4) Fragen der Moral-Insanity; 5) die Bedingungen der gerichtlichen Expertise für Personen, die durch Unfälle gelitten haben; 6) Heilanstalten für Arbeiter, deren Nervensystem bei Unfällen gelitten hat; 7) die Rolle und die Bedeutung der Psychiater bei der Besichtigung Geisteskranker; 8) die Organisation psychiatrischer Hilfeleistungen auf Kriegsschauplätzen. Zum Vorsitzenden des Organisationscomitees ist der Akademiker W. M. Bechterew gewählt worden. Anmeldungen von Vorträgen sind an das Organisationscomitee (Botkinskaja, 9) zu richten.

— Die Zahl der Studenten an der Moskauer Universität beträgt in diesem Jahre 10302; davon entfallen 2256 auf die medicinische Facultät.

— Die Berliner Universität wird am 6. October (n. St.) 1910 die Jahrhundertfeier begehen.

— Königsberg. In Andreischken (Kreis Niederung) ist wieder ein Cholerafall registriert worden. In Skirwieteil (Kreis Heidekrug) wurden zwei Cholerafälle bemerkt.

— Aus Anlass des XVI. Internationalen Aerzte-Congresses in Budapest ist von dem kgl. ungarischen Cultusministerium den Congressmitgliedern ein Werk überreicht worden unter dem Titel «Les Facultés de Médecine des Universités Royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvár», welches eine ausführliche Beschreibung aller Institute der medicinischen Facultäten der beiden ungarischen Universitäten enthält. Das Vorwort ist von dem Generalsecretär des Congresses, Prof. Dr. Emil von Grósz verfasst. Dann folgt eine historische und allgemeine Einleitung, an die sich die von den Vorstehern der betr. Institute verfasste Schilderungen der Anstalten anschliessen. Das vornehm ausgestattete Werk ist mit zahlreichen, schön ausgeführten Illustrationen versehen, die seinen Wert noch erhöhen.

— Am Oakland College of Medicine in Californien ist ein Lehrstuhl für Tropenmedicin gegründet.

— Im August 1912 soll in Boston ein internationaler Otologencongress stattfinden.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 4. bis zum 10. Oct.	Erkrankt und gestorben: Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	128 (55)	6004 (2307)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg	21 (15)	1296 (698)	27. »
» Archangelsk	4 (2)	735 (377)	13. Juni
» Wologodsk	— (—)	612 (349)	19. »
» Estland	8 (2)	75 (42)	5. Aug.
» Livland	2 (3)	314 (169)	16. Juni
» Wilna	— (—)	232 (94)	29. »
» Grodno	3 (2)	40 (21)	11. Sept.
» Witebsk	10 (2)	3376 (1302)	16. Juni
» Kowno	10 (8)	111 (55)	9. Aug.
» Ssuwalki	— (—)	10 (4)	6. Sept.
» Twer	5 (4)	720 (328)	29. Juni
» Jaroslaw	15 (11)	955 (491)	24. »
» Kostroma	2 (1)	371 (169)	6. »
» Nishnij Nowgorod	20 (9)	250 (115)	30. »
» Kasan	— (—)	9 (2)	1. Sept.
» Simbirsk	— (—)	26 (15)	27. Juni
» Ssamara	16 (10)	278 (163)	4. Aug.
» Ssaratow	6 (5)	44 (26)	4. »
» Astrachan	1 (1)	34 (20)	27. »
Stadt Baku	6 (2)	50 (14)	16. Sept.
Gouv. Nowgorod	— (1)	759 (348)	7. Juni
» Pskow (Pleskau)	3 (2)	447 (175)	28. »
» Rjasan	5 (4)	107 (68)	23. »
» Tambow	— (—)	9 (5)	21. Sept.
» Kiew	24 (12)	115 (39)	22. Aug.
» Tschernigow	3 (—)	25 (8)	20. Sept.
» Ekaterinoslaw	37 (12)	43 (17)	6. »
» Poltawa	8 (4)	199 (111)	28. Juli
» Cherson	20 (7)	26 (10)	22. Aug.
» Taurien	6 (3)	26 (7)	28. »
Stadt Derbent	— (—)	13 (3)	28. Sept.
» Wladiwostok	8 (4)	131 (85)	4. »
Im Ganzen	371 (181)	17442 (7636)	

	Erkrankt und gestorben: vom 11. bis zum 17. Oct.	Erkrankt und gestorben: Seit dem Beginn der Epidemie.	Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	99 (41)	6103 (2348)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg	11 (15)	1303 (712)	27. »
» Archangelsk	1 (2)	736 (378)	13. Juni
» Estland	— (—)	77 (44)	5. Aug.
» Livland	— (—)	316 (169)	16. Juni
» Grodno	1 (—)	42 (23)	11. Sept.
» Witebsk	1 (2)	3387 (1311)	16. Juni
» Kowno	6 (4)	138 (67)	29. »
» Jaroslaw	8 (6)	958 (503)	24. »
» Kostroma	11 (8)	386 (181)	6. »
» Nishnij Nowgorod	14 (8)	273 (132)	30. »
» Simbirsk	— (—)	40 (22)	27. »
» Ssamara	16 (13)	296 (180)	4. Aug.
» Ssaratow	6 (6)	75 (44)	4. »
» Astrachan	— (—)	35 (20)	27. »
Stadt Baku	2 (3)	52 (17)	16. Sept.
Gouv. Nowgorod	— (—)	760 (352)	7. Juni
» Pskow	2 (—)	449 (175)	28. »
» Rjasan	— (—)	108 (68)	28. »
» Kiew	2 (2)	137 (55)	22. Aug.
» Tschernigow	2 (—)	54 (20)	20. Sept.
» Ekaterinoslaw	5 (1)	61 (28)	6. »
» Poltawa	— (—)	208 (118)	28. Juli
» Cherson	— (—)	26 (10)	22. Aug.
» Taurien	8 (7)	37 (14)	28. »
Stadt Wladiwostok	6 (3)	137 (89)	4. Sept.
Im Ganzen	201 (121)	16194 (4732)	

— Die Cholera in St. Petersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 15. Oct.	des 16. Oct.	14	4	18	230
» 16. »	» 17. »	12	4	18	320
» 17. »	» 18. »	10	1	1	216
» 18. »	» 19. »	18	4	19	211
» 19. »	» 20. »	10	4	12	205
» 20. »	» 21. »	12	4	10	203
» 21. »	» 22. »	14	2	10	205

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16522 Personen erkrankt, 6389 gestorben und 9928 genesen.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Indien erkrankten in der Woche vom 5. bis zum 11. September 2781 Personen und starben 2096. Vom 1. bis zum 15. September wurden in Egypten 9 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Pest registriert. Auf den Azoren wurde die Pest officiell für erloschen erklärt.

— Das Sanatorium Villa Luisenheim in St. Blasien (badischer Schwarzwald), das zur Aufnahme von innerlich Kranken, besonders bei Erkrankungen des Stoffwechsels, des Magendarmkanals, Nervensystems und der Kreislauforgane unter strengstem Ausschluss von Lungenkranken bestimmt ist, besitzt alle für den Winterbetrieb nötigen und wünschenswerten Einrichtungen.

Die klimatischen Bedingungen St. Blasiens sind ausgezeichnete: das hohe Mass von Sonnenschein, die Nebelfreiheit, die fast völlige Windstille, die tiefe Schneedecke bei ständig gutgebahnten Fusswegen, die Anlagen zu abgestuftem Wintersport machen St. Blasien im Winter zu einem Höhencurort, der den alpinen ungefähr gleichkommt. Dabei ist gerade eine Höhenlage von 800 m. ü. M. für eine grosse Gruppe von Kranken zu einer erfolgreichen Cur sehr geeignet.

Die ärztliche Leitung des Sanatoriums liegt in den Händen der Herren Hofrat Dr. Determann und Dr. Wiswe.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 27. Sept. bis 3. Oct. 1909 626 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 34, Typhus exanthem. 9, Febris recurrens 2, Pocken 28, Windpocken 15, Masern 62, Scharlach 89, Diphtherie 96, Cholera 167, acut. Magen-Darmkatarrh 95, an anderen Infectionskrankheiten 29.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11707. Darunter Typhus abdominalis 201, Typhus exanth. 22, Febris recurrens 24, Scharlach 240, Masern 69, Diphtherie 217, Pocken 111, Windpocken 3, Milzbrand 0, Cholera 318, crupöse Pneumonie 96, Tuberculose 448, Influenza 179, Erysipel 116, Keuchhusten 18, Hautkrank-

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

heiten 78, Lepra 0, Syphilis 316, venerische Krankheiten 462, acute Erkrankungen 2075, chronische Krankheiten 1415, chirurgische Krankheiten 1443, Geisteskrankheiten 3314, gynäkologische Krankheiten 214, Krankheiten des Wochenbetts 80, Hydrophobie 0, Lyssa 0, verschiedene andere Krankheiten 48.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 791 + 50 Totgeborene + 56 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 8, Typhus exanth. 2, Febris recurr. 2, Pocken 9, Masern 29, Scharlach 22, Diphtherie 21, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 20, katarrhalische Pneumonie 64, Erysipelas 3, Influenza 3, Lyssa 0, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 8, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 3, Cholera 100, Magen-Darmkatarrh 47, andere Magen- und Darmerkrankungen 49, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 39, Marasmus senilis 20, Hydrophobie 0, andere Todesursachen 219.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 17. bis zum 23. Oct. 1909 592 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 44, Typh. exanth. 7, Febris recurr. 10, Pocken 11, Windpocken 18, Masern 90, Scharlach 85, Diphtherie 98, acut. Magen-Darmkatarrh 102, Cholera 105, an anderen Infectionskrankheiten 22.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11917. Darunter Typhus abdominalis 210, Typhus exanth. 25, Febris recurrens 28, Scharlach 241, Masern 66, Diphtherie 241, Pocken 118, Windpocken 1, Milzbrand 0, Cholera 267, crupöse Pneumonie 97, Tuberculose 464, Influenza 182, Erysipel 107, Keuchhusten 18, Hautkrankheiten 76, Lepra 0, Syphilis 551, venerische Krankheiten 524, acute Erkrankungen 2087, chronische Krankheiten 1449, chirurgische Krankheiten 1463, Geisteskrankheiten 3328, gynäkologische Krankheiten 228, Krankheiten des Wochenbetts 69, verschiedene andere Krankheiten 72.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 738 + 38 Totgeborene + 42 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 7, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 9, Masern 24, Scharlach 10, Diphtherie 13, Keuchhusten 13, crupöse Pneumonie 22, katarrhalische Pneumonie 67, Erysipelas 6, Influenza 6, Milzbrand 0, Pyämie und Septicaemie 6, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 5, Cholera 56, Magen-Darmkatarrh 55, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 238.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 11 Oct. in St. Petersburg Dr. Nikolai Borchsenius, geboren 1847, Arzt seit 1872. Nachdem B. 1878 aus dem Türkenkriege nach St. Petersburg zurückgekehrt war, bekleidete er den Posten eines ordinierenden Arztes am Nikolai-Militärhospital und wurde darauf zum Inspector der Feldscherschule ernannt; ausserdem war er Arzt am Wolkowschen Armenhause und Comiteemitglied der Kinderasyle. 2) In St. Petersburg der Unterarzt des Preobrashenskischen Leibgarde-Infanterieregiments Dr. W. Kwaschnew. 3) In Moskau der Opernsänger (Tenor) am grossen Theater, N. Ukrainzew-Jumaschew. Er hatte in Moskau s. Z. die medicinische Facultät absolviert. 4) In Ufa der Landschaftsarzt und ehemalige Abgeordnete der Reichsduma, Dr. M. Saizew. 5) In Kischinew Dr. F. Bugarewitsch. 6) In Kopenhagen der bekannte Bacteriologe E. Hadsen, der sich bei der Erforschung der Lepra einen Namen gemacht hatte.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 27. Oct. 1909.

Tagesordnung: 1) Dr. Stühlern: Ueber die Choleraepidemie 1908—1909 in St. Petersburg.

2) Dr. E. Hesse: (Correferat) Beobachtungen über die Cholera nach den Daten des städtischen Obuchowhospitals.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

A. Raphael. Die Cholera in Kurland im Jahre 1831. Mitau. 1909.

J. Meyer. Medicinisches Taschenlexikon in 8 Sprachen. M. 20. Verlag v. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1909.

E. Abderhalden. Handbuch d. biochemischen Arbeitsmethoden. 1. Band. 1. Hälfte. II. Band. 1. Hälfte. M. 18, p. B. Verlag von Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1909.

O. Schwarz. Encyklopädie d. Augenheilkunde. Lieferung 17. Verlag von Vogel. Leipzig. 1909.

G. Schmorl. Die Pathologisch-Histologischen Untersuchungsmethoden. Verlag von Vogel. Leipzig. 1909.

E. Sommer. Röntgen-Taschenbuch. II. Band. M. 4.50. Verlag von V. Nemnich. Leipzig. 1909.

J. Scheff. Die Extraction der Zähne. M. 4.40. Verlag von A. Hölder. Wien u. Leipzig. 1909.

W. Roux. Anatomische u. Entwicklungsgeschichtliche Monographien. Verlag von W. Engelmann. Leipzig. 1909.

E. Kapplusch. Grundlinien der spec. Symptomatologie mit Berücksichtigung der Diagnose. M. 5. Verlag von W. Braumüller. Leipzig. 1909.

V. Grosser. Die Wege der fetalen Ernährung. Heft 3. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909.

A. Samojloff. Elektro-Kardiogramme. 60 Pf. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909.

H. Fischer. Myeloische Metaplasie u. fötale Blutbildung. Verlag von J. Springer. Berlin. 1909.

A. Pribram. Grundzüge der Therapie. Verlag v. Fischers medicinischen Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin. 1909.

F. Blumenfeld. Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen. M. 5. Verlag v. A. Stuber. Würzburg. 1909.

A. Feoktistow. Eine neue Methode zur Gewinnung von Reinculturen aus ganzen Organen und Gewebsteilen. Abdruck aus dem Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten. Bd. 51. 1909.

Gr. Netkatschew. Eine neue Psychologische Behandlung des Stotterns. Moskau. Universitätstypographie. 1909.

M. Fürbringer. Gegenbaurs Lehrbuch der Anatomie des Menschen. I. B. M. 18. Verlag v. W. Engelmann. Leipzig. 1909.

Wieting Pascha. Gülhane Festschrift zum 10-jährigen Bestehen des Kais. Osmanischen Lehrkrankenhauses Gülhane. M. 12. Verlag von G. Thieme. Leipzig. 1909.

A. Gastpar. Medicinisch-statistischer Jahresbericht d. Stadt Stuttgart i. J. 1908. 36. Jahrgang. Verlag von C. Grüninger. Stuttgart. 1909.

Hübner. Blindheit und Blindenwesen. Verlag von C. Marhold. Halle. 1909.

R. Imhofer. Fünfzig Jahre laryngologischer Arbeit auf dem Gebiet der Kehlkopftuberculose. Verlag von C. Marhold. Halle. 1909.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Verlag von C. Marhold. Halle. 1909.

G. Fischer. Bau und Entwickelung der Mundhöhle des Menschen. Verlag von W. Klinkhardt. Leipzig. 1909.

Schreiber. u. Rigler. Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medicin des Inlandes und des Auslandes. Verlag von W. Klinkhardt. Leipzig. 1909.

Falkenstein. Die Gicht und die Salzsäure-Jodcur. Verlag von Hirschwald. Berlin. 1909.

Liepmann. Das Geburtshilfliche Seminar. Verlag von Hirschwald. Berlin. 1909.

А. Г. Масалитиновъ. О закономѣрныхъ причинахъ въ женскомъ организмѣ и о причинахъ закономѣрности. Харьковъ. 1909.

Н. Г. Гавриловъ. Къ вопросу о механизмѣ дѣйствія мочегонныхъ. Одесса. 1909.

М. Успенскій. Панкреатическая органотерапія. С. Петербургъ. Типографія Трудовой Артели. 1909.

H. Thierry u. L. Graux. L'Habitation Urbaine. Paris. 1909.

A. Hrdlicka. Physiological a Medical Observations among the Indians. Smithsonian Institution. Washington. 1908.

XVI Congrès international de Médecine. Les facultés de médecine des Universités Royales Hongroises de Budapest et de Kolozsvár. Budapest. 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 44 St. Petersburg, den 31. October (13. Nov.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die operative Behandlung des Ulcus rot. und seiner Folgezustände.

Von

Dr. W. Greiffenhagen — Reval.

Correferat zum Vortrage des Herrn Dr. H. Westphalen *) erstattet auf dem V. Estländischen Aerztetag zu Reval, 1908.

M. H! Die Ausführungen meines verehrten Vorredners haben Sie über den augenblicklichen Stand der Frage orientiert, wann und unter welchen Umständen der Internist sich für berechtigt, bzhw. verpflichtet hält, seine Ulcuskranken dem Chirurgen zu übergeben. Sie haben denselben entnommen, dass es in erster Linie die Spätfolgen des Ulcus sind, die Stenose und die Perigastritis, welche dem Chirurgen auf dem Gebiete der Magenchirurgie ein dankbares Feld der Tätigkeit eröffnen.

Es ist in anbetracht der günstigen Erfolge der inneren Therapie beim Ulcus pepticum ventriculi et duodeni verständlich, dass von Seiten der Internisten ein radicales Vorgehen im primären Stadium der Erkrankung nicht anempfohlen wird. Aber auch die Chirurgie, die mitunter beim Betreten eines neuen Grenzgebietes sich anfangs zu weit vorgewagt hat, steht heute noch auf dem Standpuncte, dass die primäre Excision des offenen, nicht blutenden Ulcus **nicht** indiciert ist. Dafür gibt es gewichtige Gründe. Ganz abgesehen von der schon erwähnten günstigen Prognose bei der inneren Behandlung, ist zu bedenken, dass wir keinerlei klinische Hilfsmittel besitzen, die uns darüber aufklären könnten, ob wir es im Einzelfalle mit einem solitären Ulcus oder mit multiplen Geschwüren zu tun haben. Ferner gibt auch die provisorische Eröffnung des Leibes keineswegs immer einen sichern Hinweis auf den Sitz des klinisch diagnosticierten Ulcus. Wie oft finden wir z. B. gelegentlich der Gastro-Enter. wegen Ulcusstenose wohl einen palpablen Tumor aber keine deutliche Narbenbildung auf der Serosa und umgekehrt, oft finden wir zahlreiche strahlige Narben an der Magenserosa und an den Peritonealblättern, ohne dass klinisch die Multiplicität des Processes oder eine Perigastritis vorher diagnostiert werden konnte. Als Typus für die Schwierigkeit der Localdiagnose des Ulcus pept. führe ich einen Fall von **Gauthier u. Cavaillon**[1]) an: Ein 46 jähriger Mann wird wegen Ulcussymptome laparotomiert; ein am Pylorus sitzendes Ulcus wird excidiert und eine G.—E. mit Jabouleg'schem Knopf ausgeführt. Aseptischer Wundverlauf: 8 Tage später Blut im Stuhl, weitere 3 Tage später schweres Bluterbrechen und exitus. Die Section ergab tadellose Wundheilung, aber das Bestehen noch zweier Ulcera, aus welchen Patient sich verblutet hatte, und welche an der Serosa keinerlei Veränderuugen hervorgerufen hatten.

Wir müssen annehmen, dass bei einem frischen Ulcus jegliche Veränderungen an der Serosa fehlen, mindestens aber fehlen können, und es versteht sich von selbst, dass wir bei einem Leiden, welches in diesem Stadium wenigstens 50% Heilung bei conservativer Therapie verspricht, eine operative Behandlung verwerfen müssen, da man unter Umständen erst nach breiter Eröffnung des Magens und Absuchen der ganzen Mucosa den Sitz des Geschwüres feststellen kann und selbst dann nicht mit Sicherheit das Gelingen der Excision und die complete Heilung zu garantieren vermag. **Eine chirurgische Behandlung im Frühstadium des Ulcus rot.** etwa im Sinne der Appendicitis — Frühoperation **ist daher abzulehnen**, ganz abgesehen davon, dass die scheinbare Radicalexcision doch nur eine symptomatische Behandlung bleibt, da sie die primäre Ursache des Ulcus pept. nicht zu beseitigen vermag.

Ebenso ablehnend muss sich die Chirurgie gegenüber der acuten, schweren Magenblutung verhalten. Theoretisch sollte man meinen, dass eine lebensbedrohliche Blutung, die sich durch Hämatemesis oder durch abun-

*) St. Petersburger med. Wochenschrift 1909 № 1.

[1]) **Gauthier et Cavaillon** cit. n. d. Jahresberichten über die Fortschritte der Chirurgie. 1907., pag. 816.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dante Teerstühle kundgibt, recht eigentlich das Gebiet der Chirurgie sei. Doch lehrt die Erfahrung einerseits, dass selbst alarmierende Blutungen, welche den höchsten Grad acuter Anämie erzeugen, meist spontan resp. bei conservativer Behandlung zum Stillstande kommen (denn nur 4—5% aller Magenblutungen führen zum Tode), andererseits ist es bisher nur in wenigen Fällen gelungen, die Quelle der Blutung zu finden und durch Unterbindung der Blutung Herr zu werden. Durch zahlreiche operative Erfahrungen, mehr aber durch Obductionsbefunde wissen wir, dass der Nachweis des Ursprunges der Blutung oft mislingt, dass ferner die Mehrzahl der schweren Blutungen einem Arteriengebiet entstammt, welches dicht am Pankreas, bisweilen auch im pankreatischen Gewebe selbst, gelegen ist, und dass die Freilegung der blutenden Stelle, resp. Stillung der Blutung einen Eingriff von solcher Schwere voraussetzt, wie man ihn einem Ausgebluteten, fast Moribunden nicht mehr zumuten kann. Die Therapie der acuten, schweren Magen- resp. Duodenalblutung bleibt mithin Domaine der inneren Medicin. Anders aber stellt sich die Frage bei den wiederholten schweren und bei den chronischen, kleinen Blutungen. Hat ein Ulcuskranker wiederholt Blutungen, so ist das ein Beweis für das Fortbestehen seines Magengeschwürs, das trotz aller inneren Therapie nicht ausheilt. Es braucht aber nicht immer zu makroskopisch sichtbaren Blutungen im Magen und Darminhalt zu kommen, die Hartnäckigkeit resp. Recidivfähigkeit des Ulcus wird neben andern klinischen Symptomen auch durch den mikroskopischen Nachweis von Blut festgestellt.

In solchen Fällen gilt es, wie schon Herr Dr. Westphalen betonte, durch chirurgische Eingriffe die Bestrebungen des Internisten zu unterstützen, um durch Heilung des Geschwürs auch die Quelle der wiederholten Blutungen zu beseitigen. Nur in seltenen Fällen wird sich bei der Operation die Gelegenheit bieten, mit der Gastro-Enterostomie die Excision des Ulcus oder Resection grösserer Magenabschnitte zu verbinden, wie u. A. Riedel[2]) und Noetzel[3]) fordern; in der Regel wird man sich mit der Gastro-Enterostomie begnügen können, da sie weniger eingreifend ist und erfahrungsgemäss oft genug zu Heilungen geführt hat. Nach den neusten Erfahrungen aus der Eiselsbergschen[4]) Klinik, die an 140 Fällen von Ulcusoperationen gesammelt sind, ist allerdings ein günstiger Einfluss der Gastro-Enterostomie besonders in den Fällen zu erwarten, wo das Ulcus seinen Sitz am pylorus oder in der pars pylorica hat. Je weiter oralwärts, d. h. je näher zur Cardia das Geschwür sitzt, desto weniger sicher ist die gute Wirkung der Gastro-Enterostomie. Hier hat sich die Jejunostomie, d. h. die temporäre völlige Magenausschaltung besser bewährt, sei es für sich allein, sei es in Combination mit der Gastro-Enterostomie. Die Jejunostomie, die Anlegung einer Dünndarm-Ernährungsfistel nach Witzel, erfüllt den doppelten Zweck der sofortigen Ernährungsmöglichkeit und der absoluten Entlastung des Magens und hat nebenbei den Vorzug, dass sie, als geringfügiger Eingriff, den man unter Umständen auch unter Localanästhesie resp. kurzdauernder, oberflächlicher Narcose ausführen kann, auch bei schon stark reducierten, abgemagerten und anämischen Kranken Anwendung finden darf. Daher scheint mir die Jejunostomie besonderes indiciert zu sein, wenn man gezwungen ist, bald nach einer schweren Blutung zu operieren. Hier ist jeder Eingriff am Magen selbst nicht ohne Bedenken, besonders aber die Gastro-Enterostomia posterior, deren sonstige Vorzüge zu erläutern ich noch später Gelegenheit haben werde.

In praxi ist noch eine Frage von Bedeutung, nämlich diejenige nach dem Zeitpunct der Operation. Will man warten, bis der Patient sich von seiner letzten Blutung völlig erholt hat, so kann der ganze Heilplan durch eine erneute schwere Blutung aufs Spiel gesetzt werden. Andererseits ist eine zu frühe Operation gefährlich, weil durch die Manipulation am Magen frische Thromben gelöst werden können und wiederum Blutung erfolgen kann. Meiner Ansicht nach wird man gut tun, 48—72 Stunden mit der Operation zu warten, es sei denn, dass man sich zunächst mit der Jejunostomie allein begnügen will, die sich vielleicht schon 24 Stunden nach erfolgter Blutung ohne Schaden wird ausführen lassen. Dass in allen jenen Fällen, wo wegen blutender Geschwüre oder wegen hartnäckiger, immer wieder recidivierender Ulcusbeschwerden operativ eingeschritten werden muss, eine unmittelbar der Operation sich anschliessende Ulcuscur nur von Nutzen sein kann, will ich nicht bestreiten, kann aber aus eigener Erfahrung nur aus der mir zugänglichen chirurgischen Literatur keine Belege dafür anführen.

Zu den folgenschwersten Complicationen des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni gehört unzweifelhaft die Perforation. Dass die Perforation eines Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle fast in allen Fällen zu letaler Peritonitis führt, wird kaum angestritten werden. Wenn trotzdem über günstig verlaufende Fälle berichtet wird, — so hat Pariser[5]) 15 Fälle zusammengestellt, die ohne Operation genesen sind—so ist einerseits die Zahl der Heilungen verschwindend im Vergleich zu den zahllosen Todesfällen, andererseits erscheinen mir diagnostische Irrtümer nicht ausgeschlossen, insofern zwar eine Magenperforation stattgefunden hat, nicht aber in die intacte freie Bauchhöhle, sondern sei es in vorher durch perigastritische Adhäsionen abgesackte Taschen, sei es in enge Spalträume des Bauchraumes, deren gegenüberliegende freie Peritonalwände flächenhaft an einander liegen und zu schneller reactiver Verklebung führen. Nur in einem Falle lässt sich wohl denken, dass die Perforation des Ulcus in die freie Bauchhöhle nicht zu allgemeiner Peritonitis zu führen braucht, wenn nämlich der Durchbruch bei leerem Magen oder Duodenum stattfindet. Wenn sich aber der Mageninhalt über Netz und Därme ergossen hat, oder gar noch fortdauernd die Bauchhöhle überschwemmt, so ist eine Spontanheilung der daraus resultierenden Perforationsperitonitis so gut wie ausgeschlossen. Die Prognose ist eine absolut schlechte. Unter solchen Umständen wird auch der Internist für einen Versuch mit der operativen Behandlung sein.

Leider können wir nicht verhehlen, dass auch die Resultate der chirurgischen Therapie bei Ulcusperforation keine glänzenden sind. Freilich schwankt die Mortalitätsziffer bei den verschiedenen Operateuren ungemein. Während z. B. Körte[6]) bis zum Jahre 1900 unter 10 Operierten nur einen einzigen heilen sah, konnte er später unter 19 Fällen 13 zur Genesung bringen. Noetzel[7]) hatte bei 16 Operierten 9 Heilungen, v. Eiselsberg[8]) unter 12 Fällen 5 Heilungen, v. Mikulicz[9]) unter den ersten 35 operierten Fällen 1 einzige Heilung, unter 68 späteren 32 Heilungen. Wenn wir die Zahlen Körtes betrachten, so findet sich unter denjenigen

[2]) Riedel. Naturforschersammlung, Köln 1908. Centralblatt für Chirurg. 1908 pag. 1445.
[3]) Noetzel. Bruns Beiträge zur Chirurg. Bd. 51.
[4]) Clairmont. Centralblatt für Chirurg. 1908. pag. 1445.

[5]) Pariser cit. nach Bergmann und Bruns. Handbuch der practischen Chirurgie. Bd. III, pag. 252.
[6]) Körte, Archiv für kl. Chirurgie. Bd. 81, pag. 83.
[7]) Noetzel.—Beiträge zur kl. Chirurgie Bd. 51, pag. 247 u. 497.
[8]) Clairmont l. cit.
[9]) Bergmann u. Bruns. Handbuch d. pract. Chirurgie. Bd. III, pag. 253.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patienten, welche 6—9 Stunden nach erfolgter Perforation zur Operation gelangten, kein einziger Todesfall, dagegen starben alle Drei, die nach der 22-sten Stunde zur Operation gelangten. Aehnliche Erfahrungen haben die meisten Operateure, vor allen auch Mikulicz gemacht, d. h. je früher nach erfolgter Perforation der operative Eingriff stattfindet, desto besser sind die Chancen der Heilung. Alles kommt also auf die frühzeitige Diagnose des erfolgten Durchbruches und die sofortige Einlieferung ins Krankenhaus an, damit, wenn möglich, die Laparotomie vor Ablauf der ersten 12 Stunden stattfinden kann. Leider wird dieses Postulat nur selten erfüllt werden können, da bekanntlich der Durchbruch eines Magen- oder eines Duodenalgeschwürs ein Ereignis ist, welches nicht selten scheinbar Gesunde wie ein Blitz aus heitrem Himmel trifft, jedenfalls aber durchaus nicht immer durch prodromale Erscheinungen eingeleitet zu werden braucht,— und die guten Resultate Körtes und Mikuliczs sind z. T. dadurch zu erklären, dass die Perforation bei solchen Kranken erfolgt, die ihres Ulcus wegen schon im Krankenhaus lagen und nur in die chirurgische Abteilung transferiert zu werden brauchten. — Wer, wie ich selbst, bisher nur ungünstige Erfahrungen bei der Behandlung der Perforationsperitonitis gemacht hat, kann leicht den Mut verlieren und das Messer resigniert bei Seite legen, wenn es heisst, wieder einmal eine aussichtslose Laparotomie machen zu müssen.—Und doch ist dieser Standpunct nicht gerechtfertigt. Wenn es selbst nach 2—3 tägigem Bestehen einer vollentwickelten Perforationsperitonitis ausnahmsweise gelungen ist, ein Leben zu retten, so scheint es mir Pflicht des Chirurgen zu sein, auch in scheinbar verzweifelten Fällen den Versuch der Rettung zu machen—es sei denn, dass es sich um zweifellos Moribunde handelt. Pflicht des Internisten ist es, sofort nach gestellter Diagnose seinen Kranken dem Chirurgen zu übergeben. — Breite Eröffnung des Leibes, Entleerung von Mageninhalt, Eiter und Jauche, Excision der Perforationsöffnung mit nachfolgender Naht, oder aber Uebernähung der Oeffnung durch gesunde Magenserosa, resp. Pfropfung der Perforation mit einem Netzstückchen, mit oder ohne darauffolgende Gastro-Enterostomie oder Jejunotomie, gründliche Beseitigung der Infectionskeime durch energische Spülung mit sterilen Lösungen, Säuberung der Därme und Peritonaltaschen mit desinficierenden Substanzen, ausgiebiger Drainage und Tampons der Bauchhöhle bei gleichzeitigem partiellen Schluss der Laparotomie durch die Naht und endlich systematische Nachbehandlung mit Herzstimulantien und reichlicher Zufuhr von Kochsalzlösung per Klysma, subcutan und intravenös—das sind die Principien der chirurgischen Behandlung der Ulcusperforation, die sich bisher am besten bewährt haben, gleichviel ob das Ereignis frühzeitig oder erst nach Tagen stattfand. Die grosse Mehrzahl der Perforationen (etwa 80% nach Mikulicz) sitzt an der Vorderwand des Magens, nächstdem an der kleinen Curvatur und am Duodenum, daher erklärt sich einerseits ihre deletäre Wirkung auf die freie Peritonalhöhle in Form der foudroyanten Peritonitis, andererseits ist durch den häufigen Sitz an der Vorderwand die Chance einer erfolgreichen Operation wenigstens in dem Sinne gegeben, als es hier leichter gelingt, den Sitz des perforierten Geschwürs festzustellen. Complicierter sind die Verhältnisse beim Sitz der Perforation an der Magen- oder Duodenalhinterwand. Hier kann das Krankheitsbild ein so unklares bleiben, dass man zunächst über die Diagnose einer localen Peritonitis der Oberbauchgegend nicht hinwegkommt, bis entweder der Process nach unten weiter fortschreitet oder als subphrenischer Abscess manifest wird. Dass auch in solchen Fällen die operative Eröffnung etwaiger abgesackten Eiterherde rsp. subphrenischer Abscesse versucht werden muss, versteht sich von selbst.

Nicht immer kommt die drohende Perforation auch wirklich zustande. Die Serosa, bis zu welcher der ulcerative Process von der Schleimhaut aus vorgedrungen ist, hat bekanntlich sowohl die glückliche Eigenschaft selbst entzündlich zu hyperplasieren als auch mit der Serosa der Nachbarorgane zu verkleben und dadurch einen Schutzwall um das bedrohte Gebiet zu ziehen. Ist nun die acute Gefahr vorüber, so schrumpfen zwar die mächtigen Gewebsschichten beträchtlich, aber es hinterbleiben nicht selten derbe Schwielen, schwartige Verdickungen, strangartige, die Gestalt des Magens verändernde Adhäsionen und Verklebungen mit Netz, Colon, Gallenblase, Leber und Bauchfell — kurz es entwickelt sich aus dem Bilde der acuten, mit Perforation drohenden Perigastritis das der chronischen, mit dem ganzen Heer der chronischen Adhäsionsbeschwerden, teils motorischer, zum grössten Teil aber schmerzhafter, subjectiver Art. Bei voll ausgebildeten Adhäsionsbeschwerden ist die innere Therapie machtlos, aber auch die Chirurgie vermag nicht jedes Mal zu helfen. — Bei strangförmigen Adhäsionen, welche nur locale Abknickungen machen oder einen localisierten Zug oder Druck ausüben, kann deren operative Trennung allerdings sofort alle Beschwerden beheben. — Ebenso wird bei ausgesprochenem Sanduhrmagen eine Gastro Enterostomie resp. eine Anastomose zwischen beiden Magenhälften gute Dienste leisten können, auch wird man in frischen, noch dem acuten Reizstadium angehörenden Fällen von der Jejunostomie Gebrauch machen können. Aber es gibt leider nicht wenig Fälle, in denen selbst die radicalste Lösung und Entfernung aller Stränge, Verklebungen, Knickungen und flächenhaften Verwachsungen erfolglos bleibt oder nur vorübergehend Erleichterung schafft, weil solche peritoneale Adhäsionen eine ausserordentlich grosse Neigung zu Recidiven zeigen. Man darf sich in Fällen multipler schwerer Adhäsionen nicht mit deren Beseitigung begnügen, sondern muss nach Möglichkeit durch Gastro-Entrostomie und Enteroanastomose die abnorm fixierten Magen- und Darmpartien auszuschalten suchen. In zwei einschlägigen Fällen habe ich das eine Mal mit der Gastro-Enter. und Trennung zahlreicher Verwachsungen infolge von Perigastritis und Periduodenitis einen jetzt schon 6 Jahre anhaltenden vollen Erfolg erzielt, das andere Mal trotz zweimaliger Laparotomie leider nur eine Besserung, keine Heilung der sehr argen Besch werden erreichen können. In einem dritten Falle (den ich in der Petersburger med. Wochenschrift veröffentlicht habe [10]), handelt es sich um eine ganz besonders ausgebreitete und hartnäckige chronische Adhäsionsperitonitis, vermutlich infolge von Appendicitis, was in bezug auf die klinischen Symptome ja gleichgültig ist. Sieben Laparotomien hatten teils kurzdauernden, teils gar keinen Erfolg. Erst als bei der achten Laparotomie das meistbeteiligte Colon ascend. und transversum durch eine Anastomose zwischen Ileum und Flex. coli lienalis ausgeschaltet worden war, trat eine wesentliche Besserung auf 1½ Jahre ein, dann musste mit der 9. Laparotomie eine Gastro-Enter. antecol. ausgeführt und 8 Tage später wegen Abknickung des zuführenden Schenkels und der 10. und letzten Laparotomie des circulus vitiosus durch Enteroanastomose behoben werden — erst dann, also nach zehnmaliger Laparotomie, nach Anlegung dreier Anastomosen trat Heilung der jahrelang dauernden Beschwerde ein — eine Heilung, die jetzt schon 9 Jahre anhält.

Ich komme nun zu dem für den Chirurgen erfreulichsten Teil der Therapie des Ulcus rot. — zur Pylorusstenose.

---

[1]) 1906, Nr. 39.

Es ist bekannt, dass eine Anzahl an Ulcusstenose Leidender durch innere Mittel, insbesondere durch consequente Magenspülung relativ beschwerdefrei erhalten werden können; in ganz frischen Fällen mag hier und da auch eine Heilung erzielt werden. Als geheilt wird man aber einen Kranken nicht erklären, der, um sich gesund zu fühlen, allabendlich durch eine ausgiebige Magenspülung an seine Tafelfreuden erinnert werden muss, noch weniger aber kann man denjenigen als genesen betrachten, der durch regelmässige künstliche Entleerung seines Magens (manchmal bis 4 Mal täglich) sich zwar jahrelang vor Schmerzen bewahrt, dabei aber langsam und sicher abmagert und durch mangelnde Resorptionsfähigkeit resp. motorische Insufficienz in einen Zustand chronischer Unterernährung gerät, den man als Kachexie der Pylorusstenotiker bezeichnen könnte.

Hier ist das Gebiet, auf welchem die Chirurgie am wirksamsten helfen kann. Wenn ein Kranker mit den eben beschriebenen Erscheinungen der chronischen Pylorusstenose wenige Wochen nach der Operation erheblich an Körpergewicht zugenommen hat, blühend und gesund aussieht und für die Dauer in diesem Zustande verbleibt, so hat die Operation nicht bloss einen palliativen, sondern einen radicalen Erfolg erzielt, denn sie beseitigt die Ursache der Erkrankung, die Stagnation des Mageninhaltes. Das ist wenigstens bei der incomplicierten Stenose die Regel. Auf welchem Wege dieses Ziel zu erreichen sei, welche Operationsmethode zu bevorzugen ist, darüber herrscht, wie schon Herr Dr. Westphalen hervorhob, noch nicht völlige Einigkeit, doch gibt die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen den Vorzug der Gastro-Enterostomie. Die Pylorusresection genügt freilich der Hauptindication — Beseitigung der Stenose — am besten, da sie das Uebel mit der Wurzel beseitigt. Sie wird auch ihre Berechtigung für diejenigen Fälle behalten, in welchen ein Pylorustumor dringend carcinomverdächtig und die Resection technisch nicht schwierig erscheint. So habe ich an einem sonst gesunden, widerstandsfähigen Manne wegen Pylorusstenose die Resection nach Billroth ausgeführt, weil der stenosierende Tumor dringend den Verdacht auf Carcinom nahelegte. Allein die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose nicht, es handelte sich um einen callösen Ulcustumor, und der Mann lebt heute noch 11 Jahre nach der Operation beschwerdefrei. Andererseits kennen wir eine ganze Anzahl von Fällen, wo derbe, faustgrosse Tumoren des Pylorus durch die Gastro-Enterostomie allein beseitigt worden sind, was gelegentlich einer aus anderen Gründen wiederholten Laparotomie constatiert worden ist. Es ist der Beweis erbracht worden, dass die Gastro-Enterostomie allein imstande ist, nicht nur die Stenosenerscheinungen zu beseitigen, sondern auch mit dem Ulcus den Tumor zu völliger Heilung zu bringen. Ehe ich mich der Gastro-Enterostomie als der Hauptmethode zuwende, will ich nur erwähnen, dass die seinerzeit vielgepriesene Pyloroplastik nach Heincke-Mikulicz, die Divulsion des Pylorus nach Loreta, die segmentäre Resection des ectatischen Magens und die Gastroplicatio, die Verkleinerung des Magens durch Faltenbildung heutzutage so gut wie garnicht mehr ausgeführt werden, sie alle sind entbehrlich geworden, seit man gelernt hat, die Magen-Darmverbindung derart herzustellen, dass sie erstens technisch keine erheblichen Schwierigkeiten bietet und zweitens dauernden Erfolg verspricht.

Es ist Ihnen, m. H., bekannt, dass zur Zeit zwei Verfahren hauptsächlich geübt werden und mit einander concurrieren: die vordere und die hintere Gastro-Enterostomie. Es sind jetzt 17 Jahre her, dass Wölfler[11]) seinen ersten Fall von Gastro-Ent. anterior publicierte. Auf dem Gebiete der chirurgischen Technik ist Wölflers Operation als eine Errungenschaft ersten Ranges zu bezeichnen. Tausende von Kranken haben seither die Segnungen dieser Operation an ihrem Leibe erfahren, und wenn auch unter diesen nicht Alle Heilung für die Dauer fanden, so doch Viele Verlängerung des Lebens und Befreiung von Schmerz und Qual. Freilich hat auch die Gastro-Enterostomie ihre Opfer gefordert. Sie wissen, dass von der peritonealen Infection namentlich eine Complication gefahrdrohend ist — der sogenannte Circulus vitiosus, die Rückstauung von Magen-Darminhalt unter dem klinischen Bilde des Magenileus. Diese Rückstauung erfolgt meist durch Abknickung des zuführenden Schenkels, sei es infolge abnormer Spornbildung an der Anastomosenstelle, sei es durch Abknickung der Darmschlinge selbst. Beide Ereignisse scheinen nun bei der von Hacker[12]) eingeführten Gastro-Ent. retrocol. poster. viel seltener vorzukommen[13]).

Ich persönlich schliesse mich demnach denjenigen Autoren an, welche die Hackersche hintere Gastro-Ent. principiell bevorzugen, weil sie den anatomisch-physiologischen Verhältnissen am besten angepasst, technisch nicht schwieriger ist, und — bei richtiger Ausführung — d. h. bei kurz gewählter Dünndarmschlinge viel seltener von der fatalen Complication der Rückstauung begleitet wird, ganz abgesehen davon, dass Stauungen durch Compression des Colon transer. gänzlich ausgeschlossen sind. — Ob nun die Anastomose durch die Naht, mit oder ohne Gastrophor, oder durch noch andere neue Methoden, oder vermittelst des Murphyknopfes hergestellt wird, ist eine Frage von secundärer Bedeutung, deren Erörterung hier zu weit führen würde. Während ich früher sowohl die vordere wie die hintere Gastro-Ent. mit Naht ausführte, bin ich, veranlasst durch die ausgezeichneten Erfolge der Heidelberger Klinik mit dem Murphyknopf, in den letzten Jahren auch zu der Hacker-Murphyschen Methode übergegangen und habe diesen Schritt bisher nicht zu bedauern gehabt. Nun gibt es allerdings Fälle, in welchen die Gastro-Ent. retrocol. poster. technisch nicht ausführbar ist; wenn z. B. Magen und Colon sich nicht nach oben umschlagen lassen, oder wo man sich scheuen muss diese Manipulation vorzunehmen, wie z. B. nach schweren Blutungen — unter solchen Umständen ist man genötigt, die vordere Gastro-Ent. oder Jejunostomie auszuführen. Nach meinen eigenen, freilich nur wenig zahlreichen, Erfahrungen verdient die Gastro-Ent. nach Hacker-Murphy in vollem Masse das Lob, welches ihr die Czernysche Schule zollt, und ich betrachte sie, so lange ich nicht eines Bessern belehrt werde, als das Normalverfahren bei der Behandlung der Pylorusstenose. Ich habe unter ca. 65 Gastro-Enterostomien nach Hacker-Murphy, darunter 32 bei Ulcusstenosen, keine peritoneale Infection und keine Insufficienz der Anastomosenstelle zu beklagen gehabt, und keinmal hat der Murphyknopf, falls er nicht schon während des klinischen Aufenthalts abging, derartige Beschwerden verursacht, dass die Kranken sich mir deswegen wieder vorgestellt hätten. Ich glaube daher mit Recht dieses Operationsverfahren empfehlen zu dürfen. Selbst das Ulcus peptic. jejun. habe ich bei meinen Operationen nicht mit Sicherheit constatieren können, nur in einem Falle ist es nach 5-jähriger Heilung zu profuser Magen-

[11]) Wölfler. Centralblatt für Chirurgie 1881, pag. 705.

[12]) Hacker. Archiv f. klin. Chir. Bd. 32, pag. 616.

[13]) Demonstration von Zeichnungen nach W. Petersen. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 29, pag. 597), welche die anatomischen Verhältnisse der verschiedenen Operationsmethoden in anschaulicher Weise illustrieren.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Darmblutung gekommmen, ohne dass damit der Beweis speciell für ein Ulcus pept. an der Anastomosenstelle erbracht wäre. Soweit ich die Literatur beherrsche, scheint mir auch aus den Erfahrungen der meisten Operateure die Tatsache festzustehen, dass nach der Gastro-Ent. poster. das gefürchtete Ulcus pept. an der Anastomosenstelle seltener beobachtet wird, als nach der vorderen Gastro-Ent. Vielleicht sind die neuesten Untersuchungen Katzensteins [14]) dazu berufen, einiges Licht in das bisher dunkle Gebiet der Aetiologie des Ulcus pept. jejun. zu werfen. Katzenstein fand, dass Magen und Duodenum in den Magen eingenäht und daselbst dauernd von Magensaft umspült, im Gegensatz zu andern Baucheingeweiden wie: Duodenum und Milz, die er in gleicher Weise in den Magen verpflanzte, nicht verdaut werden und führt diese Eigenschaft auf ein dem Magen und Duodenum innewohnendes Antipepsin zurück, welches im übrigen Darmtractus nicht produciert wird. Sollte das der Fall sein, so wäre a priori die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass der dem Duodenum nächstgelegene Jejunumteil, wie er ja gerade bei der richtig ausgeführten hinteren Gastro-Ent. benutzt wird, auch noch Antipepsin produciert oder von Antipepsin berührt wird, damit er die nötige Schutzkraft gegen die verdauende Wirkung des Magensaftes besässe. Wenn die Katzensteinsche Theorie des Antipepsins sich wirklich bewähren sollte, so wäre nicht allein die Frage des postoperativen Ulcus pepticum der Lösung näher gerückt, wir ständen geradezu vor einer neuen Aera der Behandlung des Ulcus rot. überhaupt und in absehbarer Zeit würde es so weit kommen, dass kein Ulcuskranker, dessen Ulcus sicher und frühzeitig genug diagnosticiert wurde, dem Messer des Chirurgen mehr verfallen würde.

So lange aber der Beweis für die Richtigkeit der Katzensteinschen Anschauungen noch aussteht, wird man gut tun, das offene, uncomplicierte Ulcus, die schwere acute Magen-Duodenumblutung, die leichtesten Formen der Perigastritis und frischen Stenose den Internisten zu überlassen, bei Perforation aber, bei wiederholten Blutungen und chronisch recidivierendem Ulcus, bei schweren Adhäsionsbeschwerden und vor allem bei ausgebildeten Stenoseerscheinungen den Ulcuskranken dem Chirurgen zu übergeben, der die 3 Hauptoperationsmethoden, um es zum Schluss noch kurz zusammenzufassen, nach folgenden Indicationen anwendet. Indiciert ist:

die Gastro-Enterostomie

1) bei allen Formen von Stenose und Pylorospasmus;
2) bei hartnäckigen, chronischen Blutungen und recidivierendem Ulcus der pars pylorica;
3) bei perigastritischen Erscheinungen.

die Jejunostomie

1) bei sehr elenden, abgemagerten Kranken, denen nur ein relativ leichter Eingriff zugemutet werden kann;
2) bei Ulcuskranken, die kurz nach einer schweren Blutung operiert werden müssen;
3) bei Patienten, deren Ulcus nachweislich nicht in der pars pylor. sitzt. In diesem Falle kann die Jejunostomie allein oder in Combination mit der Gastro-Ent. gemacht werden;
4) bei Perforation des Ulcus ventr. seu duodeni.

die Excision resp. Resection

1) bei grossem, scheinbar solitärem Ulcus der kleinen und grossen Curvatur;
2) bei Ulcusperforation, wenn die Umgebung des Ulcus genügendes Material zur Naht bietet;
3) bei dringendem Carcinomverdacht relativ kleiner Magenabschnitte, deren radicale Entfernung technisch sicher und prognostisch aussichtsvoll erscheint.

[14]) Katzenstein. Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 3

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchowhospitals für Männer in St. Petersburg (Chefarzt Professor Zeidler).

Ein Fall von Spaltdaumen*).

Von
Dr. Erich Hesse.

Eine der häufigsten Anomalien der oberen Extremität ist die Polydaktylie, d. h. das Vorkommen von mehr als fünf Fingern an der Hand ein und desselben Subjectes.

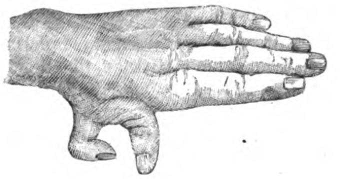
Am häufigsten beobachten wir bloss supplementäre Phalangen, bedeutend seltener das gleichzeitige Vorkommen einer Doppelbildung der Metacarpalknochen.

Unter Zugrundelegung anatomischer Principien, können wir drei Hauptgruppen von Polydaktylien unterscheiden:

1) Zur ersten Gruppe gehören die Fälle, welche einen einfachen, mit Haut überzogenen Anhang darstellen.

Knochen und Sehnenbilbung ist in dieser Gruppe der Polydaktylien nicht nachweisbar. Diese Form gehört zu der allerhäufigsten.

In eine zweite Gruppe lassen sich die Fälle rubricieren, in welchen eine supplementäre Phalange mit der Nachbarphalanx oder einem Metacarpus articuliert. Manchmal lassen sich in derartigen Fällen Muskeln und Sehnen



nachweisen.

3) Endlich sind in eine dritte Gruppe die Fälle zusammenzufassen, in welchen ein getrennter Metacarpus, Sehnen- und Muskelbildung constatierbar sind. Das sind entschieden die am seltensten vorkommenden Fälle.

In ganz seltenen Fällen kommt bei derartigen Anomalien noch eine Spaltbildung des Metacarpus bis zur Basis vor.

Einen derartigen Fall will ich mir erlauben, kurz zu beschreiben und durch Photogramme zu erläutern, indem

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ich alle übrigen Formen der Polydaktylie, die wir an unserem Material in grosser Anzahl beobachtet und teilweise operiert haben, ihrer grossen Häufigkeit wegen bei Seite lasse.

Den zu erwähnenden Fall verdanke ich der liebenswürdigen Aufmerksamkeit von Dr. E. Giese, der mir den Patienten zur Begutachtung überwies.

Die klinische und röntgenologische Untersuchung ergab, wie aus den beigelegten Zeichnungen ohne weiteres ersichtlich, eine Spaltbildung des linken Daumens bis zur Basis des zugehörigen Metacarpalknochens. Die Function des supplementären Daumens ist vollkommen vorhanden und unabhängig von den Bewegungen des Grundfingers.

Die Grundphalangen der beiden Daumen stehen im Verhältnis zu den Metacarpalknochen in Subluxationsposition. In seinen allgemeinen Bewegungen war der Patient nicht behindert. Die rechte Hand und die Fussphalangen wiesen keinerlei Abnormitäten auf. Weder bei den Ascendenten noch bei den Descendenten des Patienten waren derartige Missbildungen beobachtet worden.

Die dem Patienten von mir vorgeschlagene Operation wurde unter Hinweis auf die geringfügigen Störungen abgelehnt.

Eine ganz analoge Missbildung ist von Friedrich beschrieben worden, doch zeigte der Kranke die Verbildung ganz gleich entwickelt an beiden Händen. Die beiden Daumen jeder Hand wirkten functionell wie eine kleine Hand neben der gesamten Hand.

Literatur.

P. L. Friedrich.. Angeborene Missbildungen der Hand. Handbuch der practischen Chirurgie. Bd. V. pag. 288—298.
E. Kirmisson. Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angeborenen Ursprungs. Stuttgart. 1899. pag. 367.
Chuquet. Cas de polydactylie. Bulletin de la Société anat. Déc. 1876. pag. 725.
Longuet. Un cas de pouce bifide. Revue d'Orthopédie 1892. pag. 290.
Alamartine. Polydactylie des doigts surnuméraires aux deux mains et aux deux pieds. Rev. d'orthopéd. 1907. Nr. 4.
Attlee. A case of supernumerary digits. Lancet. 1907. July 20.
Bergmann. Missbildungen an einem Kinde mit besonderer Berücksichtigung der Polydaktylie. Zeitschr. f. Orthop. Chir. 1906. Bd. 17. Nr. 13.
Ebstein. Knochengerüst eines missgestalteten Daumens. v. Rindfleisch-Festschrift. Leipzig. 1907.
Gasne. Malformation des extrémités symetriques et particulièrement des pouces. Rev. d'orthop. 1907. Nr. 3.
Greene. Supernumerary digits and a history of heredity. Lancet 1907. Sept. 21.
Milis. A propos d'un cas de pouce bot double. Congr. franç. chir. 7—12 oct. 1907. Rev. de chir. 1907. Nov.
Morrish. Polydactylism. Lancet. 1907. Aug. 10.
Stendards C. Un caso non commune di polidactilis. La med. italiana Nr. 10. 1907.
Withrow. Case of supernumerary digits. Lancet. 1907. Aug. 24.

Referate.

Dr. med. Max Dölling Beitrag zur Arsentherapie. Allgem. med. Central-Ztg. No. 37, 1909.

Die interessanten Beobachtungen von Riehl hinsichtlich des wichtigen Einflusses, den die Muskeltätigkeit auf den Stoffwechsel und auf das Körpergewicht beim Arsengebrauch hat, führten zu dem Ergebnis, dass die tonisierende Wirkung des Arsens durch ausgiebige Muskelbewegung sehr gefördert wird. (Münchn. med. Wochenschrift 1908, Nr. 51). Verfasser hat nun die Riehl'schen Befunde dadurch nachgeprüft, dass er bei einer Anzahl von chlorotischen und anämischen Patienten die Arseneisenbehandlung anwandte und gleichzeitig mehrstündige Bewegungen im Freien machen liess. Die bald eintretende günstige Wirkung des Arsenpräparates und damit verbundene Vermehrung des Körpergewichtes bestätigte den unterstützenden Einfluss der Muskeltätigkeit. Für die Durchführung der Arseneisencur hat Verfasser Arsenferratin resp. Arsenferratose (Boehringer) gebraucht, die sich auch bei längerer Anwendung als äusserst bekömmlich erwiesen. Das gleiche Präparat wurde ferner bei einer Anzahl stark unterernährter Schulmädchen mit bestem Erfolge angewandt. Hier sah Verfasser die gleichen günstigen Resultate wie sie L. Laquer in der schulärztlichen Praxis mit dem genannten Präparat erzielt hat. (Therapie der Gegenwart Sept. 1905). Trotzdem Riehl für das Zustandekommen der Arsenwirkung eine gemischte Kost für unerlässlich hält, hat Verfasser die behandelten Kinder ihre übliche häusliche Kost auch während der Cur weiter nehmen lassen.

M.

H. Thiemann. Juvenile Epiphysenstörungen. (Aus der chirurgischen Klinik zu Jena). Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Band 14. Heft 2.

Im ersten Teil der interessanten Arbeit schildert der Verf. einen Fall von idiopathischer Erkrankung der Epiphysenknorpel der mittleren Fingerphalangen. Der knöcherne Teil der Epiphyse hatte nicht, wie normal, bei der Betrachtung von der Dorsal- zur Plantarseite die Form einer flachen Schale mit der grössten Stärke in der Mitte, sondern hatte die Gestalt eines Meniscus angenommen: am stärksten war der Rand, — in der Mitte war der Knochen schwächer resp. fehlte er ganz. Der Epiphysenknorpel war also nach der Peripherie verlagert und hatte dadurch zur Verdickung der Finger geführt. Ein derartiger Fall ist in der Literatur noch nicht beschrieben worden. Die Aetiologie ist völlig ungeklärt. Ebenso interessant, aber ätiologisch gleichfalls völlig dunkel ist ein zweiter Fall von correspondierender Erkrankung der Knochen beider Ellbogengelenke, in welchem es sich um gleichmässige Verdickung aller 3 Gelenkenden und Verlängerung des Olekranon handelte. In weiteren 2 Kapiteln referiert der Verf. ferner über einen Fall von Wachstumstörung bei multiplen cartilaginären Exostosen und multiplen Chondromen und Ollierscher Wachstumstörung auf beiden Körperseiten. Die Wachstumstörungen sind dadurch zu erklären, dass die Epiphysenknorpel selbst zu Chondromen geworden sind und bei der Bildung der Tumoren ihre Wachstumsenergie verbraucht haben.

Hesse.

Albers Schönberg. Secundentherapie. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen Bd. 14. Heft. 2.

Die in den letzten Jahren entdeckte Möglichkeit, das Princip der Momentphotographie auch auf die Radiographie zu übertragen hat, einen weiteren Ausbau erfahren. Albers-Schönberg weist einwandfrei sowohl experimentell wie klinisch nach, dass auch eine therapeutische Einwirkung der Röntgenstrahlen in wenigen Secunden möglich ist. Die Röhren werden bei ber Einschaltung maximal belastet, so dass die secundäre Belastung zwischen 30 — 40 Milliampère beträgt (Normal 2—4). Den Vorteil der Secundenbehandlung sieht der Verf. vor allen Dingen in der Zeitersparnis und in der geringeren Belästigung des Patienten. Auch die Röhren werden langsamer abgenutzt. Die Fälle, die beobachtet wurden, betrafen Sycosis, Favus und Cancroid, die genau ebenso günstig beeinflusst wurden, wie das bei den bisher üblichen Methoden erreicht wurde.

Hesse.

H. E. Schmidt. Zur Röntgenbehandlung tiefliegender Tumoren. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. 14. Heft. 2.

Dem Verf. gelang es mittelst activer Hyperämisierung der Haut durch Einwirkung von Wärme (Glühlichtbestrahlung und Quecksilberlicht) vor der Röntgenbestrahlung die Radiosensibilität der Haut erheblich zu erhöhen, sodass z. B. an den künstlich hyperämisierten Stellen ein kräftiges Erythem auftrat, während in der benachbarten normalen Haut kaum irgend eine Reaction zu erkennen war.

Hesse.

* Demonstration in der Sitzung vom 18. September 1909 des Wissenschaftlichen Vereins der Aerzte des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1489 Sitzung vom 29. April 1909.

Anwesend 52 Mitglieder und als Gast Dr. Kliorin.

Dr. P. Klemm demonstriert eine ca. 28-j. Patientin, bei der er vor 1½ Jahren die Totalexstirpation der Zunge ausgeführt hatte. Am empfehlenswertesten sei es, die Zunge vom Mundboden abzulösen, indem alle Muskeln durchschnitten werden. Das phonetische Resultat ist hier ein gutes.

Dr. P. Klemm stellt ferner einen Knaben vor, der durch einen Beilhieb den linken Daumen verloren hatte. An Stelle des letzteren hatte Dr. P. Klemm als Ersatz die grosse Zehe gesetzt, nachdem die Knochen wundgemacht und die Sehnen vereinigt worden waren. Sensibilität ist in der überpflanzten Zehe nicht vorhanden, wird sich aber wohl durch Hineinwachsen der Nerven in 1—2 Jahren einstellen. Von Eiselsberg hat in einem ähnlichen Falle zur Ueberpflanzung die zweite Zehe genommen, die Vortragendem aber weniger geeignet erscheint. Das Missverhältnis in der Grösse des neuen Daumens und der übrigen Finger wird sich durch das nachträgliche Wachsen der letzteren ausgleichen, während ein Grösserwerden des ersteren ausgeschlossen ist.

Dr. Biehler: Zur Diagnose der Lepra (mit Demonstrationen).

«Ich erlaube mir hier 3 Fälle vorzustellen, die charakteristische Flecken und zwar, möchte ich gleich präsumieren, charakteristische Lepraflecken anfweisen. Schon bei der oberflächlichen Besichtigung dieser Kranken sieht man, dass es sich um wesentlich verschiedene Flecken handelt. Der Kürze wegen will ich betonen, dass es sich hier auch tatsächlich um zwei grundverschiedene Aeusserungen einer und derselben Krankheit handelt. Es ist nicht eine blosse theoretische Spielerei, diese beiden Formen durch Namen von einander zu scheiden. Innere Vorgänge biologischer Natur sowohl von Seiten des Afficierten als auch von Seiten des Krankheitserregers haben diese beiden grundverschiedenen Typen von Lepra geschaffen.

Hier in diesem ersten Fall müssen wir von Flecken sprechen, die ihre Entstehung gewissermassen einer diffusen Infiltration verdanken, wie sie auch den Knoten der Lepra tuberosa eigentümlich ist, während die beiden anderen Fälle, was die histologische Natur betrifft, mehr chemisch entzündlichen Processen in der Haut entsprechen, deren Urelemente eine Reihe von Autoren für nicht wesentlich anders auffasst, wie sie auch bei den tuberösen Formen vorkommen.

Aber auch Gesichtspuncte socialer Natur verlangen eine genaue Abtrennung dieser beiden Krankheitsformen, denn während Fälle, wie der erste, tuberöser Natur—massenhaft Bacillen aufweisen, finden wir bei Fällen, wie bei den anderen — Lepra nervorum maculosa — höchst selten oder überhaupt keine Bacillen. Die Schlussfolgerung kann sich jeder machen! Es haben auch dementsprechend Autoren von Bedeutung sogar für weniger strenge Isolation bei Fällen letzterer Art sich ausgesprochen, z. B. Prof. Dehio. Sehen wir, welche charakteristischen Merkmale für die Diagnose des einen sowie der anderen massgebend sind. Für die rein fleckige Form der Nervenlepra ist schon mehr weniger schleichender Beginn und grössere Beteiligung des peripheren Nervensystems und der von ihm abhängigen Teile charakteristisch. Die Flecken sind mehr einheitlicher Natur, in meist deutlich kreisförmiger und sich daraus ergebender landkartiger Anordnung mit heller atrophischer Mitte und dunklem, mehr oder weniger erhabenem Rande. Ueber den Flecken ist die Epidermis oft schuppend. Ueber das Niveau der Haut, ragen die Flecken meist wenig hervor, im Gegenteil liegt der grösste Teil derselben unter dem Niveau der Haut Pigmentverschiebungen, Vermehrung resp. Verminderung sind stete Begleiter der Lepra nervorum-maculosa, so dass für sie differentialdiagnostisch Krankheiten wie die Vitiligo, Ekzema marginatum, Herpes tonsurans etc. in Betracht kommen. Die Flecken bleiben zwar lange Zeit bestehen, blassen aber intermittierend bis zur Unkenntlichkeit ab. Die Mitte der Flecken ist anästhetisch. Initiale Eruptionen sind wenig symmetrisch, spätere Eruptionen charakterisieren sich durch ihren symmetrischen Sitz.

Das Charakteristische der tuberösen Fleckeninfiltration ist das Herüberragen über das Niveau der Haut, keine atrophische Mitte, es sei denn nach Ulcerationen innerer und äusserer Vernarbung. Hier in diesem vorgestellten Falle wäre vielleicht die etwas seltenere Localisation um die Mammae und am Unterleibe, unter dem Nabel auffallend. Man sieht, wie sich über dem Fleckeninfiltrate Knoten erheben und progressive und regressive Metamorphosen eingehen. Das Wesentliche aber ist, dass aus allen Flecken und Knoten sich leicht charakteristische Leprabacillen nachweisen lassen und dass solche Formen tubero-maculöser Natur unbedingt der Internierung bedürfen».

(Autoreferat.)

Dr. J. Bernsdorff. Der vorgestellte 15 Jahre alte Knabe stammt aus dem 1. Kinderasyl und erkrankte vor 2 Monaten an Temperatursteigerung, Milzschwellung und einer ödemartigen Verdickung der Extremitäten. Beide Eltern sind leprös. Bei dem Knaben finden sich weder Hyperästhesie noch Anästhesien; auf dem Rücken sind einige Flecken vorhanden. Dr. B. wünscht zu erfahren, ob bei der Lepra, speciell in ihrem Anfangsstadium derartiges Oedem der Hände und Füsse und eine so ausgesprochene Milzschwellung zu beobachten sind.

Dr. v. Bergmann. Es ist festzuhalten, dass die Milz bei der Lepra am constantesten Veränderungen zeigt. Man findet in ihr Bacillen, wo sonst der Bacillenbefund ein spärlicher oder negativer ist; sie zeigt entzündliche Veränderungen, sie kann amyloid degeneriert sein. Interessant ist ein Fall, der im Krankenhause zur Section kam, lange bevor das Leprosorium eröffnet worden, — es war da die Milz in einen Eitersack verwandelt, wie es im Protocoll heisst. Jedenfalls weist die so häufig gefundene Milzveränderung, die ja klinisch allerdings oft genug nicht nachzuweisen ist, darauf hin, dass die Lepra den Organismus wie jede Infectionskrankheit befällt und nicht zuerst nur auf die Haut und Schleimhaut sich beschränkt, um dann nach längerem Verlauf erst die inneren Organe krank zu machen, eine Ansicht, die ja auch ihre Vertreter gefunden hat.

(Autoreferat).

Dr. M. Hirschberg. Patient hat livide Extremitäten, die man bei der Bekanntschaft mit den Eltern und Verwandten nicht allein auf die Lepra, sondern auch auf familiäre Disposition zu cyanotisch-angiösen Zuständen beziehen kann. Der Vater — maculo-leprös-Potator — starb nach leichtem Trauma an Gehirnblutung und alcoholischem Fettherz. Die Mutter hatte ausser ihrer Lepra sicher auch Acne rosacea und häufige Oedeme an den unteren Extremitäten. Ein Bruder, der vom Referenten im Armenhause untersucht worden ist, hatte auch solche cyanotische Hände. Hinsichtlich der Form, ob maculös oder tuberös, ist dieser Fall durch familiären Anteil verwischt. Die Milzen bei Lepra maculosa stellen hyperämische, allenfalls nur mikroskopische Veränderungen vor, nicht grob anatomische, wie bei fast jeder Lepra tuberosa. Bei Fällen, wie hier, wird man bei der Section wohl schwer specifische Veränderungen finden.

(Autoreferat).

Dr. von Krüdener. Bei dieser Gelegenheit möchte ich eines Leprafalles Erwähnung tun, welchen Herr Dr. Biehler vor 2 Jahren in einem Vortrage berührt hat. Es handelte sich um einen Patienten, welcher in besseren Verhältnissen lebte, als wir sonst die Leprakranken zu finden gewohnt sind. Ich stellte gewissermassen zufällig bei ihm die Diagnose, als er wegen eines Leproms der Iris meine Sprechstunde aufsuchte. Die Anamnese ergab, dass er vor 17 Jahren am Strande eine Sommerwohnung inne gehabt hatte, deren Wirtin an Lepra erkrankt war. Er litt nach diesem Sommer etwa 2 Jahre lang an beständigem Fieber, dessen Ursache damals nicht ermittelt werden konnte. Daraus und aus dem Umstande, dass Milzschwellung zu gleicher Zeit bestanden habe, ist dieses Fieber als Malaria gedeutet worden. Es scheint nun hier die Möglichkeit vorzuliegen, dass dieses Fieber nichts weiter war als eine Manifestation der Lepra-Infection. Es dürfte, noch von Interesse sein, dass die Hauswirtin ihren Mann nicht angesteckt hat, dieser sogar später eine zweite Ehe eingegangen ist.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: Ich möchte mich dagegen wenden, dass man sich bemüht, die beiden Formen der Lepra auseinander zu halten, jede für sich gewissermassen als besondere Krankheitsform hinzustellen.

So sehr sich diese Formen klinisch unterscheiden, so muss doch festgehalten werden, dass die Nervenform rein für sich oder als Ausläufer der Lepra tuberosa auftritt, wenn das ja auch das häufigste ist. Es gibt aber wohl constatierte Fälle, und wir haben solche auch im Leprosorium gehabt, bei denen zuerst die Erscheinungen der Nervenform einsetzen und dann erst tuberöse Eruptionen folgen, ja die als Nervenform beginnende Erkrankung schliesslich in eine vorwiegend tuberöse übergeht.

(Autoreferat).

Dr. C. Brutzer: Eine Vergrösserung der Milz wird während der Krankheitsdauer der Lepra oder bei Autopsien nicht constant gefunden. Dennoch ist die Milz bei Lepra tuberosa immer von Bacillen durchsetzt, und sie finden sich hier zahlreicher als in anderen Organen. Die Lepramilzen sind an Bacillenreichtum zu vergleichen mit regionären

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lymphdrüsen erkrankter Körperteile oder mit den Lymphräumen der Schleimhäute in den oberen Luftwegen. Milzschwellungen werden beobachtet während fieberhafter Exacerbationen des Lepraprocesses, aber auch da nicht constant.

(Autoreferat.)

Dr. Biehler: Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit gehabt, eine Neueruption von Flecken bei einem verhältnismässig frischen Falle von Lepra nervorum-maculosa zu beobachten. Die Eruption der Flecken wurde von einer längere Zeit anhaltenden Temperatursteigerung (bis 39°) und einer ausgesprochenen Vergrösserung der Milz begleitet. Wenn wir diese Erscheinungen so selten beobachten können, hängt es meiner Meinung nach hauptsächlich davon ab, dass wir initiale Erscheinungen bei der Lepra überhaupt höchst selten zu Gesicht bekommen und nur mit älteren, ausgesprochenen Krankheitsformen zu tun haben.

(Autoreferat).

Dr. J. Eliasberg: Wassermannsche Reaction und Lepra. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Dr. Ed. Schwarz gibt zu den Ausführungen, die er freudig begrüsst, noch einige Erläuterungen, speciell bei Lues. Es seien 4 Reactionen, die auf ihre Wertigkeit für den Luesnachweis jetzt erforscht würden, auch von ihm mit Hilfe der Untersuchungen des Vortragenden näher geprüft worden; ein abschliessendes Urteil sei noch nicht möglich, doch sei die Wassermannsche Reaction, und wie es scheine, speciell Wassermann B, d. h. die Reaction im Liquor cerebrospinalis in Riga eine andere, als z. B. in Hamburg; letztere sei in Riga häufiger positiv. Es sei aber doch noch abzuwarten, was die Wassermannsche Reaction leisten werde, die Aussichten seien ja wohl glänzende.

(Autoreferat).

Dr. O. Stender glaubt die Erörterungen und Schlussfolgerungen, die Vortragender mitgeteilt, aufs wärmste begrüssen zu dürfen, zumal die Wassermannsche Reaction in klinisch-diagnostischer Beziehung von grossem Werte sei. Das Specifische der Reaction sei bereits mehrfach angezweifelt worden, doch, wie es scheine, mit Unrecht. Der positive Ausfall der Reaction, den seinerzeit die vielbesprochene Scharlachepidemie in Hamburg aufwies, sei bereits mehrfach nachgeprüft und dürfte als widerlegt gelten. Doch auch Wassermann selbst habe behauptet, dass die Reaction ausser bei Lues und den metasyphilitischen Erkrankungen auch bei der Trypanosomenkrankheit und der Lepra vorkäme.

Womit das zusammenhänge, sei vorderhand noch nicht klar, doch dürften weitere Arbeiten auch hierin Klarheit schaffen. Redner erwähnt einige Fälle aus der Praxis, die geeignet scheinen, die Bedeutung der Wassermannschen Reaction in klinischer Beziehung zu illustrieren.

(Autoreferat).

Dr. v. Engelmann. Der Serodiagnostik haftet noch viel Unaufgeklärtes an. Nach den bisheligen Untersuchungen scheint in der Tat eine für Lues specifische Reaction vorzuliegen. Sie ist ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Für die Fragen der Praxis (Einleitung und Fortsetzung der Therapie, Heiratsconsens) kann jedoch die Serodiagnostik allein nicht massgebend sein. Hier müssen zur Zeit wenigstens noch die bisher geltenden Gesichtspuncte entscheidend sein.

Dr. M. Hirschberg: Auch das Ergebnis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Lepra mit vorwiegend positivem Befund bei Lepra tuberosa und negativem bei L. nervorum und maculosa bestätigt immer mehr die Annahme zweier biologischer Principien bei beiden Lepraformen. Wahrscheinlich ist das Verhältnis so zu denken, wie eventl. die tertiären und Paraverhältnisse bei Lues. Letzteres besonders bei den paralytischen und trophoneurotischen Lepraformen. Auch phylogenetisch sieht man bei der Abnahme einer localen Lepra die Nervenfälle zu- und die tuberösen abnehmen. Der Mangel an Bacillen bei der L. maculosa und an specif. Lepragranulationsgewebe spricht dafür, dass die L. nervorum eine abgeschwächte Form ist im Sinne der bacillären Toxicität. Auch hinsichtlich der Mischformen kann man viel häufiger die Mischung zustandekommen sehen, indem sich zu tuberösen Zuständen neurotische hinzugesellen — und die knotigen Infiltrate bei Lepra nervorum, als Rückschlag auf activere tuberöse Erscheinungen mit Bacillenbefund, bringen andere klinische Bilder hervor als die Lepra mixta — Fälle ursprünglicher mehr tuberöser Natur.

(Autoreferat).

Dr. Th. Schwartz anerkennt ebenfalls die hohe Bedeutung der Wassermannschen Entdeckung für die Diagnose der Lues und weist nur im Zusammenhang damit auf die im vorigen Herbst von Nonne publicierte freilich nicht specifische Reaction des Punctats der Lumbalflüssigkeit hin, auf die von Nonne sogenannte «Phase I.» seiner Reaction; das Eigentümliche dieser Reaction besteht darin, dass sie nach Nonne eintritt bei Personen mit luetischen Erkrankungen, nicht jedoch in den Fällen, wo Lues vorhanden gewesen ist, wo dieselbe aber eben keine Krankheitserscheinungen macht. Auf Grund dessen könne die Reaction z. B. zur Differentialdiagnose zwischen beginnender Paralyse und Neurasthenie mit Lues in der Anamnese benutzt werden. Die Reaction komme noch bei einigen anderen Krankheiten vor, doch lassen diese sich schon klinisch abgrenzen. In verschiedenen zweifelhaften Fällen von Lues hat Redner die Reaction ausgeführt und glaubt in derselben — in Bestätigung der Angaben Nonnes — ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen sehen zu müssen, welches noch den Vorzug hat, dass die Reaction leicht auszuführen ist. Die Methode fordere durchaus zu Nachuntersuchungen auf.

Was die Frage der positiven Wassermannschen Reaction bei Scharlach betrifft, so ist sie doch auch neuerdings wieder von einigen Autoren in der 3—5 Woche des Scharlach gefunden worden, sodass diese Frage noch der Klärung bedarf.

(Autoreferat).

Dr. C. Brutzer. Die Idee, dass die Lepra nervorum eine abgeschwächte Krankheitsform sei, ist nicht neu. Ich erinnere nur an Zambaco's Behauptung, dass alle Fälle von Erkrankung mit Symptomen der Syringomyelie derartige abgeschwächte Lepraerkrankungen seien.

Der wesentliche Schluss, dass die an Lepra nervorum Leidenden vor einer Erkrankung an der tuberösen Form durch eine gewissermassen natürliche Immunität gesichert seien, trifft oft nicht zu. Ich habe selbst Fälle reiner Nervenlepra nach langjährigem Stillstand der Erkankung in die tuberöse Form übergehen sehen.

(Autoreferat).

Dr. J. Eliasberg. (Schlusswort). Zunächst möchte ich darauf erwidern, dass die Wassermannsche Reaction bei anderen Krankheiten vorkommt. Allerdings, was den Scharlach anbetrifft, so hat das seltene Vorkommen der Complementablenkung mit dem «Syphilitischen Antigen» diagnostisch wahrlich kaum eine Bedeutung. Theoretisch gibt ja das viel zu denken, wie überhaupt die theoretische Begründung der Wassermannschen Reaction bei der Lues noch auf recht schwachem Fundament steht. Aber dies hindert sie in keiner Weise, eine eminente practische Bedeutung zu haben. Auch das Vorkommen der Complementablenkung bei der Lepra, namentlich der Lepra tuberosa beeinträchtigt in keiner Weise den practischen Wert der Reaction, da doch die Diagnostik der Lepra kaum in den Gegenden, wo sie endemisch ist, Schwierigkeiten bereiten dürfte und auch anderswo mikroskopisch leicht erhärtet werden kann. Wie gesagt, in unseren Breiten ist die Wassermannsche Reaction — streng nach allen Cautelen ausgeführt — als für die Syphilis specifisch zu bezeichnen. Eminent ist die Bedeutung der Wassermannschen Reaction in der Differentialdiagnostik der Complicationen seitens des centralen Nervensystems. Da ist dieselbe den anderen Reactionen voraus, da nach Nonne-Appelt die Pleocytose erstens auch bei nicht syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems vorkommen und andererseits die Pleocytose bei Luetikern vorkommt, deren Centralnervensystem intact ist. Da muss man aber berücksichtigen, dass die Wassermannsche Reaction im Blutserum nur hinweist, dass überhaupt Lues vorlag oder vorliegt, — nur der positive Ausfall in der Cerebrospinalflüssigkeit gibt uns einen sicheren Anhaltspunct für die Annahme, dass es sich um eine Erkrankung des Centralnervensystems handelt. Nun scheint aber der positive Ausfall des Liquors fast ausschliesslich bei progressiver Paralyse und Tabes vorzukommen, äusserst selten bei Lues cerebri und Lues spinalis, nie bei neurasthenischen-Syphilitikern. Sollte sich dies bestätigen, so werden Sie m. H. mit Leichtigkeit zugeben, welchen Wert die Wassermannsche Reaction im Blut und im Liquor haben wird in der Differentialdiagnostik der Complicationen der Lues seitens des Centralnervensystems, in der so wichtigen Frage der Entscheidung Lues Cerebri, Neurasthenie in Syphilitiko, Psychose in Syphilitiko oder Progr. Paralyse!

Was nun die Relation anbetrifft: Wassermannsche Reaction und Therapie resp. Eheconsens — da muss ich doch sagen, dass z. Z. wenigstens die Frage noch lange nicht geklärt ist. Wir sehen Leute positiv reagieren, deren Frau und Kinder gesund sind und auch serodiagnostisch als negativ für Lues zu betrachten sind und andererseits negativ reagieren Leute mit sicheren Luessymptomen — wenn auch diese letzteren Fälle äusserst selten sind. Auch ist es nach meiner Ansicht nicht angängig, lediglich auf Laboratoriumsresultate bei ausgiebig behandelten Luetikern — und um diese handelt es sich ja hauptsächlich, — sich zu verlassen und die

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

klinische Erfahrung und auch die Verantwortung ganz bei Seite zu schieben. M. H.! Nichts wäre leichter als nach derartigen Schemen zu handeln! Aber auch nichts so, nach meiner Ansicht, irrationell. Der behandelnde Arzt muss streng individualisieren; Theorie und klinische Erfahrung, Laboratoriumsresultate und strenge Beobachtung des vorliegenden Falles, alles zusammen geben dann dem Arzte die Richtungslinie für seine Entschlüsse. Nur dann wird er seine Pflichten seinen Kranken gegenüber erfüllen können. Das Postulat aber, so lange behandeln, als die Reaction positiv ausfällt, ist als unzulässig zurückzuweisen. Anders bei Luetikern, die mangelhaft oder garnicht behandelt waren. Da gibt der positive Ausfall der Wassermann schen Reaction die stricte Indication zur Behandlung. Denn häufig handelt es sich um Fälle von unbehandelter latenter Lues oder aber um Fälle, die Schwierigkeiten in der Diagnosestellung bieten und wo die Serodiagnostik uns einen sicheren Hinweis gibt, dass es sich überhaupt um Lues handelt. Nehmen wir ein Beispiel: anscheinend gesunde Mutter eines sicher syphilitisch geborenen Kindes. Wenn hier die Wassermannsche Reaction bei der Mutter einen positiven Ausfall gibt, so müssen wir die Mutter vor den schweren Folgen der Syphilis, namentlich aber vor den metasyphilitischen Erscheinungen zu schützen suchen und dies können wir nur auf dem Wege der specif. Behandlung.

Der Beispiele könnte ich viele anführen. — Ich glaube, diese genügen. Es müssen also die Fälle streng auseinandergehalten werden: I. diejenigen, die ausgiebig behandelt waren, keine Erscheinungen haben und doch positiv reagieren — hier heisst es individualisieren und nur nach der klinischen Erfahrung und der genauen Beobachtung des Falles handeln, und II. die wenigen Fälle, die ungenügend resp. garnicht behandelt waren — da gibt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction eine stricte Indication für die Behandlung. Es steht aber fest: noch ist der Beweis nicht geliefert, dass der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction bedeuten soll: der Träger hat Syphilis. Die klinische Erfahrung lehrt eben, dass wir in diesen Fällen häufig sagen können: der Träger hatte Syphilis. In diesen Fällen immer weiter zu behandeln, heisst die Kranken schädigen. Unser Beruf ist aber nicht nur das jeweilige eventuell vermeintliche Leiden zu curieren, sondern den ganzen Menschen zu heilen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

1490 Sitzung vom 6. Mai 1909.

Anwesend 47 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Jakobsohn.

Dr. v. Knorre demonstriert:

1) Ein mehr als mannskopfgrosses intraligamentär entwickeltes Myom, welches durch Laparotomie mittelst Pfannenstiel'schem Querschnitt entfernt worden war. — Es zeigt dieser Fall auf's deutlichste, dass auch grösste Tumoren, günstige Bauchdeckenverhältnisse vorausgesetzt, unzerkleinert durch den Fascienquerschnitt zu exstirpieren sind, was im Hinblick auf die Vermeidung postoperativer Hernien in der Laparatomienarbe für die Kranken von grosser Wichtigkeit ist. Interessant war ferner in diesem Falle, dass der Ureter in einer Ausdehnung von mehr als 18 Cm. freipräpariert werden musste. Es gelang diese Präparation des Ureter so durchzuführen, dass nur die vordere Fläche desselben von dem ihn umgebenden Fettgewebe freigemacht wurde, die hintere Fläche dagegen ganz in Situ belassen werden konnte: am Ureter liessen sich aufs deutlichste fortschreitend peristaltische Bewegungen beobachten.

2) Eine Ovarialschwangerschaft sehr frühen Datums, deren Termin sich aus den Angaben der Frau, da nur ein Mal 5 Wochen nach stattgefundener 2. Geburt eine Copulation vorgekommen war, — auf 19 Tage berechnen liess. Am 20. Tage fand die Ruptur des Fruchtsackes statt, welche zur Laparotomie führte, bei der das demonstrierte Präparat gewonnen wurde.

3) Einen Appendix, der zwei grosse harte Steine enthielt. Der eine, welcher in der Nähe der Einmündungsstelle des Processus vermif. in d. Coecum gelegen war, erreichte fast die Grösse einer Wallnuss, der andere die einer Haselnuss.

Trotz dieser grossen Steine waren die Beschwerden der Patientin nicht besonders hochgradige und die drei von der Patientin überstandenen Attacken der Appendicitis nur mit geringen subfebrilen Temperaturerhöhungen verbunden gewesen.

(Autoreferat).

Dr. Schabert wünscht zu erfahren, ob derartige Steine häufig gefunden werden.

Dr. Klemm hält das Vorkommen derartig grosser Steine für exceptionell selten. Die Kotsteine, sog. Koprolithen werden ausserdem niemals so hart. Im vorliegenden Falle dürfte es sich wohl um Anlagerung von Kalksalzen handeln.

Dr. Schabert teilt zu dem vorliegenden Falle noch mit, dass die klinischen Erscheinungen, die eigentlichen Beschwerden der Patientin minimale gewesen sind. Wie nötig jedoch die Operation gewesen sei, zeige auch dieser Fall, der doch sonst sicher zur Perforation geführt hätte.

Dr. Huff stellt einen Patienten mit einem Aneurysma der rechten arteria subclavia vor, bei dem sich nur auf der entsprechenden Seite Trommelschlägerfinger in ausgeprägtester Weise finden. Die Entwicklung derselben hat erst in den letzten 3—4 Monaten stattgefunden.

Dr. Klemm erwiedert auf die Frage von Dr. Voss nach der Operabilität des Aneurysma, dass er sich wegen der Ausgedehntheit des Aneurysmas bereits im Januar a. c. nicht zur Operation habe entschliessen können. Die früher empfohlenen Einspritzungen, Einführungen von Fremdkörpern etc. bringen keinen Nutzen. Die Trommelschlägerfinger würden wohl hier sowohl als Ausdruck einer trophischen Störung durch Druck auf den Plexus wie als Ernährungsstörung durch Kohlensäureüberladung zu deuten sein.

Dr. Schabert bestätigt, dass die Entwicklungsdauer der Trommelschlägerfinger in der Tat eine kurze sein könne. Er erwähnt dann die auch von Moritz empfohlene Tuphorellsche Cur zur Behandlung von Aneurysmen, die eine Durstcur darstelle. Ihr Wert scheine ihm aber zweifelhaft zu sein.

Dr. von Krüdener: Vor 1 Monat stellte ich hier ein Aneurysma arteriovenosum der Carotis vor. Ich zeige heute denselben Fall operiert und, wie es scheint, geheilt. Vor 17 Tagen hat Dr. A. v. z. Mühlen die linke Carotis communis ligiert. In demselben Augenblicke als das Gefäss unterbunden war, war das Geräusch am Schädel auch geschwunden. Das Hervortreten des linken Auges, welches am Morgen immer besonders bemerkbar gewesen, war am Tage nach der Operation gleichfalls geschwunden. Patientin fühlt sich äusserst wohl und verlässt in einigen Tagen meine Klinik. In welcher Lage sie sich auch jetzt befindet, ob liegend oder mit gebeugtem Kopf, sie hatte keine Empfindung von Sausen mehr in den Ohren und vom Schwirren in der linken Stirnseite merkt sie auch nichts mehr. Die Prognose der Carotis-Aneurysmen ist ja sonst eine üble, indem nach 1—3 Jahren der Tod unter Hirndruckerscheinungen eintritt. Wir wollen hoffen, dass die Heilung eine dauernde ist.

(Autoreferat).

Dr. P. Prätorius demonstriert:

1) eine Usur der Anonyma;
2) ein Leberadenom;
3) ein Dünndarmcarcinom.

Dr. P. Klemm: Die Adenomfrage sei noch nicht geklärt. Das Adenom der Leber gehöre zu den gutartigen Geschwülsten, die ohne Kachexie verlaufen. Das Fibroadenom der Mamma sei dem Grenzgebiet der gut- und bösartigen Formen zuzuschreiben, das Adenom der Parotis stelle einen Typus der Mischgeschwülste dar.

Dr. Schabert: Die Leberadenome repräsentieren den Typus benigner Geschwülste, der nach Ribbert durch exquisit expansives Wachstum und scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung charakterisiert ist. — Das sei auch hier der Fall; ein weiteres Merkmal der Benignität zeige dieses Präparat in schönster Weise, die Production eines dem Mutterboden homologen Secretes, in diesem Falle Galle. — Könne man in diesem Sinne vollständig mit Ribbert übereinstimmen, so lässt sich die Benignität für die Adenome im allgemeinen im Ribbertschen Sinne nicht aufrecht erhalten: nach Ribbert geht das Adenom nicht in Carcinom über. — Nach eigener Erfahrung an einem grossen Material besonders von Mammaadenomen, muss er diesem Standpunct Ribberts mit Entschiedenheit entgegentreten und sich zur älteren Auffassung eines Ueberganges bekennen; es gäbe eine carcinomatöse Degeneration des Adenoms, wenn man sich so ausdrücken will.

Den Nachweis für die Richtigkeit dieser Beobachtung und ihrer Deutung haben endgiltig und in fast übereinstimmender Weise die experimentellen Forschungen an den Mäuseadenomen gebracht, die nach Untersuchungen Ehrlich's nicht nur in Carcinom übergehen können, sondern die sich auch wieder durch Abschwächung in Adenome zurückzüchten lassen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Der XVIII. Deutsche Bädertag.

Referent: Dr. Max Hirsch,

Arzt in Bad Kudowa i. Schlesien.

Die 18. Versammlung des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes fand vom 28.—30. September in Flinsberg statt.

In seiner Begrüssungsansprache betonte Hr. Geh. Sanitätsarzt Dr. Rudolf Michaelis aus Bad Rehburg das günstige Zusammenwirken von Verwaltungen und Aerzten im Verbande und hob die Notwendigkeit eifriger Mitarbeit der Aerzte hervor. Das Ziel, das ihm vorschwebe, gipfele darin, dass der Allgemeine Deutsche Bäderverband alle deutschen Bäder repräsentieren müsse.'

Hr. Badearzt Dr. Siebelt-Flinsberg: «Flinsberg als Curort». Er betonte das günstige subalpine Klima, die landschaftlich schöne Lage und die Heilkraft der Quellen. Die Wirksamkeit von den sieben kohlensauren Stahlquellen ist auf ihr Eisen und ihre Kohlensäure zurückzuführen. Flinsberg besitzt eine Molkencuranstalt seit fast 100 Jahren. Die Badecur ist durch die kohlensauren Bäder, Moorbäder, Fichtennadel- und Fichtenrindenbäder gegeben. Auch ein Inhalatorium und eine Anstalt für physikalische Therapie stehen zur Verfügung. Die Badehäuser sind mit allen modernen Einrichtungen versehen. Der Zerstreuung dienen das herrliche Curhaus mit seiner Terrasse, der schöne Nadelwald, eine Fülle von Spaziergängen u. s. w. Die hygienischen Verhältnisse sind recht günstig. Die wirtschaftliche Bedeutung Flinsbergs dürfte nicht mehr angezweifelt werden.

Hr. Geheimrat Dr. Adam-Flinsberg: «Herbst und Winter im Flinsberger Tale». Er verglich das Klima Flinsbergs in den Monaten August bis October mit dem des Engadin im Juli bis September. «Der Sommer steigt im Herbst auf die Berge», das ist leider noch nicht allgemein bekannt. Die Temperaturschwankungen sind im Herbst nicht so stark, wie man allgemein annimmt. Da der Herbst besonders für Abhärtungscuren geeignet sei, sollte ein Teil der Schulferien in diese Zeit fallen. Herbstnebel ist selten, ebenso Regen und Trockenheit. Auf Schnee und Frost ist vor dem November nicht zu rechnen. Die Gegenwart erkennt immer mehr den klimatischen Wert des Winters und würdigt die Abhärtung immer mehr. Die Winterfreuden sind nicht allein für die Jünger des Sports geschaffen. Abhärtung, Kampf gegen die Neigung zu Erkältungen soll die steigende Losung sein für alle Erholungs- und Curorte des Spätsommers, Herbtes und Winters.

Hr. Dr. Hirsch-Kudowa «Die schlesischen Bäder unter Friedrich dem Grossen». Zunächst schilderte er die historische Entwicklung der schlesischen Bäder und ihren Zustand im Jahre 1740, dem Regierungsbeginn Friedrichs des Grossen. Sodann ging er auf die schädlichen Einflüsse ein, denen die schlesischen Bäder durch die vielen Kriege in Schlesien unter Friedrich dem Grossen ausgesetzt waren und die Massnahmen, welche Preussens grosser König getroffen hat, um die Bäder in ihrer wirtschaftlichen Ertragfähigkeit und in ihrem Ansehen zu fördern. Schliesslich berichtete er aus den Chroniken der einzelnen Bäder und aus historischen Quellen über die Entwicklung der schlesischen Bäder in der Folgezeit.

Hr. Geheimrat Dr. Michaelis-Bad Rehburg: «Offene Curorte und geschlossene Anstalten für Lungenkranke». Er gab einen Ueberblick über die Curorte, die als Curorte für Tuberculose gelten sowie eine Uebersicht über die Begründung der Heilanstalten. Neben der segensreichen Tätigkeit der Heilanstalten möchte er doch den Wert der offenen Curorte für die Behandlung der Lungentuberculose nicht vernachlässigt sehen. Er halte die Ansteckungsgefahr der Tuberculose nicht für so gross, sondern glaube, dass eine Disposition zur Tuberculose vorhanden sein müsse. Selbstredend müssten die offenen Curorte hygienisch einwandfrei sein. Vor allem aber sollten sie in Prospecten klar angeben, dass sie Lungenkranke behandeln, und welche Einrichtungen ihnen zu diesem Zweck zu Gebote stehen. Der jetzt vielfach übliche Modus, anzugeben, man wolle keine Lungenkranken behandeln und behandele sie dann doch, sei verwerflich.

In der Discussion über diesen Vortrag betonte Hr. Sanitätsarzt Dr. Bodenstein-Kolberg, dass man bis jetzt von den Tuberculose-Anstalten noch nicht genug Erfolg gesehen habe, und dass man auch in den geschlossenen Anstalten sich mehr mit Alttuberculin beschäftigen müsse.

Hr. Sanitätsrat Dr. Nicolas-Westerland meinte, dass die Erfolge der Heilanstalten oft unterschätzt würden.

Hr. Dr. Determeyer-Salzbrunn: «Curorte und Epidemien». Er wies auf die Schädigungen hin, welche die Bäder Charlottenbrunn und Salzbrunn durch die im letzten Sommer in Altwasser ausgebrochene Typhusepidemie erlitten haben, und zwar ganz unverschuldeterweise, da weder nach Charlottenbrunn noch nach Salzbrunn die Krankheit übertragen wurde. Die Schädigung lag in unrichtigen und übertriebenen Mitteilungen der Presse. Er empfahl, dahin zu wirken, dass Mitteilungen über Epidemien, besonders wenn Curorte dabei in Mitleidenschaft gezogen werden können, nicht veröffentlicht werden, ohne dass die Richtigkeit vorher durch Erkundigung an amtlicher Stelle festgestellt ist. Die Curverwaltungen sollen vorkommendenfalls beizeiten durch sanitätsbehördliche Kundgebungen beruhigend auf das Publicum einzuwirken versuchen.

In der Discusion bemerkte Hr. Bürgermeister Küstner-Friedrichroda, dass in die Luftcurorte oft Reconvalescenten kämen, deren Krankheit man nicht kenne und die leicht eine Ansteckung hervorrufen könnten. Davor sollte man die Curorte schützen. Er schlug vor, dass die Aerzte in solchen Fällen vertrauliche Mitteilungen machen sollten.

Hr. Sanitätsrat Kloidt-Schreiberhau wies darauf hin, dass Scharlachepidemien durch Feriencolonisten eingeschleppt worden seien, die zu lange im Orte gehalten wurden, als ein Kind krank wurde. Man hätte die Kinder der Ferienheime sofort nach Hause schicken müssen. Da sei eine Lücke im Gesetz, das geändert werden müsste.

Hr. Geheimrat Dr. Michaelis schloss sich dieser Meinung an und wies auf die Bedeutung der Typhus-Bacillenträger hin.

Hr. Dr. Hirsch-Kudowa empfahl bei einer Typhusepidemie auf diese Bacillenträger zu fahnden.

Hr. Prof. Winckler-Nenndorf: «Ueber die Berechtigung künstlicher Curmittel in Curorten». Er empfahl den Curärzten und Badeverwaltungen Vorsicht bei der Einführung künstlicher Curmittel. Nach seiner Meinung sind schon jetzt in manchen Curorten die altbewährten Trink- und Badecuren durch allerhand Nebencuren und künstliche Zutaten wie Electricität, Schwitzproceduren, künstliche kohlensaure Bäder, Gymnastik u. s. w. ungebührlich in den Hintergrund gedrängt worden.

Wo wirksame natürliche Curmittel vorhanden sind, solle man mit Zugaben sogen. balneologischer Hilfsmittel sparsam sein. Anderenfalls argwöhnen die Curgäste, dass die natürlichen Heilschätze des Ortes minderwertig seien, da man so vielerlei künstliche Hilfsmittel zu Hilfe nehmen müsse. Eine Fülle künstlicher Curbehelfe und Apparate verleite den Badearzt zu unnützer Vielgeschäftigkeit. Wo freilich wirksame natürliche Heilmittel fehlen, werde man zu künstlichen greifen müssen. Im allgemeinen aber sollten sich die Curverwaltungen nicht allzusehr beeilen, alle möglichen oft recht fragwürdigen therapeutischen Novitäten einzuführen. Sie müssten vielmehr darauf bedacht sein, die natürlichen Heilmittel in sorgfältigster, practischer und eleganter Ausstattung den Curgästen darzubieten.

Hr. Dr. Hoeck-Flinsberg: «Vorsichtsmassregeln bei Badecuren zur möglichsten Sicherung des Erfolges». Die Curgäste, welche sich im allgemeinen eine zu kurze Erholungszeit gönnten, suchten dieses möglichst auszunutzen und verfielen dabei gern in den Fehler, des Guten zu viel zu tun. Es empfehle sich, namentlich bei schwächlichen Personen, anfangs viel Ruhe und Schonung bis zum Eintritt eines deutlich erkennbaren Erfolges. Dr. Hoeck erörtert dann die Fehler, die beim Brunnentrinken begangen werden, und legte seine Ansichten dar über den Genuss rohen Obstes bei Eisentrinkcuren, sowie über den des Alcohols. Zum Schluss besprach er die Vorsichtsmassregeln, die beim Nehmen der Bäder zu beachten sind.

Hr. Badedirector Dr. Büttner-Salzbrunn: «Ueber die in Salzbrunn in den letzten Jahren vorgenommenen umfangreichen Arbeiten zur hygienischen Ausgestalltung dieses altbekannten schlesischen Curortes». Nachdem der den Curort durchfliessende Bach, der durch Kohlewäschereien und andere Anlagen stark verschmutzt war, durch Regulierung des Flussbettes und unterirdische Fortführung in einer Länge von beinahe $1\frac{1}{2}$ km. isoliert und durch Umleitung von der Nähe der Quellen entfernt worden war, wurden die Salzbrunner Quellen neu gefasst und gegen den Zutritt von Grundwasser gesichert. Bei diesen Arbeiten wurden gleichzeitig erheblich weitere Mengen von Mineralwasser aufgeschlossen und dadurch auch die fernere Entwicklung und Vergrösserung des Bades gesichert. Besondere Sorgfalt erheischten die Canalisationsarbeiten in der Nähe des Quellengebietes, bei der auch der Erhaltung des Grundwasserstandes durch besondere Massnahmen Rechnung getragen wurde.

Hr. Chemiker Dr. Wagner-Salzbrunn: «Ueber die einfachsten Methoden zur Controlle der Mineralquellen». Nach einem Hinweis auf die Wichtigkeit der laufenden Controlle der Mineralquellen, die sich nicht nur auf die Ergiebigkeit und die Temperatur, sondern besonders noch auf den Mineralgehalt zu erstrecken hat, teilte er einige interessante Beobachtungen an Mineralquellen mit. Dann beschrieb er eine Reihe von Methoden, welche mit den einfachsten Hilfsmitteln eine Orientierung über den Mineralgehalt der Quelle ermöglichen. Als besonders wichtig und dabei am allerleichtesten auszuführen wird die Bestimmung des HCO_3-Jons hervorge-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hoben. Diese Untersuchungen sollen zunächst den Quellenbesitzer über den Gesundheitszustand seiner Quelle auf dem Laufenden halten; ferner sollen sie Studien über den Einfluss kosmischer Erscheinungen auf die Mineralquellen ermöglichen.

In der Discussion fragte Hr. Geheimrat Dr. Michaelis, ob die Mineralquellenanalyse wirklich so stark schwankt, was zugegeben werden musste. Als Ursache für die Schwankung wurde die Fassung angegeben.

Hr. Geheimrat Dr. Adam-Flinsberg: «Fachneuigkeiten aus dem schlesischen Isergebirge». Da für den Curort alles hohe Bedeutung hat, was das Wetter und seine Vorhersage angeht, sind aeronautische Stationen eingerichtet worden. Ferner ist die Untersuchung des Fleisches weiter ausgedehnt worden, ebenso die der Milch und der Molken. Auch sind die Hochwasserschutzbauten in Schlesien von grosser Bedeutung geworden.

Hr. Dr. Jung-Flinsberg: «Die Radioactivität der schlesischen Heilquellen». Er betonte, dass die Werte einzelner Quellen recht hoch seien; und zwar habe Landeck 206 Einheiten, Flinsberg 107, Landecker Georgenquelle 206, Landecker Friedrichsquelle 119,8, Flinsberger Oberbrunnen 107, Landecker Wiesenquelle 53,8, Landecker Marienquelle 51,5, Flinsberger Niederbrunnen 50,0, Kudowaer Gottholdquelle 29,0, Landecker Mariannenquelle 19,4, Landecker Thalheimerquelle 16,3, Reinerzer Ulrikenquelle 7,2, Reinerzer Kaiserquelle 5,0, Alt-Heider Charlottensprudel 2,48, Goczalkowitzer Marienquelle 2,37, Alt-Heider «Grosser Sprudel» 2,3. Soweit man über den Zusammenhang zwischen dem geologischen Ursprungsgebiet und der Radioactivität der Quellen urteilen kann, bestätigt sich auch in Schlesien die Auffassung der Herren von Rutherford und v. d. Borne, wonach radioactive Eigenschaften gebunden sind an Urgesteine und eruptive und tonhaltige Gesteine, während sie bei organisch entstandenen Steinkohlenflözen fehlen. Es folgte eine Aufzählung der radioactiven Mineralien im schlesischen Gebirge. Ein Zusammenhang zwischen Temperatur der Quellen und Radioactivität bestehe nicht.

Hr. Dr. Lachmann-Landeck: «Messung und Dosierung der Radiummemanation». Obgleich die Radiumemanation ein echtes Gas ist, kann sie doch nicht mit den für die übrigen Gase gebräuchlichen Massen gemessen werden sondern nur durch die von ihr verursachte Leitfähigkeit der Luft für Elektricität. Redner verbreitete sich dann eingehend über die Schwierigkeiten dieser Messungen und zeigte an Vergleichen zwischen der stark radioactiven Landecker Georgenquelle und künstlichen Radiumpraparaten, dass trotz der dem Laien oft imponierenden grossen Zahlen bei den künstlichen Präparaten doch eine starke Ueberlegenheit der natürlichen Heilquellen bestehe. Dazu komme die oft noch sehr grosse Menge von Emanation, welche die Kranken in Curorten mit solchen Quellen auf Schritt und Tritt durch die Atmung aufnehmen. Das trage wesentlich zu dem Heilerfolge bei.

Hr. Dr. Siebelt-Flinsberg: «Die balneologische Bedeutung der schlesischen Bäder». Er hob hervor, dass von den Gruppen des Bäderbuchs sämtliche Quellarten unter den schlesischen Curorten vertreten seien bis auf die Bitterwässer. Von klimatischen Curorten hob er Görbersdorf, Schreiberhau, Wölfelsgrund, Ziegenhals hervor, in denen die physikalischen Heilmethoden in ausgiebiger Menge vertreten seien. Die hygienischen Einrichtungen ständen in den schlesischen Curorten auf der Höhe. Zum Schluss wies der Redner noch auf die landschaftlichen Schönheiten hin, die den schlesischen Bädern zum grössten Teil durch ihre Lage in einem der schönsten Gebirge unseres Vaterlandes eigen sind.

Hr. Dr. Krone-Sooden a. d. Werra: «Stellung und Aufgaben des Badearztes». Der Badearzt werde vielfach noch von Seiten seiner Kollegen lediglich als Specialist für seine Heilquellen angesehen. Die Hauptursache dafür sucht der Redner in dem Misverhältnis zwischen der wissenschaftlichen und practischen Bedeutung der Bäderkunde einerseits und der Beachtung, welche ihr auf den Universitäten als Lehrfach gezollt wird, andererseits. Die Bäderkunde — Balneologie — aber ist eine Specialwissenschaft geworden, die ihre Wurzeln in einer Reihe verschiedener Gebiete, nicht nur der Medicin, sondern der gesamten Natur- und Heilkunde hat, und die auch, von der Heilwirkung der Balneotherapie aus betrachtet, Kenntnis aus den verschiedensten Zweigen der Medicin erfordert. Dazu ist der Badearzt nicht nur der Berater seiner Klienten, sondern er ist auch vor allen Dingen der Hüter der Quellen und der Vertreter der Hygiene in den Bädern. Letzteren Umstand sollten Aerzte und Curgäste erst beachten, ehe sie — wie so oft — den Badearzt nur für ein notwendiges Uebel halten.

Hr. Dr. Hirsch-Kudowa: «Die Prospecte der Curorte». Er beklagte, dass die Prospecte der Curorte von den Aerzten nicht genügend gewürdigt würden und suchte die Ursache dafür in ihrer unzweckmässigen Art. Deshalb schlug er vor, zwei Arten von Prospecten herauszugeben: einen wissenschaftlichen für die Aerzte und einen allgemeinen für die Laien. Vor allem betonte er, dass der Würde der Curorte entsprechend die Prospecte einen wissenschaftlichen bezw. populärwissenschaftlichen Charakter tragen sollten und nicht den der marktschreierischen Reclame.

Hr. Sanitätsrat Dr. Nikolas-Westerland-Sylt: «Die neuen Rettungsvorkehrungen in Westerland». Redner hat vor dem Deutschen Ausschuss für Hygiene am 28. April d. J. im Reichsgesundheitsamt die neuen Rettungseinrichtungen demonstriert, welche das Nordseebad Westerland-Sylt geschaffen hat, um Unglücksfälle beim Baden, insbesondere das Hinaustreiben Badender in die offene See, unmöglich zu machen. Diese Einrichtungen, deren Modell der Vortragende erklärte, und welche in der Zeitschrift für Balneologie II, Nr. 8, ausführlich beschrieben sind, sind im Laufe des Sommers im Familienbad versuchsweise zur Anwendung gekommen. Der Erfolg war gut, und irgend welche Unfälle sind bei Seegang nicht vorgekommen. Es sei jetzt jede Gewähr gegeben, dass eine Gefährdung der Badenden ausgeschlossen sei. Die Einrichtungen, welche etwa 1500 Mark kosten und anderen Seebädern zu weiteren Versuchen empfohlen werden, gestatten, das 150 bis 200 Personen in dem gegen das offene Meer abgesteckten Badeplatz zugleich baden können.

Hr. Hofrat Dr. Röchling-Misdroy: «Ueber den Stand der Balneologischen Centralstelle in Frankfurt a. M.» Sie soll alles aufnehmen, was in der Balneologie geleistet wird, und alles auch richtig ausarbeiten, was angeregt wird und was der Balneologie not tut. Sie muss grosse medicinische Institute haben, und im Centrum der Bäder liegen. An eine Universität soll sie nicht angeschlossen werden sondern soll mehr practischen Interessen dienen. Auch Kurse für Badeärzte und Mitglieder der Badeverwaltungen sollten an der Centralstelle eingerichtet sein. Redner gab einen Ueberblick über die Entstehungsgeschichte der Centralstelle, sodann über die Verhandlungen mit der Stadt Frankfurt a. M. und dem Kultusministerium. Der Etat ist mit 20000 Mark aufgestellt worden, um erst einmal den Anfang zu machen. Die Badeverwaltungen sollten für das Centralinstitut Mittel geben. Sie könnten an vielen Puncten sparen, z. B. an der Reklame, wo vielfach Geld zum offenen Fenster hinausgeworfen werde. Zu diesen Ausführungen bemerkte Geheimrat Dr. Michaelis, dass auch der Allgemeine deutsche Bäderverband diese Centrale materiell stützen müsse.

Als nächster Versammlungsort ist Aachen bestimmt worden.

Dr. med. A. Metzler †.

Dr. med. Adolf Metzler, einer der ältesten Ärzte St. Petersburgs, ist am 16 September d. J. aus dem Leben geschieden. Mit ihm ist wiederum eine jener scharf geprägten Persönlichkeiten dahingeschwunden, wie sie unser Zeitalter immer seltener hervorbringt, eine jener Gestalten, an denen man nicht eindruckslos vorübergeht. Genügte schon eine flüchtige Berührung mit dem Verstorbenen, um in ihm den Mann von Kraft und Willen, von Ritterlichkeit und Geist zu erkennen, so zwang der nähere Verkehr mit ihm zur Bewunderung seiner universellen Bildung, seiner gegen sich und andere rückhaltslosen Wahrhaftigkeit und seiner freilich meist sorgfältig maskierten Indulgenz und Herzensgüte. Allein gerade das Bestreben, die weicheren Seiten seines Charakters nicht zur Schau zu tragen, mag ihn bisweilen herber und kühler haben erscheinen lassen. Und doch lag in dem Verbergen seiner Empfindungen nichts Unharmonisches für diejenigen, welche wussten, dass ihn zu einem gewissen Sichabschliessen nach aussen hin ein intensives inneres Leben voll Ringen und Kämpfen geführt hatte. Ringen nach Erkenntnis und Glaubensreinheit, Kämpfen gegen Schwächen und Vorurteile.

Ein Blick auf die Marksteine an seinem langen Lebenswege mag uns das rechte Verständnis für die Eigenart des Verstorbenen geben. Als Sohn des Pastors Friedrich Metzler am 3 October 1831 zu Pernau geboren und frühzeitig verwaist, wurde er als Pflegesohn des Pastors Reinthal zu Range erzogen. In diesen ersten Jugendjahren haben wir wohl auch die Wurzel zu jenem felsenfesten Glauben zu suchen, der ihm trotz des ausgesprochenen Radicalismus seiner Denkweise, trotz aller Kritik an den Formen und Satzungen der Kirche, bis zur letzten Stunde niemals verlassen hat. Seine humanistische Vorbildung empfing er an der damals sehr angesehenen Jakobsohnschen Anstalt in Walk und am Dorpater Gymnasium. Der Verstorbene wusste an seinen Pädagogen zu rühmen, dass sie ihm nicht nur eine Summe von Kenntnissen, sondern auch das Verlangen nach Wissen und die Liebe zur Arbeit gegeben hatten. Im Jahre 1849 begann er in Dorpat das Studium der Medicin und blieb daselbst nach absolviertem Examen als Assistent zunächst an der gy-

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

näkologischen, darauf an der therapeutischen Klinik, bis er 1855 nach Verteidigung seiner Dissertation «De medullae spinalis avium textura» den Doctorgrad erlangte. Die nach Livland vorgedrungene Cholera hatte ihm dazwischen (1853) auch Gelegenheit geboten, seine ersten Erfahrungen als Epidemie- Arzt in Oberpahlen zu sammeln. Nach vorübergehender Tätigkeit in Fellin als stellvertretender Kreis- und Stadtarzt begab er sich nach St. Petersburg und wurde wenige Monate darauf (August 1855) zum Kriegsschauplatz in die Krim abcommandiert. Dort dem Professor Pirogoff attachiert, hatte er das Glück bis zum Schluss des Krieges unter den Auspicien des grossen Meisters zu arbeiten. Für kurze Zeit nach St. Petersburg zurückgekehrt, wurde er von neuem in die Krim entsandt und zwar als Gehilfe des Chefs der Assanierungsarbeiten auf dem Schauplatze des soeben beendeten Krieges. Die Eindrücke und Erlebnisse dieser Periode, nicht zum Mindesten auch die Berührung mit den Collegen der fremden Truppen wirkten lebendig auf den kritischen Sinn des jungen Arztes und erweckten in ihm das Verlangen, seine Kenntnisse im Auslande zu erweitern. Im Beginne des Jahres 1857 trat er seine Studienreise an, zunächst um die hervorragenden medicinischen Facultäten von Wien, Prag, Berlin und Paris kennen zu lernen; weiter führte ihn sein Weg nach London und Edinburg. Die jenerzeit im Aufblühen begriffene Hydrotherapie nahm naturgemäss auch sein Interesse bis zu einem gewissen Grade in Anspruch; so sehen wir ihn denn im Jahre 1858 an der Priessnitzschen Wasserheilanstalt Gräfenberg in Schlesien und im folgenden Jahre in leitender Stellung an einer gleichen Anstalt in Florenz tätig. Aber die blosse Aufzählung der Etappen seiner Reise wäre wertlos für das Verständnis des Werdeganges des Verstorbenen, wenn wir nicht in Erwägung ziehen wollten, in welche historische Epoche der Medicin die Reise gefallen war. An allen wissenschaftlichen Centren gärte es, die junge exacte Forschung kämpfte mit der alten philosophischen Speculation um ihre Existenz; es war der Vorabend der neuen Aera, welche durch die Namen Virchow und Darwin gekennzeichnet ist. Der Eindruck, den diese Jahre auf den Verstorbenen ausübten, war offenbar ein so nachhaltiger, dass er ihm seinen Stempel für das ganze Leben aufdrückte. Wir haben ihn späterhin nicht anders gekannt, als voll regen Interesses für alles Neue und Neueste auf dem Gebiete der Wissenschaft, dabei aber stets kritisch zurückhaltend, stets in der Erwartung, dass die enthusiastisch verkündete Wahrheit von heute durch die Wahrheit von morgen wieder verdrängt wird. Und noch andere historische Erinnerungen aus jenen Tagen hat sein Gedächtnis bis an das Lebensende festgehalten. Es waren die blutigen Ereignisse von 1859 in Norditalien, deren Zeuge er gewesen, dieselben Ereignisse, welche mit ihrem Gipfelpuncte in Solferino dem grössten Menschenfreunde des vorigen Jahrhunderts, Henri Dumont, den Gedanken zur Gründung des roten Kreuzes eingeflösst haben. Im Herbst des Jahres 1860 kehrte er nach St. Petersburg zurück, um sich zunächst wieder der Geburtshilfe zuzuwenden und zwar als Supernumerar am Entbindungs- und Hebammeninstitut der Grossfürstin Helena Pawlowna, aber schon im folgenden Jahre (Febr. 1865) trat er als älterer Ordinator in das sogenannte Typhushospital ein. In den nunmehr folgenden 4 Jahren hatte er seinem Können und seinem Charakter soweit Anerkennung zu verschaffen gewusst, dass er 1869 auf den verantwortlichen Posten eines Oberarztes am Peter-Paul Hospital ernannt wurde.

Mit fester Hand leitete er die stets wachsende Anstalt 34 Jahre lang unter oft äusserst schwierigen Verhältnissen; so bedurfte es besonders seiner ganzen Umsicht und seines Tactes, als es mit der Gründung des weiblichen Medicinischen Institutes auf dem Boden des Hospitals darauf ankam, die Interessen eines allgemeinen städtischen Krankenhauses mit den Bedürfnissen einer klinischen Lehranstalt in Einklang zu bringen. Gewissenhaft und sogar streng in seinen dienstlichen Anforderungen gegen sich selbst, wie gegen die Anderen hat er sich nicht nur die unbedingte Achtung seiner Dienstgenossen und Unterstellten erworben, sondern auch deren Liebe und Anhänglichkeit, was ihm besonders bei seinem Scheiden vom Hospital und auch späterhin oft genug durch ungeheuchelte Beweise zu erkennen gegeben worden ist.

Ausser seiner Berufsarbeit am Hospital fand er eine seinem Wesen entsprechende Tätigkeit in philanthropischen Komitees sowie im Vorstande des Greisenheims und Arbeitshauses, ferner fungierte er von 1875 — 1895 zugleich als Arzt am Kaiserlichen Alexanderlyceum und im Jahre 1878 bot sich ihm nochmals die Gelegenheit, seine Jugenderfahrungen aus dem Krimkriege zu verwerten, als er mit einer Revisionsreise in die Städte, wo türkische Kiegsgefangene interniert waren, betraut wurde.

Einer ausgedehnten Privatpraxis hat der Verstorbene niemals nachgehangen, wenn er aber ein Haus als Arzt betrat, so brachte er ihm mehr als nur sein medicinisches Können; er brachte ihm das, was ihn zum dauernden Freund und Berater machte. Alle Musse, welche ihm sein Beruf übrig liess, verwandte er auf literarische Studien. Hierbei fiel mit vorrückendem Alter seine Wahl immer mehr auf Werke historischen und philosophischen Inhaltes, welche er stets von dem Gesichtspuncte seiner festgeformten religiösen Anschauungen aus betrachtete und discutierte. Wenn von vorrückendem Alter die Rede ist, so muss sofort hinzugefügt werden, dass wir ihn, wie auch an seinem Sarge hervorgehoben worden, trotz seiner Jahre niemals als Greis gekannt haben. Bis zur allerletzten Zeit überraschte seine Erscheinung durch ihre fast jugendliche Elasticität, die es ihm gestattete, noch zwei Jahre vor seinem Tode allein eine Reise auf die canarischen Inseln zu unternehmen. Und wie körperlich, so auch geistig hatte er sich eine Frische bewahrt, welche ihn noch an den letzten grossen historischen Ereignissen unserer Heimat mit einem fast leidenschaftlichen Interesse teilnehmen liess. Ernste physische Leiden hat der Verstorbene nie gekannt; seine erste schwere Erkrankung war auch seine letzte. An der Seite seiner vor Kurzem ihm vorausgegangenen treuen Lebensgefährtin gebettet, ruht er von seinen Lebenswerken unter den Tannen des finnischen Gestades.

Sit tibi terra levis!

A. Wladimiroff.

Zuschrift an die Redaction.

Geehrter Herr Redacteur!

Gestatten Sie nachfolgenden Brief in Ihrer werten Zeitschrift veröffentlichen zu lassen:

Durch die Gründung der «Gesellschaft zur Fürsorge für blinde Taubstumme in Russland» wurde in unserer Heimat eine Lücke von nichterfüllten, moralischen Verpflichtungen den unglücklichen blinden Taubstummen gegenüber erfüllt. Die ehedem von allen Vergessenen, diese «lebenden Toten» haben jetzt das Recht auf Fürsorge, und einige von ihnen auch das Recht auf Belehrung, wie das in den Culturstaaten des Westens schon besteht, erhalten. Trotz der vollen allgemeinen Sympathie ist die neue Gesellschaft arm an materiellen Mitteln und kann in nicht genügendem Umfange die Sache in Angriff nehmen. Vorläufig ist es möglich, mit der Erziehung, Belehrung und Beaufsichtigung von nur 15—20 Personen zu beginnen. Der Vorstand der Gesellschaft ist natürlich bestrebt, die ersten Brocken der öffentlichen Wohltätigkeit möglichst productiv auszunutzen und möchte deshalb seine Mittel und Kräfte nicht zufälligen Kandidaten der Stadt Petersburg geben, sondern den mehr Befähigten unter den blinden Taubstummen des ganzen Reiches. Die ersten Pfleglinge der neuen Gesellschaft, einem vernünftigen Leben wiedergegeben, werden durch ihr lebendiges Beispiel klar und anschaulich beweisen, dass es auch in unserem Vaterlande unmenschlich ist, die blinden Taubstummen einfach über Bord zu werfen, sie werden beweisen, dass auch sie fähig sind, ein ebensolches geistiges Leben zu führen wie wir.

Als Präsidentin der neuen Gesellschaft, erlaube ich mir, mich an alle administrativen und communalen Institutionen zu wenden, an die Geistlichkeit, Landschaft, die Städte, im besonderen aber an die Herren Landschaftsärzte, Dorfschullehrer und auch an Privatpersonen mit der Bitte, mich, (St. Petersburg, Fontanka 50) oder den Vicepräsidenten, Dr. Bogdanow-Beresowskij (St. Petersburg, Krjukow-Kanal 7) von einem jeden persönlich bekannten Fall von gleichzeitiger Erblindung und Taubstummheit in Kenntnis zu setzen. Nach Empfang der Mitteilung wird an den Wohnungsort ein Fragebogen gesandt werden.

Alle Mitteilungen werden mit Dank entgegengenommen, und die befähigteren blinden Taubstummen werden gerechterweise einen Platz im ersten Asyl und in der Schule für blinde Taubstummen in Russland einnehmen.

Gez. Gräfin Golenischtschewa-Kutusowa.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Wie in № 42 dieser Wochenschrift berichtet, wurde vom Medicinalrat eine besondere Commission zur Beratung der Frage über Einschränkung des freien Verkaufs der Essigessenz erwählt. Diese unter dem Vorsitze von Dr. L. Berthenson niedergesetzte Commission, bestehend aus dem Ober-Medicinalinspector Malinowskij, den Proff. Danilewskij und Przibytek, Dr. Trojanow und Mag. pharm. Kress-

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ling, arbeitete unter Hinzuziehung von Vertretern mehrerer grosser Handelsfirmen. Geleitet von den Forderungen der Gesundheitspflege und Rechnung tragend den wirtschaftlichen und commerziellen Interessen der Bevölkerung, sowie in Anerkennung der Notwendigkeit einer Regelung des Verkaufs von Essigessenz zur Verhütung von Unglücksfällen überhaupt und insbesondere in St. Petersburg, wo die Zahl der Selbstvergiftunsfälle mit Essigessenz eine beträchtliche Höhe erreicht hat und in stetem Anwachsen begriffen ist, hat es die Commission für wünschenswert erachtet, dass für Petersburg und die umliegenden Städte des Petersburger Gouvernements folgende obligatorische Verordnung erlassen werde.

Essigessenz, welche mehr als 15% reiner Essigsäure enthält, wird im Kleinhandel (Verkauf in Mengen von weniger als 2 Litern) nicht anders zugelassen, als in Flaschen von besonderem Muster, nicht weniger als 200 Gramm Essenz enthaltend, und in Originalverpackung.

Die Flaschen müssen mit deutlich gedruckten Aufschriften versehen sein, welche enthalten sollen: 1) den Namen der Firma, welche die Essenz abgefüllt hat, 2) den Procentgehalt an reiner Essigsäure und 3) die Warnung zur Vorsicht beim Gebrauch.

Ausserdem hält die Commission für angebracht, dass auf besondere Anordnung des Petersburger Stadthauptmannes in den «Bekanntmachungen der Stadthauptmannschaft» («Вѣдомости С.-Петербургскаго Градоначальства») in der Chronik der städtischen Ereignisse bei den Selbstmorden durch Vergiftung die Angabe des angewandten Giftes in Zukunft fortgelassen werde.

— Arbeiterschutzvorschriften für Zinkhütten *). 1. Vor der Anstellung von Arbeitern an Zinkhütten, ist jeder derselben vom Arzte zu untersuchen. Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen sind auf Registrierungskarten, für jeden Arbeiter gesondert, oder in ein allgemeines Schnurbuch einzutragen.

Anmerkung. Die amtlich eingeführten Schnurbücher sowie fortlaufend numerierte und mit dem gebührenden Stempel oder Siegel versehene Registrierungskarten werden vom Fabriks- und Bergamt des betreffenden Gouvernements ausgegeben.

2. Schwächliche Leute und solche, die noch nicht das Alter von 15 Jahren erreicht haben, dürfen nicht zur Beschickung der Zinkschmelzöfen, zum Verladen und Abfahren der Räumasche und der Asche aus den Feuerungen sowie zum Sieben und Verpacken der bei der Zinkdestillation erhaltenen Nebenproducte zugelassen werden. Arbeiterinnen sind von den Arbeiten an den Zinköfen auszuschliessen.

3. Die Aufsicht über die Gesundheit der in Zinkhütten arbeitenden Leute wird einem Arzte übertragen, welcher verpflichtet ist, dieselben mindestens einmal monatlich zu besichtigen. Auf Verlangen des Arztes sind alle Arbeiter, die Zeichen einer professionellen Erkrankung aufweisen, bis zur völligen Genesung von der Arbeit auszuschliessen, auch dann, wenn das Allgemeinbefinden derselben die Fortsetzung der Arbeit nicht verhindert; diejenigen Arbeiter aber, welche sich den schädlichen Einflüssen des Betriebes gegenüber besonders empfindlich erweisen, werden dauernd von den Arbeiten in Räumen, in denen die Zinkdestillation, das Verpacken und Sieben der Nebenproducte und das Fortschaffen der Räumasche vorgenommen wird, ferngehalten.

4. Die Hüttenverwaltung ist verpflichtet, die erwähnten Registrierungskarten oder Schnurbücher (§ 1) zu führen; in denselben müssen vermerkt werden: a) Name desjenigen, der das Buch führt, b) Name des Arztes, der die Gesundheit der Arbeiter überwacht, c) Vor-, Vaters- und Familienname, Alter und Wohnort jedes einzelnen Arbeiters, Tag seines Ein- und Austrittes, Art seiner Beschäftigung; d) Tag der Erkrankung und Art der Krankheit des Arbeiters; e) Tag der Genesung; f) Tage und Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen.

5. In der Nähe der Arbeitsstätten ist gegen Eindringen von Staub geschütztes Trinkwasser in reichlichen Mengen bereit zu halten, und zwar in einem solchen Raume, den die Arbeiter, ohne ins Freie zu treten, erreichen können.

6. In einem staubfreien Teile der Anlage müssen für die Arbeiter ein Wasch- und Ankleideraum sowie, getrennt davon, ein Speiseraum sich befinden. Beide genannten Räume müssen sauber gehalten und zur kalten Jahreszeit geheizt werden.

*) Diese Vorschriften, welche im Auftrage der betreffenden Behörden von Dr. L. Berthenson ausgearbeitet worden sind, wurden im Juni 1906 erlassen und im Juli 1909 unwesentlich modificiert.

Im Wasch- und Ankleideraume müssen Wasser, Seife und Handtücher vorhanden sein, auch muss ein Ort zum Aufbewahren der Kleidungsstücke vorgesehen sein, welche die Arbeiter vor Beginn der Arbeit, beim Anziehen der Arbeitskleidung, ablegen.

Die Hüttenverwaltung ist verpflichtet, den Arbeitern die Möglichkeit zu geben, die auf der Hütte vorhandene Badstube mindestens zweimal wöchentlich zu benutzen und in Ausnahmefällen auf ärztliche Verordnung auch innerhalb der Arbeitszeit.

7. Die Hüttenverwaltung hat dafür Sorge zu tragen, dass die Arbeiter folgende Vorschrift beobachten: a) keine Nahrungsmittel in den Arbeitsraum mitbringen und Nahrung nur in dem dafür vorbestimmten Raume einnehmen; b) erst dann den Speiseraum betreten, Mahlzeiten einnehmen oder die Anlage verlassen, wenn sie zuvor Hände und Gesicht sorgfältig gewaschen haben.

Diese Vorschriften für die Arbeiter sind an sichtbarer Stelle in allen Arbeits-, Speise- und Ankleideräumen auszuhängen, sowie in den den Arbeitern einzuhändigenden Vertragsbüchlein abzudrucken *).

— Zu Mitgliedern des Verwaltungsrats des weiblichen medicinischen Instituts in St. Petersburg sind die Professoren Werchowskij, Dogiel, Ssadowskij, Ssokolow und Tiele gewählt.

— Das Organisationscomitee des XI. Pirogowschen Aerztecongresses beschloss in der Sitzung am 18. October endgiltig, den diesjährigen Congress auf Ostern 1910 zu verlegen, weil zu Weihnacht 1909 und im Januar 1910 schon die Congresse der Therapeuten, Chirurgen, Naturforscher und Aerzte in Moskau und der Neurologen und Psychiater sowie der Antialcoholcongress in St. Petersburg stattfinden sollen.

— Zum 23. Dec. d. J., dem fünften Tage des Congresses Russischer Chirurgen in Moskau, sind folgende Mitteilungen angezeigt: 1) S. P. Fedorow: Operative Behandlung der Geschwülste der Harnblase. 2) N. N. Petrow: Totalexstirpation der Harnblase bei Carcinom. 3) B. N. Choljzow: Ein Fall von operativer Behandlung eines Divertikels der Harnblase. 4) N. F. Leschnew. Die Behandlung der Urethritis. 5) B. N. Choljzow: Contractur des Harnblasenhalses. 6) Derselbe: Ueber operative Behandlung des diffusen Carcinoms des Penis.

Vorträge sind anzumelden bei Prof. F. Rein-Moskau (Неопалимовскій пер. д. Кольбе).

— Moskau. Der in Jalta verstorbene Moskausche Arzt Schirjaew hat sein grosses Vermögen zur Errichtung eines venerologischen Ambulatoriums vermacht.

— Am 3. September fand die Einweihung des Hochheimer Krankenhauses in der Krim statt. Die Eröffnung desselben kann aber erst im November geschehen, weil die Behörden vorher noch die Erledigung einiger Formalitäten verlangen.

— Wien. Das Ministerium des Inneren hat durch einen Erlass angeordnet, Erhebungen über das Vorkommen der Scleromkrankheit in Oesterreich anzustellen, um einen allgemeinen Ueberblick über die Ausbreitung der Krankheit zu gewinnen. Durch Umfrage bei den Hospitalleitungen, den beamteten und practischen Aerzten soll die Zahl der in den verschiedenen Gebieten ansässigen Scleromkranken und ihr Aufenthaltsort festgestellt werden.

— Die K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat den alle 3 Jahre zur Verteilung gelangenden Goldbergerpreis im Betrage von 2000 Kronen dem Prof. C. von Pirquet für seine Arbeiten über Allergie zuerkannt.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich: in der Woche vom 17. bis zum 23. October wurden im Regierungsbezirk Gumbinnen 5 Choleraerkrankungen registriert. Niederländisch Indien: in der Residentschaft Batavia sollen vom 25. Juni bis zum 10. September über 2000 Personen an der Cholera gestorben sein.

— Verbreitung der Pest. In Britisch Indien wurden vom 12. bis zum 18. September 3132 Erkrankungen und 2353 Todesfälle an der Pest verzeichnet. In Aegypten wurden vom 9. bis zum 15. October 3 Erkrankungen und 1 Todesfall notiert. In Japan wurden in Kobe vom 1. bis zum 29. September 20 Erkrankungen und 10 Todesfälle notiert.

*) Wir verdanken diese beiden Mitteilungen, wie so manche andere über die vom Medicinalrat ausgearbeiteten Vorschriften und Gutachten dem freundlichen Entgegenkommen des Herrn Geheimrats Dr. L. Berthenson, dem wir auch an dieser Stelle hierfür besten Dank sagen.

D. Red.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 18. bis zum 24. Oct.	Seit dem Beginn d. Epidemie.	Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	81 (20)	6184 (2368)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	22 (11)	1324 (726)	27. »
» Archangelsk . .	3 (2)	744 (381)	13. Juni
» Estland	3 (1)	85 (48)	5. Aug.
» Livland	1 (—)	317 (169)	16. Juni
» Grodno	3 (2)	49 (26)	11. Sept.
» Witebsk . . .	2 (2)	3390 (1315)	16. Juni
» Kowno . . .	1 (2)	146 (68)	9. Aug.
» Twer.	— (—)	728 (332)	29. Juni
» Jaroslaw . . .	9 (5)	985 (512)	24. »
» Kostroma . . .	6 (3)	395 (188)	6. »
» Nishnij Nowgorod	9 (7)	284 (143)	30. »
» Ssamara . . .	2 (1)	441 (264)	4. Aug.
» Ssaratow . . .	1 (1)	81 (60)	4. »
» Astrachan . . .	2 (—)	38 (21)	27. »
Stadt Baku	6 (6)	63 (27)	16. Sept.
Gouv. Nowgorod . .	— (—)	768 (358)	7. Juni
» Pskow (Pleskau)	— (—)	452 (175)	28. »
» Kiew	— (1)	137 (56)	22. Aug.
» Tschernigow . .	— (—)	89 (22)	20. Sept.
» Woljinien . . .	1 (—)	1 (—)	18. Oct.
» Ekaterinoslaw .	— (—)	53 (23)	6. Sept.
» Poltawa . . .	1 (—)	230 (127)	28. Juli
» Taurien . . .	18 (12)	64 (36)	28. Aug.
Stadt Wladiwostok . .	1 (2)	142 (94)	4. Sept.
Im Ganzen	172 (78)	17190 (7541)	

— Die Stadt und der Kreis Jalta, Gouv. Taurien, sind als choleraverseucht erklärt worden.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 22. Oct.	des 23. Oct.	6	3	10	198
» 23. »	» 24. »	10	2	15	191
» 24. »	» 25. »	4	7	5	184
» 25. »	» 26. »	11	8	10	179
» 26. »	» 27. »	10	1	14	174
» 27. »	» 28. »	3	0	18	159
» 28. »	» 29. »				

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16562 Personen erkrankt, 6489 gestorben und 10000 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 11. bis zum 17. Oct. 1909 621 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 34, Typh. exanth. 1, Febris recurrenz 7, Pocken 29, Windpocken 18, Masern 127, Scharlach 98, Diphtherie 112, Cholera 82, acut. Magen-Darmkatarrh 89, an anderen Infectionskrankheiten 24.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12074. Darunter Typhus abdominalis 217, Typhus exanth. 19, Febris recurrens 32, Scharlach 259, Masern 77, Diphtherie 231, Pocken 145, Windpocken 3, Cholera 214, crupöse Pneumonie 107, Tuberculose 520, Influenza 177, Erysipel 119, Keuchhusten 18, Hautkrankheiten 79, Syphilis 569, venerische Krankheiten 478, acute Erkrankungen 2113, chronische Krankheiten 1505, chirurgische Krankheiten 1489, Geisteskrankheiten 3381, gynäkologische Krankheiten 230, Krankheiten des Wochenbetts 54, verschiedene andere Krankheiten 78.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 693 + 59 Totgeborene + 46 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 7, Typh. exanth. —, Febris recurr. —, Pocken 7, Masern 27, Scharlach 16, Diphtherie 20, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 21, katarrhalische Pneumonie 63, Erysipelas 9, Influenza 5, Pyämie und Septicaemie 7, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 4, Cholera 33, Magen-Darmkatarrh 36, andere Magen- und Darmerkrankungen 34, Alcoholismus 1, angeborene Schwäche 51, Marasmus senilis 18, andere Todesursachen 218.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) am 13. August der Arzt des 2. Forts des Kasalinschen Kreises des Syr-Darja-Gebietes, Dr. N. W. Petrow, geb. 1874, Arzt seit 1899. 2) Am 8. October in Jalta Dr. L. W. Sredin, geb. 1859, Arzt seit 1883. 3) Am 13. October in St. Petersburg der ordinierende Arzt am Hospital des Hofressorts, Dr. W. A. Ulrich, geb. 1848, Arzt seit 1873. 4) Am 13. October in St. Petersburg der Arzt an der Artillerie-Akademie, Dr. S. A. Mitropolskij, geb. 1847, Arzt seit 1875. 5) Am 16. October in Moskau der Arzt der Ingenieurschule und am Marienhospital, Dr. J. M. Sserebrowskij, geb. 1861, Arzt seit 1885. 6) Am 18. October in Moskau der Prof. der Hygiene an der Moskauer Universität, Dr. S. F. Bubnow, geb. 1854, Arzt seit 1881. Nach Absolvierung seiner Studien arbeitete B. zuerst in München bei Pettenkofer und wurde dann nach seiner Rückkehr zum Assistenten an dem hygienischen Laboratorium der Moskauer Universität angestellt. Im Jahre 1895 wurde er zum Professor der Hygiene an der Universität in Jurjew (Dorpat) ernannt und nach einem Jahr auf denselben Lehrstuhl in Moskau berufen und zum Director des hygienischen Instituts der Universität ernannt. Als Moskauer Stadtverordneter beteiligte sich B. lebhaft an den Beratungen über verschiedene Wohlfahrtseinrichtungen und erwarb sich ein grosses Verdienst als Vorsitzender der Commission, die mit den Arbeiten betr. die Wasserversorgung Moskaus betraut war. 7) Am 14. October in Moskau der Arzt am Golizyn-Hospital, Dr. S. J. Markow, 49 Jahre alt. 8) Am 19. October in Jalta Dr. P. A. Schirjajew im Alter von 62 Jahren. 9) In Moskau der Privatdocent für Ophthalmologie an der Universität, Dr. A. W. Natanson, geb. 1862, zum Dr. med. promoviert in Dorpat 1889. Er war 1888—1891 Assistent an der St. Petersburger Augenheilanstalt, dann Assistent an der Augenklinik des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene und 1894—1896 ordinierender Arzt an der St. Petersb. Augenheilanstalt. Im Jahre 1896 siedelte er nach Moskau über, gründete dort eine Augenheilanstalt, wurde 1899 Consultant am Golizyn-Hospital und Arzt an der Blindenschule des Blindencuratoriums und 1906 Privatdocent an der Universität. Er war Mitglied der ophthalmologischen Gesellschaften in St. Petersburg, Moskau und Heidelberg und des Vereins St. Petersburger Aerzte. Natanson zeichnete sich durch hervorragende Begabung aus, war ein guter Redner und besass ein bedeutendes Lehrtalent. Seine Vorträge sowie seine Ausführungen bei Consultationen zeichneten sich durch gediegene Wissenschaftlichkeit aus, seine Ehrenhaftigkeit und sein sympathisches Wesen haben ihm viele Freunde unter den Collegen erworben. 10) Am 30 October n. St. in Wien Dr. Alois Monti, Professor der Kinderheilkunde an der Universität, Vorsteher der I. Kinderklinik und Director der Allgemeinen Poliklinik, die er mit Schnitzler und Auspitz begründet hatte.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. Nov. 1909.

Tagesordnung: 1) Oeser: Ein operiertes Fibrom des Nasenrachenraums. (Krankenvorstellung).
2) Fuhrmann: Zur Physiologie und Pathologie der Epithelkörper.
3) Lange: Die Behandlung der Kehlkopfstricturen mit circulärer Resection.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Das zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins herausgegebene

BIOGRAPHISCHE ALBUM

ist zum Preise von 1 Rbl. (für Mitglieder unentgeltlich) beim geschäftsführenden Secretär Dr. Ucke (Никольская площадь, 6) zu erhalten.

Etwaige Ergänzungen und Berichtigungen der im Album enthaltenen biographischen Daten werden an die Adresse des Präses, Dr. Blessig (Моховая, 38) erbeten.

Generated on 2019-01-10 00:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 45 St. Petersburg, den 7. (20.) November 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die II. Internationale Lepra-Conferenz in Bergen.

Von

Prof. O. v. Petersen.

Als gegen Ende des XIX. Jahrhunderts die Aufmerksamkeit der Aerzte in Europa, insbesondere aber in Russland, sich wiederum der Lepra zuwandte und sich die Ansicht Bahn brach, dass es sich nicht, wie man anzunehmen gewohnt war, um die Reste einer aussterbenden Krankheit handele, sondern die Zahl der Erkrankungen stetig zunehme, wobei eine Uebertragung derselben von Kranken auf Gesunde stattfinde, entbrannte ein heftiger Kampf namentlich hier in St. Petersburg, ob die Lepra eine Infectionskrankheit sei oder andere Ursachen dieselbe bewirken. Da war es denn ganz natürlich, dass sich eine Gruppe von Aerzten bildete, der unvergessliche Prof. Oscar Lassar und Dr. Ehlers (in Kopenhagen) an ihrer Spitze, die beschlossen, diese Frage einer internationalen Lepraconferenz zu unterbreiten. Die Regierung Deutschlands übernahm die Führung und lud die Regierungen aller Länder ein, ihre Delegierten nach Berlin zu entsenden. Im October 1897 fand nun diese Conferenz in Berlin statt, unter dem Vorsitze Rudolf Virchows, organisiert vom Generalsecretär, Prof. O. Lassar. Es wurde ein reiches Material aus aller Herren Länder zusammengetragen, und die hervorragendsten Dermatologen sowie die meisten Lepraforscher beteiligten sich an der Conferenz. Das Resultat war für die Anhänger der Contagiosität ein äusserst günstiges, obgleich doch so Mancher nicht ganz von derselben überzeugt blieb. Nachdem nun eine Reihe von Jahren verflossen, hielt es das in Berlin gewählte internationale Lepra-Comitee für zeitgemäss, eine II. Conferenz zu berufen, um die gesammelten Erfahrungen wiederum gemeinsam zu besprechen und zu sichten. Als Versammlungsort wurde dieses Mal Bergen gewählt, einerseits weil Norwegen im Kampfe mit der Lepra Allen vorangegangen war, andererseits wollte man dem so verdienten Entdecker des Leprabacillus, Armauer Hansen auf diese Weise eine Huldigung bringen.

Die Regierung Norwegens erklärte sich gern bereit, die Einladungen ergehen zu lassen, und am 3./16. August wurde die Conferenz in Gegenwart S. M. des Königs Haakon von Dr. Armauer Hansen eröffnet. Es war ein glänzender Kreis von Lepraforschern, ca. 200 Teilnehmer, mit dem greisen Sir Jonathan Hutchinson an der Spitze, die sich hier vereinigt hatten. Leider waren zwei bedeutende Gelehrte am Erscheinen verhindert, Prof. Robert Koch und Prof. Neisser. Russland war gut vertreten, ausser Prof. T. P. Pawlow und meiner Wenigkeit, waren anwesend: Prof. Dehio aus Dorpat mit einem Assistenten, sowie eine Reihe von Leitern der Leprosorien in Russland und zwar Dr. Kupffer aus Kuda (Estland), Dr. Kiwull aus Wenden, Dr. Biehler aus Riga, Dr. Sadikow aus Talsen und Dr. Hübner aus dem Lepraasyl Alexandrijsk im Kuban-Gebiet, ferner noch Dr. Seraphim aus Mitau, Dr. Prismann aus Libau und der Landarzt Dr. Prochorow aus Jamburg.

Die Organisation der Conferenz lag in den Händen des Leiters des Bergenschen Leprosoriums Dr. Lie, der seine Aufgabe glänzend gelöst hat. Schon im Mai erhielten die Delegierten das genaue Programm, sowie Fahrscheine für alle norwegischen und dänischen Eisenbahnen, und am Vorabend der Conferenz in den schönen Räumen des Grand Café war Dr. Lie unermüdlich tätig, die Gäste zu begrüssen und mit allen nötigen Auskünften zu versehen.

Die Sitzungen fanden in einem Club statt, dessen Räume nur für die Zeit der Conferenz zur Verfügung standen und wo auch die zwei Festmahle stattfanden, die uns die Stadt Bergen und die Aerzte Norwegens boten. Die Eröffnungsfeier war schlicht und kurz. Nachdem A. Hansen die Conferenz mit einer Ansprache in deutscher Sprache eröffnet, ergriff der König das Wort, um die Gäste in einer schwungvollen französischen Rede zu begrüssen. Im Namen sämtlicher Delegierten antwortete der Geheime Ober-Medicinalrat Prof.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kirchner aus Berlin, worauf man sofort zur Arbeit schritt und Hutchinson zum Ehrenpräsidenten erwählte.

I. Sitzung.

Als erster sprach Prof. Kirchner über die Schutzmassregeln gegen die Lepra seit 1897 in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten. Seit 1848, wo der erste Fall von Lepra im Kreise Memel beobachtet worden (wahrscheinlich aus Russland eingeschleppt), sind bis 1908 in Ostpreussen im Ganzen 77 Personen leprös geworden, davon waren bis Ende 1908 61 gestorben. Von den 16 noch Lebenden sind 11 in dem 1899 eröffneten Lepraheim untergebracht. Ausserdem sind seit 1897 noch 22 Lepröse beobachtet worden, die Alle aus den Tropen nach Deutschland gekommen, ausser 3, die wahrscheinlich in Russland inficiert worden, 9 davon sind gestorben und 8 wieder ausgewandert. K. constatiert, dass der Lepraherd in Ostpreussen bereits im Abnehmen begriffen ist. Bemerkenswert ist die Massregel, dass die Kreisärzte 2 Mal jährlich sämtliche Familien, aus denen Lepröse stammen, zu besichtigen haben.

Dann folgte der Vortrag von Jeanselme (Paris) über die Lepra in Frankreich und in den Kolonien. Meist handelt es sich um Kranke, die aus den Kolonien leprös heimgekehrt sind, doch hat Frankreich noch einen Herd im Süden in den See-Alpen und der Umgegend von Nizza. J. tritt warm für die Massregel ein, dass die Emigranten in den Kolonien sanitär zu beaufsichtigen sind, ebenso wie die Vagabunden. Ausserdem sollten den Leprösen alle Gewerbe und der Verkauf von Nahrungsmitteln verboten werden. Asyle besitzt Frankreich noch nicht.

Hierauf folgte der Vortrag des Schreibers dieses Berichtes „über die 15-jährige Wirksamkeit der Kolonie Krutyje Rutschji (im Kreise Jamburg, Gouv. St. Petersburg) der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouv. Petersburg. Aufgenommen wurden in der gegenwärtig ca. 100 Betten fassenden Kolonie 285, davon verstarben 119 und verblieben zum 1. Januar 1909 74. Aus dem Gouvernement Petersburg stammten 137, davon allein aus dem Kreise Jamburg 78, Kreis Gdow — 35, Kreis Peterhof — 12, Kreis Zarskoje Sselo — 8, sowie je 2 aus den Kreisen Neu-Ladoga und Luga. Der letztgenannte Kreis hatte von 1894—1906 keine Lepröse geliefert, erst 1907 erschien der erste und im folgenden Jahre der 2. Kranke. In den Kreisen Jamburg und Gdow macht sich bereits eine deutliche Abnahme der Leprösen bemerkbar. (Von 1894—1901 traten aus dem Jamburgschen Kreise in die Kolonie 58, von 1902—1908 nur 20 ein). Von den übrigen aus 44 verschiedenen Gouvernements stammenden Leprösen kamen die Meisten aus den Gouvernements Pskow (17), Cherson (20), Orel (8). Das Gouv. Moskau begann seit 1899 Lepröse zu liefern, bisher bereits — 10. Im Ganzen sind in den 15 Jahren durch die Mitglieder der Lepra-Gesellschaft und Staatssubsidien 273000 Rbl. gesammelt und davon 226138 Rbl. zum Bau und Unterhalt der Kolonie verausgabt. Ref. kommt zu dem Schlusse, dass private Wohltätigkeits-Vereine auf die Dauer den Kampf mit der Lepra nicht durchführen können, es muss dieses die Aufgabe des Staates sein. Ferner weist er darauf hin, dass die zweckentsprechendste Form der Leprosorien die Kolonien seien, die sich durchaus bewährt haben. Die gesunden Kinder der Leprösen müssen in besonderen Asylen, entfernt von der Kolonie, untergebracht werden, wie dieses auch im Gouv. Petersburg bereits durchgeführt wird. Diese Ansicht wurde von der Conferenz einstimmig acceptiert.

Hierauf folgte die Mitteilung des Dr. Kobler aus Sarajewo über den Stand der Lepra in Bosnien und Herzegowina, wo dank den Massregeln die Krankheit abnimmt. Bemerkenswert ist, dass von 393 Leprösen 374 der Landbevölkerung angehören. Von den Juden war kein Einziger an Lepra erkrankt.

Von grossem Interesse war der Vortrag des Prof. Kitasato über die Lepra in Japan, wo man 1908 nach der Statistik des Ministeriums des Innern ca. 40000 Lepröse zählte, während 1897 die Zahl nur 23000 betrug, in 8 Jahren also eine Zunahme von 17000 Kranken. Dass diese Zahlen nicht zu hoch gegriffen, zeigte eine Tabelle über die wegen Lepra zurückgewiesenen Rekruten. Dieselbe betrug 1903 — 422, 1905 — 526, und 1907 — 430, im Ganzen in 5 Jahren — 2298! K's Impfversuche sind bisher erfolglos geblieben, nur ist es ihm bei einem Orang-Utan gelungen, durch Impfung der Cornea Geschwüre und Knötchenbildung an derselben zu erzeugen, doch ist die Beobachtung noch nicht abgeschlossen. Bezüglich der Frage, ob bei der Leprauebertragung die Ratten eine Rolle spielen, teilte K. mit, dass er 4000 Ratten untersucht, jedoch nur bei 3 Bacillen gefunden, die man für Leprabacillen ansprechen könnte.

Ferner sprachen noch Jaquet über die Lepra in Kongo, Brinkerhoff (Hawaii) über die Verbreitung der Seuche in Amerika, wobei die Emigranten namentlich aus China eine Rolle spielen, Raynaud, über Lepra in Algier und zum Schluss brach Hutchinson wiederum eine Lanze für seine Fischtheorie; d. h. für die Uebertragung der Leprabacillen durch Fischnahrung, doch fand er keinen Anklang. Nur Prof. Sticker (Bonn) teilte mit, dass er soeben in Bergen bei einigen Fischen mit Augenerkrankungen Bacillen gefunden habe, die sich ähnlich wie die Leprabacillen färben liessen.

II. Sitzung am 4./17. August vormittags.

Dieselbe wurde durch einen höchst interessanten Vortrag Prof. Dehios „über die Verbreitungswege der Lepra" eröffnet. D. zeigte an der Hand einer Karte, auf welcher der Wohnort von 937 Leprösen in Livland notiert war, wie es sich um Gruppenerkrankungen handelt und man die Ausbreitung durch Uebertragung von Familie zu Familie verfolgen kann. Dann folgte Dr. Ehlers (Kopenhagen) mit einem längeren Vortrage, in welchem er die Resultate seiner gemeinsam mit Dr. Bourret auf den Antillen unternommenen Forschung über die Rolle der Insecten bei der Ausbreitung der Lepra darlegte, doch sind sie zu keinen positiven Schlüssen gekommen. Die nächsten Vorträge behandelten die Frage der Heredität der Lepra, deren Bedeutungslosigkeit in ausführlicher Weise Prof. Dühring (Dresden) darlegte, und dieses wurde auch von Sand (Drontheim) auf Grund 35-jähriger Beobachtungen bestätigt.

III. Sitzung am 4./17. August nachmittags.

Dr. Brocq gab einen Ueberblick über die Diagnostik der Lepra, ohne wesentlich Neues zu bieten, denn seine neue Methode durch leichtes Abkratzen der Haut (Grattage) und die darauf folgende verschiedenartige Reaction Schlüsse zu ziehen, ist zum mindesten noch zu wenig ausgearbeitet.

Interessanter war der Vortrag Moreiras (Rio de Janeiro) über Psychosen bei Leprösen. Es gibt ganz ohne Zweifel häufig cerebrale Erkrankung leprösen Ursprunges bei den Leprösen, wie dieses auch schon in Russland vor einer Reihe von Jahren von Prof. P. Kowalewski beobachtet worden.

Falcas (Lissabon) machte Mitteilung über lepröse Initialveränderungen, namentlich an

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Nasenschleimhaut, die sich einige Monate hält, und dann erst treten die Erscheinungen auf der Haut auf. Dieses bestätigte auch Beurmann (Paris), fügte jedoch hinzu, dass er Initialerscheinungen auch an der Stirn und namentlich an den Füssen von Eingeborenen in Tonking gesehen habe, die stets barfuss gehen.

Die Frage, ob die Leprabacillen sich in der Erde weiter entwickeln können, studiert gegenwärtig Prof. C. Borck (Kristiania), doch hat er bisher keine positiven Resultate bekommen. Dehio und Lie betonen die Uebertragung der Lepra von Person zu Person bei langdauerndem, engem Zusammenwohnen und messen der mittelbaren Uebertragung keine Bedeutung zu. Energisch trat Kirchner ebenfalls für die Uebertragung von Person zu Person ein. Man soll sich durch die Theorien des Einflusses von Boden, Nahrung, Zwischenwirte nicht von der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass der Leprabacillus der Erreger der Krankheit ist, abbringen lassen. Woher komme denn sonst die grössere Ansteckungsfähigkeit der tuberösen und die geringe der maculo-anästhetischen Form der Lepra.

IV. Sitzung am 5./18. August vormittags.

Dieselbe war der wichtigen Frage der Lepratherapie gewidmet und zeichnete sich durch lebhafte Discussion aus. Vor Allem handelte es sich darum, festzustellen, wie weit das von Deycke eingeführte Mittel Nastin Resultate gegeben hat.

Deycke berichtete über seine im Verlaufe von 5 Monaten in der Leprosorie von Britisch-Guayana gemachten Beobachtungen. Das Nastin stellt ein Product eines Mikroorganismus (Streptotithrix leproides) dar, der sich in den Geschwüren zerfallener Lepraknoten findet, gehört zu den neutralen Fetten und besitzt bacteriolytische Eigenschaften. Deycke hat 111 Lepröse behandelt, die Injectionen waren schmerzhaft, riefen aber nur selten Temperaturerhöhungen hervor. Da der Körper sich an das Mittel gewöhnt, muss man alle 2—3 Monate eine längere Pause machen. Bei 90 % der Kranken hat D. eine Besserung constatieren können, bei 6 Pat. war keinerlei Wirkung und bei 5 eine Verschlimmerung des Leidens eingetreten.

Biehler (Riga) hat das Nastin bei 32 Pat. angewandt und wohl auch Besserungen erzielt, rät jedoch zur Vorsicht und Auswahl der Kranken. Bei schwachen Kranken warnt er vor Nastin.

Kiwull (Wenden) hat auch Besserungen erzielt, in einem Falle wurde jedoch Pat. kachektisch. Das Endresultat war, dass man wohl Besserungen erzielen kann, jedoch bei der Anwendung grosse Vorsicht nötig sei. Ich wies darauf hin, dass das Nastin sehr teuer und daher die Anwendung in grösseren Anstalten schon aus diesen Gründen auf Schwierigkeiten stösst, zumal Ol. Gynocardiae wie auch Natrium Salicylicum ebenfals Besserungen geben, von grösster Wichtigkeit seien bei der Lepra gute hygienische Verhältnisse und kräftige Nahrung. Ich constatierte, dass wiederholt in der Discussion von Heilung gesprochen worden, und proponierte die Lepra als eine heilbare Krankheit anzusehen und daher in den Leprosorien das grösste Gewicht auf die Therapie der Kranken zu legen.

Engel-Bey (Egypten) berichtet über seine Versuche mit Antileprol, welches von der Firma Bayer u. Co. aus Ol. gynocardiae hergestellt, besser vertragen wird. Bei 40 Pat. hat E. ebenfalls Besserungen erzielt, nachdem er einige Jahre lang Dosen von 0,5—1,0 verordnet.

Dr. Beurmann (Paris) teilte darauf seine Beobachtungen über Leprolin mit, welches Rost aus angeblich erhaltenen Leprabacillenculturen durch Filtration hergestellt und das analog dem Tuberculin injiciert wird. B. injicierte zu 10 Cm. und bekam sowohl Temperaturerhöhung wie auch örtliche Reaction. Er will eine Krankenpflegerin, die leprös war, durch 75 Injectionen geheilt haben.

V. Sitzung am 5./18. August nachmittags.

Dieselbe war der pathologischen Anatomie und der Serodiagnostik der Lepra gewidmet.

Mac Lead (London) wies darauf hin, dass die seit 1897 erschienenen zahlreichen Arbeiten stets die Anschauung bestätigen, dass der Hansensche Bacillus der Erreger der Lepra ist, jedoch sind bisher alle Versuche, ihn zu cultivieren, ebenso erfolglos geblieben wie die Herstellung eines Serums zu therapeutischen Zwecken. In den Geweben bringen die Bacillen infectiöse Granulome hervor. In dem Sperma sind niemals Bacillen gefunden worden.

Die Frage nach der Invasionspforte lässt sich dahin beantworten, dass wohl sehr häufig Continuitätstrennungen der Nasenschleimhaut die Leprabacillen aufnehmen und sich Geschwüre bilden, von denen aus die Allgemeininfection stattfindet. Specifische Veränderungen an der Infectionsstelle bilden sich nicht, daher lässt sie sich schwer feststellen, im Gegensatz zu Syphilis und Tuberculose, doch hält M. es für möglich, dass eine Infection per coitum stattfinden kann, wenn am penis Geschwüre und gleichzeitig an den weiblichen Genitalien Excoriationen vorhanden sind.

Arning berichtete über seine weiteren Beobachtungen an leprösen Nerven, in denen er wiederum necrotische Processe gefunden. Bezüglich der Färbung der Leprabacillen macht er darauf aufmerksam, dass beim Färben nach Gram, wenn man die Präparate 48 Stunden in der Farblösung liegen lässt, in denselben Bacillen nachweisen kann, wo Ziehl-Neelsen negative Resultate gegeben.

Harbitz (Cristiania) demonstrierte sehr instructive Präparate von Knochen und Gelenken Lepröser.

Zur Serodiagnostik bei Lepra gab Dr. G. Meier (Berlin) einen ausführlichen Bericht über seine gemeinsam mit Dr. Lie in Bergen angestellten Versuche. Sie fanden, dass Leprasera häufig dieselbe Complementbindungsreaction geben, wie Syphilissera, jedoch nur bei der tuberösen Form (70 %) und zwar sowohl mit wässrigem Extract aus der Leber eines luetischen Foetus, wie auch mit alcoholischem Extract aus normaler Leber und Meerschweinchenherz. Eine Erklärung dafür steht jedoch noch aus, Verf. constatieren nur die Tatsache.

Dr. Biehler hat in Riga gemeinsam mit Dr. J. Eliasberg ebenfalls Complementablenkungsversuche an 52 Leprösen der Leprosorie angestellt, wobei von 26 Pat. mit L. nodosa 20 positiv reagierten, während von 26 Pat. mit L. maculo-anästhetica nur 3 positiv reagierten. Von den 6 tuberösen Leprapatienten waren 5 längere Zeit mit Nastin behandelt, wobei alle sichtbaren Erscheinungen geschwunden waren.

Die Resultate stimmen mit den von Dr. Maslakowez an einer Reihe von Leprösen der Jamburgschen Kolonie angestellten vollkommen überein.

Zum Schluss sprach Dr. Prochorow (Jamburg) über die Identität der Lepra von heute mit der Lepra des Altertums.

VI. Sitzung am 6./19. August.

Prof. Robert Koch: Vortrag über Bekämpfung der Lepra fiel aus und wird in den Verhandlungen abgedruckt werden.

Der Generalarzt Dr. Wise (Washington) besprach die Massregeln Amerikas und betonte namentlich die Ueberwachung der Emigranten, die nicht ans Land gelassen werden, sobald sie als leprös erkannt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. E. Hübert (Kaukasus) hob die Notwendigkeit der Isolierung der Leprösen in besonderen Asylen als einziges sicheres Mittel hervor, auf Grund längerer Erfahrung als Leiter der Leprosorie Alexandrijsk im Terek-Gebiet, betonte, dass unter Umständen auch Patienten mit Lepra maculo-nervosa als Ansteckungsverbreiter constatiert worden und daher müssen auch diese isoliert werden.

Zum Schluss gab der Director des Norwegischen Medicinalwesens, Dr. Holmboe eine Uebersicht über die Geschichte der Lepra in Norwegen und zeigte, welche günstige Resultate die Isolierung gegeben. Von 2833 Leprösen im Jahre 1856 ist die Zahl derselben im Jahre 1907 bis auf 438 gefallen, obgleich ich in Bergen noch einzelne Leprösе im Asyl gesehen, die vor 62 und 68 Jahren erkrankt und dort noch leben, obgleich seit Jahren keine Symptome mehr vorhanden sind.

Dann folgte eine lebhafte Discussion über die aus den Verhandlungen zu ziehenden Schlussfolgerungen, die einstimmig in folgender Fassung angenommen wurden:

Vorschläge, angenommen von der II. internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz, Bergen, 1909.

I. Die II. internationale wissenschaftliche Lepra-Conferenz hält noch heute in allen Puncten an der von der I. in Berlin 1897 stattgehabten Conferenz gefassten Beschlüssen fest.

Der Aussatz ist eine von Mensch auf Mensch übertragbare Krankheit, gleichgültig auf welche Weise diese Uebertragung auch stattfindet.

Kein Land, welche geographische Lage es auch immer haben mag, ist sicher gegen diese Uebertragung.

Es ist daher ratsam, geeignete Schutzmassregeln gegen die Möglichkeit einer Uebertragung zu ergreifen.

II. Im Hinblick auf die günstigen Ergebnisse, die in Deutschland, Island, Norwegen und Schweden erzielt worden sind, ist es wünschenswert, dass die befallenen Länder zur Isolierung der Aussätzigen schreiten.

III. Es ist wünschenswert, dass Leprakranke von dem Betriebe solcher Gewerbe ferngehalten werden, welche für die Uebertragung der Lepra besonders gefährlich sind.

Unter allen Umständen aber und in allen Ländern ist die strenge Isolierung aller leprösen Bettler und Vagabunden unerlässlich.

IV. Es ist dringend wünschenswert, dass die gesunden Kinder von Aussätzigen sobald als möglich ihren leprösen Eltern entzogen, in Beobachtung genommen und darin behalten werden.

V. Diejenigen Personen, welche die Wohnung mit Aussätzigen teilen oder geteilt haben, müssen von Zeit zu Zeit durch genügend vorgebildete Aerzte untersucht werden.

VI. Alle Theorien über die Aetiologie und Weiterverbreitung des Aussatzes müssen sorgfältig daraufhin geprüft werden, ob sie sich mit unseren Kenntnissen über die Natur und die Lebensbedingungen des Lepra-Bacillus vereinigen lassen.

Es ist ferner wünschenswert, dass die Frage der Uebertragbarkeit des Aussatzes durch Insecten aufgeklärt, und dass auch die Existenz dem Aussatz ähnlicher Erkrankungen bei Tieren (Ratten etc.) studiert werde.

VII. Das klinische Studium des Aussatzes berechtigt zu der Annahme, dass die Krankheit nicht unheilbar ist. Wir besitzen aber zur Zeit noch kein sicheres Heilmittel; deshalb ist es besonders wünschenswert, dass man fortfährt, eifrigst nach einem specifischen Heilmittel zu forschen.

Zum Schluss der Sitzung sprachen die Vertreter der verschiedenen Länder der Norwegischen Regierung und dem Organisationscomitee ihren Dank für die Conferenz aus, welche reiches Material und wichtige Resultate für die Leprafrage geboten.

Die Frage, wo und wann die III. internationale Lepra-Conferenz stattfinden solle, wurde offen gelassen, obgleich eine officielle Einladung der österreichisch-ungarischen Regierung vorlag, die nächste Conferenz in Sarajewo in Bosnien abzuhalten. Vielfach wurde der Wunsch ausgesprochen, das nächste Mal in Russland zusammenzukommen. Ref. dankte im Namen der Collegen aus Russland und betonte, dass die Aerzte Russlands mit der grössten Freude dem Wunsche entgegenkommen und die entsprechenden Schritte dazu unternehmen werden.

Entstehung und Heilung der acuten Gonorrhoe (des acuten Stadiums).

Von

Dr. B. Weinberg, Riga.

Der Gonococcus ist als Krankheitsursache der Gonorrhoe anerkannt. Die acute Gonorrhoe entsteht dadurch, dass die Gonococcen in die Continuität (Epithel und Bindegewebe) der Harnröhrenschleimhaut eindringen und eine Entzündung hervorrufen. Es ist ja begreiflich, dass das Eindringen der Gonococcen in die Continuität eine Entzündung hervorrufen muss. Denn der eingedrungene Gonococcus reizt als Fremdkörper, er reizt ferner durch seine Virulenz; ausserdem reizt er auch traumatisch, indem er die Festigkeit des Epithels stört. Diese Störung wird auch unterstützt durch die gleich darauf erfolgende Emigration der Leukocyten, weil durch die letzteren das Epithel aufgewühlt und in Schollen abgehoben wird. Die Entzündung ihrerseits bewerkstelligt mittelst des Serums und der Leukocyten die Heilung der Gonorrhoe, indem die Gonococcen in der Gewebscontinuität vom Serum zuerst geschädigt (Buchner) und nachher von Leukocyten aufgenommen (Phagocytose von Metschnikow) und durch dieselben aus der Gewebscontinuität der Schleimhaut eliminiert werden.

Um uns zu überzeugen, dass das Eindringen und die Elimination der Gonococcen tatsächlich so vor sich geht, wie wir das eben geschildert haben, wollen wir anatomisch Folgendes nachweisen:

1. Das Eindringen der Gonococcen in die Continuität des Epithels und Bindegewebes.

2. Dass die Gonococcen in der Continuität mit den Leukocyten sich vereinigen.

3. Dass die Gonococcen aus der Continuität mittelst der Leukocyten eliminiert werden und dann als intracellulare Gonococcen im Trippereiter bleiben.

4. Dass nach dem acuten Stadium keine Gonococcen im Gewebe zurückbleiben.

Ad. 1. Das Eindringen der Gonococcen in die Continuität lässt sich nachweisen: a) durch die anatomischen Arbeiten Fingers, Schlangenhaufers und Ghons, welche bei der Section 3 Tage nach der Infection im Bindegewebe und Epithel Gonococcen gefunden haben. Die Letzteren waren sowohl frei im Gewebe als auch in den Leukocyten eingeschlossen; b) ferner durch die anatomischen Arbeiten Bumms an der Blennorrhoea conjunctivae neonatorum. Da war ungefähr derselbe anatomische Befund (Finger).

Ad. 2. Die Vereinigung der Gonococcen mit den Leukocyten in der Continuität lässt sich nachweisen: a) durch die anatomischen Arbeiten Toutons (1889), Fabrys (1891) und Frischs (1892), die in Schnitten von

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

paraurethraler und rectaler Gonorrhoe mit Gonococcen beladene Eiterzellen gefunden haben. (Finger). b) Durch die anatomischen Forschungen Fingers, der im Bindegewebe und Epithel die Vereinigung von Gonococcen und Leukocyten gefunden hat. b) Dasselbe ungefähr, wie in Fingers Arbeiten, fand sich auch in den anatomischen Forschungen Bumms an der Blennorrhoea conjunctivae neonatorum.

Ad. 3. Die Elimination der Gonococcen aus der Continuität mittelst der Leukocyten beweist a) der Umstand, dass bei den anatomischen Arbeiten (Finger, Bumm) die intracellularen Gonococcen sowohl im Bindegewebe, als auch im Epithel gleichzeitig zu finden waren; dies beweist, dass die Leukocyten mit den Gonococcen beladen aus dem Bindegewebe ins Epithel emigriert sind. Wäre die Vereinigung bereits vorher im Epithel passiert, so könnten die Gonococcen ins Bindegewebe garnicht hineinwuchern, denn sie wären bereits vom Epithel aus direct zur Oberfläche eliminiert worden. b) Der Umstand ferner, dass Finger bei seinen anatomischen Arbeiten die intracellularen Gonococcen in grosser Anzahl auf der Epitheloberfläche gefunden hat, beweist, dass die Leukocyten mit den Gonococcen beladen aus dem Gewebe emigriert sind und dem Trippereiter sich beigemischt haben. Der Trippereiter fliesst dann ab zum Orificium externum. Bei mikroskopischer Untersuchung des frei abfliessenden Trippereiters im Stadium Floritionis findet man die Gonococcen fast nur in den Leukocyten eingeschlossen. Die manches Mal vorkommenden kleinen Häufchen freier Gonococcen stammen aus den geplatzten Leukocyten (Finger).

Ad. 4. Dass nach dem acuten Stadium keine Gonococcen im Gewebe nachbleiben, lässt sich beweisen: a) durch die Section Councilmanns. Er hatte nämlich 4 Wochen nach der Infection keine Gonococcen im Gewebe gefunden. Sie waren bloss noch auf der Oberfläche des Epithels (muss wohl Plattenepithel gemeint sein) und in den Drüsen (Max Joseph). b) Bumm sagt in seiner anatomischen Arbeit: „nach dem Process der Metaplasie (Ende des acuten und Anfang des Stadium decrementi) sind die Coccen aus dem Papillarkörper wohl mit Hilfe der Eiterzellen alle geschwunden, sie finden sich nur mehr in den obersten Partien der Epitheldecke." (Finger).

Aus diesen 2 letzteren anatomischen Befunden sieht man, dass nach dem acuten Stadium das Gewebe von den Gonococcen frei ist. Die Letzteren befinden sich nur auf der Oberfläche des mehrschichtigen Plattenepithels.

Alle diese anatomischen Befunde beweisen in grossen Zügen, dass die Entstehung und Heilung des acuten Stadiums der Gonorrhoe nach dem eingangs hier geschilderten Schema vor sich geht. — Aber es lassen sich Beweise auch für die einzelnen Teile dieses complicierten Vorganges anführen.

So können wir beispielsweise folgende klinische und anatomische Befunde dafür anführen, dass das Eindringen der Gonococcen in die Continuität tatsächlich eine Entzündung hervorruft:

1. Im Stadium Incubationis und Stadium Decrementi (Endstadium) befinden sich die Gonococcen auf dem Plattenepithel, weil sie in die Continuität durch das Plattenepithel nicht dringen können (Bumm). Und in diesen Stadien ist auch wirklich die Entzündung sehr gering.

2. Im Stadium Floritionis dagegen dringen nachgewiesenermassen die Gonococcen durch das Cylinderepithel bis in die obere Lage des Bindegewebes (Bumm, Finger), und die Entzündung ist hier dementsprechend sehr heftig.

3. Ferner ist es anatomisch nachgewiesen, dass ins Bindegewebe in der Umgebung der Drüsenmündungen mehr Gonococcen eindringen als ins Bindegewebe der freien Fläche (Finger), und wir haben auch im perifolliculären Gewebe eine stärkere Entzündung (d. h. mehr Leukocyten) als im Bindegewebe der freien Fläche. Diese drei Befunde beweisen, dass das Eindringen der Gonococcen in die Continuität eine Entzündung hervorruft. Ebenso lässt sich nachweisen, dass die Entzündung mittelst ihrer Bestandteile (Leukocyten und Serum) die Gonococcen aus der Continuität eliminiert.

Dass die Leukocyten mit den Gonococcen sich vereinigen und mit denselben beladen aus der Continuität zur Epitheloberfläche emigrieren, ist schon aus den eingangs erwähnten anatomischen Befunden zur Genüge ersichtlich. Es lässt sich aber nachweisen, dass im acuten Stadium der Gonorrhoe auch das Serum auf die Gonococcen einen schädigenden Einfluss ausübt. Man sieht nämlich, dass bei der Entstehung der Gonorrhoe die Gonococcen wohl durch das trockene Cylinderepithel ungehindert durchwuchern, nicht aber durch das saftreiche Bindegewebe, wo sie bereits in der obersten Schicht stecken bleiben, unvermögend in die tieferen Lagen zu dringen, weil sie in der obersten Schicht vom Serum bereits geschädigt sind, weshalb schon daselbst die Phagocytose ermöglicht wird. (NB. Wenn erst die Imbibition der durch Wucherung der Gonococcen und Emigration der Leukocyten erweiterten interepithelialen Gänge eingetreten ist, dann findet die Phagocytose auch im Epithel selbst statt, weil dann hier dieselben Verhältnisse entstehen, wie im Bindegewebe).

Somit haben wir klinische und anatomische Befunde angeführt, welche beweisen, dass durch Hineinwuchern der Gonococcen in die Continuität eine Entzündung erzeugt wird. Die Entzündung ihrerseits eliminiert mittelst ihrer Bestandteile die Gonococcen aus dem Gewebe. Wir gewinnen somit die Ueberzeugung, dass das Eindringen der Gonococcen in die Continuität die Veranlassung sowohl für die Entstehung als auch für die Heilung der Gonorrhoe abgibt. Der ganze Vorgang macht den Eindruck einer automatischen Vorrichtung. Es lässt sich aber nachweisen, dass die Vereinigung der Gonococcen mit den Leukocyten (Phagocytose) nur auf der Bactericidität der Entzündung den Gonococcen gegenüber beruht.

Referate.

Stephan Rebaudi. Hyperemesis gravidarum und Adrenalintherapie. Centralbl. f. Gynäkol. 1909. Nr. 44.

Verf. berichtet aus der Klinik von Bossi über einen Fall von Hyperemesis, bei welchem die Schwangere im III. Monat bereits so heruntergekommen war, dass zu einem künstlichen Abort geschritten werden sollte. Vorher wurde als letztes Mittel morgens und abends 10 Tropfen Adrenalin (1:1000 Parke Davis) gegeben neben Wasserklystieren von je 150 ccm. Schon am 2 Tage verschwand das unstillbare Erbrechen, so dass am 3 Tage etwas kalte Speise genommen und behalten wurde. Bei steigender Nahrungszufuhr verbesserte sich der Zustand der Pat. so, dass vom 11 Tage an nur 10 Tropfen Adrenalin täglich im Verlauf von 9 Tagen gegeben wurden. Die Schwangerschaft nahm einen guten Verlauf und es wurde ein ausgetragenes Kind geboren. Eine Erklärung für diese überraschende Wirkung des Adrenalins kann Verf. nicht geben und lässt die Frage offen. Entweder werden die Schwangerschaftsgifte neutralisiert oder der intime Metabolismus der Schwangeren reguliert oder auf die Centren der Nerven und des Muskelsystems, besonders des Magen-Darmcanals, tonisch eingewirkt. Jedenfalls empfiehlt der Verf. das Mittel zur Nachprüfung in geeigneten Fällen.

W. Beckmann.

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

M. Hofmeier. Zur Frage der Desinfection Kreissender. Centralblatt für Gynäkol. 1909. Nr. 43.

Krönig hat bekanntlich die Lehre von der «Selbstreinigung» der Scheide und der Asepsis des Geburtscanals durch seine Arbeiten zu begründen versucht. Er bekämpfte auch die Möglichkeit einer Selbstinfection, indem er behauptete, Keime, die während der Schwangerschaft in den Genitalcanal gelangten, könnten sich gar nicht lebenskräftig erhalten, um im Puerperium in Wirksamkeit zu treten. Hofmeier, der mit Ahlfeld und Kaltenbach eine Selbstinfection etc. zugegeben hat, constatiert jetzt eine Wandlung in den Anschauungen Krönigs, denen zufolge auch ohne jede Berührung der Geschlechtsteile der Gebärenden von seiten einer geburtsleitenden Person eine septische oder saprische Infection puerperaler Wunden zugegeben wird. Die autogene Infection wird also durch die in der Scheide und Vulva der Gebärenden vorhandenen Bacterien hervorgerufen. Die durch zahlreiche bacteriologische Arbeiten (Natvig, Wegelins, Schmidt) nachgewiesenen Bacterien brauchen aber noch lange nicht, selbst wenn es hämolytische Streptococcen sind, Puerperalprocesse hervorzurufen. Schmidt wies bei 54 normalen Wöchnerinnen hämolytische Streptococcen im Uterus nach, dadurch wird auch die bacterioskopische Diagnose einer Endometritis puerperalis unmöglich gemacht und ebensowenig darf die Diagnose «Puerperalfieber» durch den einmaligen Nachweis von Streptococcen im Uterus begründet werden. Krönig verlangt deshalb auch den Nachweis derselben in reichlichen Mengen an mehreren Tagen und einen gewissen Parallelismus zwischen den klinischen und bacterioskopischen Erscheinungen. Hofmeier glaubt dagegen, dass unter solchen Bedingungen die meisten Kliniker den bacterioskopischen Nachweis nicht mehr verwerten werden. Auf Grund dieser Befunde glaubt H., dass die Desinfection der äusseren Geschlechtsteile das Wesentliche sei, um diese Quelle der Gefahr auszuschliessen, wie wir sie am untersuchenden Finger stets auszuschliessen versuchen. Desinficierende Ausspülungen der Vagina macht er nur nach jeder Untersuchung. Dabei hat H. eine Morbidität von 9—10% gegen 20—25% in vielen modernen Kliniken. Hannes glaubt allerdings die Ausspülungen der Scheide hätten keinen Einfluss auf die Zahl der Wochenbetterkrankungen, wogegen Hofmeier durch Gegenüberstellen analoger Zahlen in den beiden Kliniken zu einem entgegengesetzten Schlusse kommt.

W. Beckmann.

Dr. Walther Pick: Die Therapie des Ekzems der Kinder. Wien. medicin. Wochenschrift 1909. Nr. 39.

Da das Ekzem der Säuglinge eine innige Beziehung zu Störungen des Stoffwechsels besitzt, so werden wir durch eine Beseitigung der letzteren eher zum Ziel gelangen als durch locale Massnahmen. Zuerst muss die Qualität und Quantität der Nahrung berücksichtigt und reguliert werden, oft genügt schon eine Einschränkung der Zahl der Mahlzeiten, und zwar bei reiner Milchnahrung dreistündige Intervalle, nicht mehr als 5 Mahlzeiten am Tage. Ist die Milch sehr fettreich, so muss sie verdünnt werden, die Brust nur dreimal täglich gereicht und dafür zwei Kohlehydratmahlzeiten (Kindermehl, Quakeroats etc.) eingeschoben werden. Häufig ist die Ursache zu frühes Abstillen und Darreichung der Erwachsenenkost, wovon besonders schwarzes Fleisch schädlich ist.

Ausser diesen rein diätetischen Vorschriften empfiehlt es sich, in jedem Falle ein Darmdesinficiens zu verabreichen. Das souveräne Mittel hierfür ist, besonders bei gleichzeitig bestehenden rachitischen Symptomen, der Lebertran, das wir in allen Fällen von Ekzem anwenden können; man verschreibt:

Rp. Ol. jecor. asell. 100,0
Phosphori 0,01.
MD. ad lagen. opac.
S. Täglich (morgens 10 Uhr) ein Kaffeelöffel.

Was die locale Therapie anbetrifft, so gibt es nur eine Form, bei welcher wir allein durch dieselbe zum Ziel kommen, nämlich das Ekzema intertrigo. Eine Salbe leistet in jedem Stadium des Ekzems gute Dienste, und zwar eine 1/2 pCt. Chrysarobinsalbe in folgender Zusammensetzung:

Rp. Lithargyr. 10,0
Ol. olivar. 40,0
Mf. unguent. adde Chrysarobin 0,5
MDS. Salbe.

Diese Salbe wird dick aufgetragen und der Verband nur morgens und abends gewechselt. Gewaschen wird nicht, die betreffenden Stellen werden mit Watte und Reismehl gereinigt.

Bei dem Ekzema crustosum des Gesichts und der Kopfhaut werden die auflagernden Krusten durch folgende Salbe entfernt.

Unguent-diachyl.
(sine oleo lavendul.) 80,0
Ol. jecor. asell. 20,0. MDS. Salbe.

Der Verband wird morgens und abends gewechselt und die Kopfhaut jeden zweiten oder dritten Tag mit warmem Wasser und Sapo kalin. gewaschen, um die Krusten schneller zu entfernen, Hat schliesslich das Ekzem die Form des Ekzema rubrum madidans angenommen, oder liegt von vorne herein ein Ekzema papulatum oder ein Ekzema squamosum vor, so lässt man einmal im Tage eine Einpinselung mit Ol. rusci mittelst eines Wattebäuschchens vornehmen und appliciert erst darüber die Salbe.

Bei dem trockenen oder schuppenden Ekzem des Gesichtes ist folgende Salbe anzuwenden:

Rp. Ung. sulfur. Wilk. 1,0
Ol. jecor. asell. 2,0
Zinc. oxyd.
Amyl. trit. aa 5,0
Vaselin q. s. u. f. pasta Mfp. DS. Salbe.

Für die Behandlung des Ekzems des Stammes und der Extremitäten gelten die gleichen Regeln.

Wird bei stark nässenden Ekzemen die Lebertran-Diachylonsalbe nicht vertragen, so ist nur eine völlig indifferente Therapie am Platze, und zwar wiederholt am Tage vorgenommene Einstreuungen, mit folgendem Puder:

Rp. Zinc. oxydat. 5,0
Talc. venet. 20,0
Amyl. tritic. 75,0 MDS. Puder.

Die sich bildende Kruste schützt die erkrankte Haut, die Entzündungserscheinungen gehen zurück, und meist nach einigen Tagen werden die Salben wieder vertragen.

Was das Badewasser anbetrifft, so muss dasselbe, wenn es reich an Salzen (hart) ist, durch Abkochen gemildert werden, noch besser ist dieses Abkochen mit Weizenkleie (ca. 2 Handvoll für 1 Bad). Seife braucht man nur 1—2 Mal in der Woche anzuwenden, und zwar eine Lanolinseife. Nach dem Bade werden die Kinder mit folgender Hautcrême eingerieben:

Hydrarg. praecip. alb. 1,0
Lanolini 40,0
Vaselini 100,0. DS. Hautcrême.

Die Crême wird mit weichen Leinenlappen wieder entfernt und hierauf Puder aufgestaubt. Natürlich ist sehr darauf zu achten, dass die Kinder nicht nass liegen. Als bester Ersatz der Leinenwindeln ist ganz weiches Filtrierpapier zu empfehlen, welches immer wieder erneuert wird und das Waschen der Windeln überhaupt überflüssig macht.

Fr. Mühlen.

Bücherbesprechungen.

Wilhelm Ostwald. Der Werdegang einer Wissenschaft. Sieben gemeinverständliche Vorträge aus der Geschichte der Chemie. 2. vermehrte und verbesserte Auflage der „Leitlinien der Chemie". X + 316 Seiten. Leipzig. Akademische Verlagsgesellshaft m. b. H. 1908.

In diesen Vorträgen bringt der Verf. die Entwickelungsgeschichte der wichtigsten Grundgedanken und Begriffe der Chemie in der ihm eigentümlichen geistreichen Weise zur Darstellung, die auch den Nichtspecialisten fesselt und ihn mit Interesse dem fliessenden Vortrag folgen lässt. Das Interesse des Lesers wird namentlich dadurch geweckt und erhalten, dass der Autor den Entwickelungsgang seiner Wissenschaft mehr von einem allgemein-philosophischen Gesichtspunct betrachtet, ohne zu sehr ins Detail der Erforschung der einzelnen Tatsachen und der successiven «Entdeckungen» einzugehen. Wir sehen hierbei, welche Wandlungen solche Begriffe, die sozusagen das Fundament der Chemie bilden, wie z. B. der Begriff der Elemente, im Laufe der Jahrhunderte erfahren hatben, und wie die Erforschung der Stoffe und die Versuche, ihnen durch verschiedene Manipulationen verschiedene Eigenschaften zu erteilen nicht nur zur Erkenntnis von Tatsachen geführt hat, die den aprioristischen Annahmen der Forscher nicht entsprachen, sondern auch Naturgesetze entdecken liess, die oft das Gegenteil von dem besagten, was den Ausgangspunct der Forschung bildete. Den reichen Inhalt des Buches hier auch nur andeutungsweise wiederzugeben, ist nicht möglich. Einem jeden, der sich für die Entwickelungsgeschichte der Wissenschaft überhaupt interessiert, wird die Lectüre des Ostwaldschen Buches

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

einen grossen Genuss bereiten und das Studium des Entwickelungsganges der Chemie auch für das Verstehen der allgemeinen Entwickelungsgeschichte der Wissenschaft von grossem Nutzen sein.

F. Dörbeck.

Dr. med. Boysen. Ueber die Structur und die Pathogenese der Gallensteine. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Th. Rovsing in Kopenhagen. Mit 2 Tafeln. 125 Seiten. Berlin. 1909. Verlag von S. Karger. Karlstrasse 15.

Verf. hat seine Untersuchungen an Gallensteinen angestellt, die nicht weniger als 200 Gallenblasen entstammten; ausserdem wurden noch einige Gallensteine von Ochsen untersucht. Die grösste Schwierigkeit bestand wohl in der Herstellung wirklich tauglicher Präparate. Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung seiner Methode, und es folgen die genauesten, bis ins Detail gehenden Schilderungen seiner Befunde, die sich nur schwer in den Rahmen eines kurzen Referats fassen lassen. Es seien nur einige Einzelheiten hervorgehoben: es kamen einmal Gallensteine zur Untersuchung, die mit einem Intervall von 2 Jahren ausgestossen worden waren. Die Structur war die gleiche, es hatte keine weitere Schichtenbildung stattgefunden. Höchstens war es zu centralen Erweichungen gekommen, so dass der letzte Stein in Bruchstücken abging. Es hatten sich aber auch schon in der ersten Masse von Steinen solche Bruchstücke gefunden. Auf dem Wege derartiger wiederholter Untersuchungen dürfte man viele wichtige Resultate erhalten über die Veränderungen von Steinen als Folge entzündlicher Vorgänge in der Gallenblase. Leichte Entzündungszustände befördern die Steinbildung, schwere bringen sie zum Stillstand. Durch centrale Erweichung können Gallensteine zerfallen und per vias naturales abgehen.

Die Literatur ist eingehend berücksichtigt und der Polemik ist ein weites Feld eingeräumt. Vor allem wendet Verf. sich gegen die Naunynsche Theorie der infectiös entzündlichen Entstehung von Gallensteinen; er gibt die Möglichkeit einer solchen Entstehung für gewisse Fälle zu, erklärt es aber auf Grund seiner Untersuchungen nur für unwahrscheinlich, dass diese Ursache die einzige sei. Es sei oft eine erbliche Diathese vorhanden, die Hand in Hand mit einem aseptischen Desquamations-Katarrh wirkt — ein Standpunct, den Prof. Rovsing in seinem Vorwort energisch unterstützt. Dagegen sei es ausser Frage gestellt, dass eine bacterielle Infection eine wesentliche Rolle bei der Entwickelung der Steine spielt.

E. Koch.

An die See. Reiseführer, Verkehrserleichterungen und Vergünstigungen für die Mitglieder des Deutschen Flotten-Vereins. 120 Seiten. Mit einer Karte der Nord- und Ostseebäder. Preis 20 Pfennig. Verlag des Deutschen Flottenvereins. Berlin. 1909.

Wenn auch das Büchlein speciell für die Mitglieder des Deutschen Flottenvereins, dem nur deutsche Reichsangehörige beitreten können, verfasst ist, so findet doch jedermann, der sich über die deutschen Ost- und Nordseebäder orientieren will, darin manche wertvolle Auskunft. Für Aerzte besteht die Bedeutung des Buches darin, dass ihm ein von dem bekannten Balneologen, Dr. A. Hennig-Königsberg-Cranz, verfasster Aufsatz beigegeben ist unter dem Titel «Die Sanatorien und Heilstätten in den Ost- und Nordseebädern». Hier finden sich genaue Angaben über Zweck, Charakter und Anlage der verschiedenen Sanatorien, sodass der practische Arzt hiernach eine Auswahl für seine Patienten treffen kann. Die beigefügte Karte trägt wesentlich zur Orientierung bei.

Fr. Dörbeck.

Dr. von Vogl, Generalstabsarzt z. D. Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Würtemberg, Bayern und Oesterreich und die Wehrfähigkeit der Jugend. München. 1909. J. F. Lehmanns Verlag.

Die vorliegende Arbeit untersucht mit viel Gründlichkeit und Sachkenntnis die territorialen und socialen Bedingungen, welche die mehr oder minder hohe Säuglingssterblichkeit in den genannten Ländern veranlassen. Die Untersuchungen nehmen Bezug auf die Wehrkraft (= Zahl der Wehrpflichtigen), Wehrfähigkeit (= Zahl der Tauglichen aus den Wehrpflichtigen) und Wehrtüchtigkeit (= Mass an Kraft und Gesundheit der Tauglichen), unter Vergleich mit den diesbezüglichen günstigeren Verhältnissen in Norddeutschland. Wenngleich nun auch die instructiven Voglschen Erhebungen vorwiegend locales Interesse haben, so enthalten sie dennoch mancherlei wertvolle Hinweise, die überall Beachtung verdienen und sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen lassen.

Die Säuglingssterblichkeit wird sicher vom Territorium (Boden und Klima) beeinflusst. Ebenso steht fest, dass «Stillen» die Sterblichkeit herabsetzt, «Nichtstillen» sie erhöht.

Die Ungunst des Territoriums im Flachland wird dem Säugling vermittelt: erstens durch eine minderwertige Körperconstitution der Eltern, von diesen im Territorium erworben und übertragen auf die Kinder als geminderte Lebens- und Widerstandskraft und zweitens durch eine, mit der Minderwertigkeit der Constitution verbundene, gänzlich oder teilweise aufgehobene Stillungsfähigkeit der Mutter.

Die Abstammung steht als Ursache des territorialen Hochstandes der Säugsterblichkeit an erster, die Ernährung an zweiter Stelle.

In der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wechselt die Rolle; hier steht die Umgestaltung der Ernährung obenan und dann folgt die Besserung der minderwertigen Constitution, der Abstammung. Sie beeinflusst deutlich den Stand der Wehrfähigkeit der Jugend.

Hohe Sterblichkeit, minderwertige Abstammung und unzweckmässige Ernährung halten also die Wehrkraft nieder; der Beruf beeinflusst sie dahin, dass Industrie und Gewerbe sie erhöhen, weil sie einer grösseren Menschenzahl Raum und Erwerb bieten. Der Herkunft der Wehrpflichtigen, d. h. ihrer Gebürtigkeit in Stadt oder Land, kommt hohe Bedeutung zu. Das Land hat überwiegend die höchste Wehrkraft und wird sie auf absehbare Zeit auch behalten. Der schlimme Einfluss der Städte durch Wohnung und Lebensweise verringert die Wehrkraft. Bezüglich der Wehrfähigkeit ist zu bedauern, dass die heutige Jugend meist noch nicht voll entwickelt in den Militärdienst eintritt, und dort, der vielen anderen Aufgaben wegen, wenig für ihre weitere Entwickelung getan werden kann, woher sie nur bedingt wehrtüchtig und vielen Anstrengungen, besonders grösseren Marschleistungen, oft nicht gewachsen ist. Die Anforderungen an die physische Leistungsfähigkeit sind noch im Steigen begriffen, woher man suchen muss, die Leistungsfähigkeit der Wehrpflichtigen zu erhöhen.

Ein dreifarbiges Kartogramm veranschaulicht schliesslich die geographische Lage der Säuglingssterblichkeit mit grosser Deutlichkeit.

Köcher.

Ingenieur E. Meltzer. Die Bedeutung des Typus der Hospitalbauten im Kampfe mit Infectionskrankheiten. Mit einem Vorwort von Professor Dr. med. D. A. Sokoloff. Deutsche und russische Ausgabe. St. Petersburg. 1909. Verlag von K. L. Ricker.

Meltzer geht in seinem Buche von der bekannten Tatsache aus, dass nicht wenige der wegen Krankheit ins Hospital eintretenden Patienten häufig daselbst noch mit einer zweiten Krankheit inficiert werden. Es wird nachgewiesen, dass die im Hospitale selber erfolgende Ansteckung eine unvermeidliche Folge der bisherigen unzweckmässigen Bauanlage der Hospitäler ist, die eine genügende Isolierung der Kranken von einander nicht ermöglicht, weil angefangen von den Räumen für Krankenaufnahme die Baulichkeiten keine strenge Sonderung der suspecten Kranken von anderen, also keine Sonderräume für Beobachtung und Behandlung darbieten. Sodann bedingt die beschränkte Zahl des Pflegepersonals der Krankenhäuser beständigen Verkehr aller Krankheitsformen untereinander, so dass Infectionen leicht in alle Hospitalräume übertragen werden können. Die beobachtete Durchschnittszahl solcher Infectionen beträgt nach Professor D. A. Sokoloff 8 Procent, steigt aber in einzelnen, selbst besser eingerichteten Krankenhäusern sogar bis auf 16 Procent.

Zur Abwendung dieses schweren Uebels empfiehlt nun Meltzer ein neues, von ihm erdachtes System von Hospitalbauten. Seine Vorschläge sind in der Tat neu, originell und erreichen ihren Zweck vollkommen. Dieser besteht in der absoluten individuellen Isolierung jedes einzelnen Kranken, vom Moment seines Eintritts ins Hospitalgebäude bis zu seiner Entlassung aus dem Krankenhause. Verfasser erläutert dies durch verschiedene Baupläne seines Systems in mehrfachen Modificationen und für verschiedene Bettenzahl und gibt dann Pläne mehrerer neuer, bereits functionierender Hospitäler in Oesterreich, Deutschland, Norwegen, Amerika und bei uns. Aus ihnen ist zu ersehen, dass sie alle die vom Verfasser angestrebte vollständige Isolierung der Kranken nicht ermöglichen, während das bei seinen eigenen Bautypen der Fall ist, wenn sie nur tatsächlich so durchgeführt werden, wie sie geplant sind. Nach Darlegung durch Text und Zeichnung erscheint dies vollkommen möglich. Anschläge der Baukosten nach unseren Preisen für gesonderte Pavillons, die der Krankenaufnahme, Krankenisolierung zum Beobachtungszweck und Krankenbehandlung dienen, sind dem Texte des Buches angefügt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ueber den Kostenpunct seiner Bautypen gibt Verfasser folgende Auskunft. Der Durchschnittspreis für ein Bett seiner verschiedenen Pavillonstypen stellt sich nicht höher als 1800 Rubel. Fügt man dem die weiteren Baukosten für alle Wirtschafts- und Nebengebäude der ganzen Hospitalanlage, nebst Honorar für den Architekten und das Aufsichtspersonal hinzu, so steigt natürlich die Ausgabe für den Bau. Schliesslich stellt sich der Baupreis des Ganzen, auf das einzelne Bett berechnet, auf 3000—3500 Rubel pro Bett; dabei ist dann aber auch die vollständige Isolierung der Kranken gesichert.

Erwägt man nun, dass dieser Preis bei uns die gewöhnliche Ausgabe für Hospitalbauten ohne jegliche Krankenisolierung kaum wesentlich übersteigt, ja hinter dem Preis mancher unserer neu errichteten Hospitäler sogar zurückbleibt, dann kann man die Baukosten nicht als Hindernis für derartige Hospitalanlagen betrachten. Wenn sich dann noch die Betriebskosten eines solchen Hospitals, selbst mit verstärktem Pflegepersonal, nur wenig höher stellen als bisher, wie Sokoloff in der Vorrede ausführt, so wären die materiellen Bedingungen für Hospitalbauten nach dem Meltzerschen System immerhin recht günstig.

Das Vorwort des Prof. Sokoloff stellt überhaupt eine dringende Empfehlung der Meltzerschen Vorschläge und ihre Rechtfertigung vom medicinischen Standpunct dar.

Kürzlich ist bei der Kinderklinik des hiesigen medicinischen Instituts für Frauen im Peter-Paul-Hospital, zum Gedächtnis an Professor Bystroff der Bau eines Pavillons nach Meltzers System vollendet, und dieses System soll nunmehr auch beim Neubau eines Pavillons für Infectionskrankheiten in Zarskoe-Selo zur Anwendung kommen.

Der klare Text des Meltzerschen Buches orientiert den Leser ausgiebig über die baulichen Erfordernisse und gibt eingehend Auskunft über die zum Zwecke der Desinfection von Aerzten und Pflegepersonal nötigen Vorrichtungen und Massnahmen. Diesbezüglich muss indes auf das Buch selber verwiesen werden, da es zuviel Raum beanspruchen würde, hier auf die Einzelnheiten näher einzugehen.

Die Ausstattung der russischen sowohl wie der deutschen Ausgabe des Buches ist eine vorzügliche. Druck, Papier und Zeichnungen lassen nichts zu wünschen übrig.

Da sich die Infectionen im Hospital selber unausgesetzt wiederholen, geben alljährlich tausende von Menschenleben unnütz an ihnen zu Grunde. Es ist deshalb unstreitig ein Verdienst Meltzers, diesen Misstand durch seine Arbeit in die richtige Beleuchtung gerückt und durchführbare Massnahmen zur Abstellung desselben angegeben zu haben, denn es handelt sich dabei um eine Sache von hoher gemeinnütziger und cultureller Bedeutung. Das Buch sei daher allen denen bestens empfohlen, die zur erspriesslichen Lösung dieser Frage beitragen wollen oder können.

Köcher.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1374. Sitzung am 11. Mai 1909.

Blessig hält seinen angekündigten Vortrag: Statistisches aus der St. Petersburger Augenheilanstalt für das Decennium 1899—1909. Vortragender gibt einige Daten aus dem zum Druck bestimmten statistischen Bericht der Anstalt für das Jahrzehnt 1899—1900 (Ambulanz, Station, Operationsbericht) und geht des Näheren auf die Statistik einiger Operationen ein.

Discussion:

Schmitz: Tritt nach dem Unterbinden der Tränencanälchen keine Verödung derselben ein?

Blessig: Nein, sie stellen sich wieder her.

Petersen: Wie steht es um die mikroskopische Untersuchung auf die neuerdings bei Trachom gefundenen Organismen? Auffallend ist die Abnahme der Blennorrhoe.

Blessig: Auf die neuen Trachomkörperchen ist nicht nachuntersucht worden, da es an Zeit und Arbeitskräften gebricht, um überhaupt die notwendigen bakterioskopischen Untersuchungen bei den Infectionen des Auges auszuführen. Nach Möglichkeit wird dies bei den Hornhautgeschwüren getan, da sich deren Prognose je nach der Art der verursachenden Mikroorganismen sehr verschieden gestaltet; so ist das Diplococcenulcus harmlos, während das Pneumococcenulcus sehr viel hartnäckiger ist. Beim Trachom ist es fraglich, ob die Körperchen wirklich die Krankheitserreger sind, vieles spricht dafür, dass das Trachom eine Mischinfection ist.—Die Blennorrhoe scheint im Abnehmen begriffen zu sein.

Kernig: Die Abnahme der Blennorrhoe erklärt sich aus der entschieden zunehmenden Reinlichkeit des niederen Volkes, welche auch in den grossen Stadthospitälern deutlich bemerkbar ist, vor allem in dem selteneren Vorkommen des Ungeziefers.

Germann: Die gonorrhoischen Erkrankungen des Auges sind notorisch zurückgegangen. — Die Iridektomie bei Glaukom wird überall jetzt seltener gemacht; man hat gelernt, die hoffnungslosen Fälle auszuscheiden und in den besseren Fällen sich nicht zu viel Hoffnungen auf Dauererfolge zu machen.— Für die Linsenextraction bei hochgradiger Myopie ist das sociale Verhältnis hauptsächlich massgebend, sowie der dringende Wunsch des Kranken, nicht nur das Resultat der augenärztlichen Untersuchung.—Für die Schieloperationen ist die Landoltsche Methode sehr empfehlenswert, d. h. die Vorlagerung der Sehne ohne Tenotomie; sie ist technisch wohl schwieriger als die Tenotomie, gewährt aber den grossen Vorteil, dass man ungemein dreist operieren kann, ohne eine Uebercorrection befürchten zu müssen, welche überhaupt hierbei ausgeschlossen ist.—Bei den Lidoperationen kommt es auf persönliches Geschick für eine gewisse Methode an, wodurch die Statistik dieser Operationsmethoden beeinflusst wird. Eine geschickte und gute Excision nach Snellen kann dasselbe leisten wie eine Transplantation. — Dasselbe gilt bezüglich der Tränensackexstirpation, welche nach Einführung des Adrenalins häufiger gemacht wird; sie ist nicht ganz einfach, heilt aber schnell und radical gegenüber den conservierenden Sondierungen.

Heuking: Sind in hiesiger Augenheilanstalt Schädigungen der Retina und des n. opticus durch Röntgenstrahlen beobachtet worden?

Blessig: Solche Schädigungen sind klinisch und experimentell bekannt. Birch-Hirschfeld fand degenerative Processe in der Retina, Linsentrübungen, bei neugeborenen Kaninchen entwickelte sich nach Röntgenisierung ein Schichtstar, die Conjunctivalgefässe zeigen Varicositäten. Klinisch ist es schwer zu entscheiden, ob solche Veränderungen wirklich durch die X-Strahlen bedingt sind, da sie sehr spät zur Beobachtung kommen. In der hiesigen Augenheilanstalt ist kein sicherer Fall beobachtet worden. In seiner Privatpraxis ist ein Fall vorgekommen, der vielleicht als Radiumschädigung aufzufassen ist; es handelte sich um einen Patienten mit Kapselstar, als dessen Ursache nur die Möglichkeit übrig blieb, dass Pat. in den Jahren vorher Radiumseancen beigewohnt hatte und dort intensiv belichtet worden war. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der Katarakt nach Blitzschlag, nach Insulten durch elektrischen Starkstrom; solche Fälle sind hier beobachtet worden.

Petersen: Nach meinem Material ist es unwahrscheinlich, dass Röntgenschädigungen erst nach einem Jahre auftreten. Wenn solche überhaupt auftreten, so zeigen sie sich schon nach zwei Wochen und können sich bis zu drei Monaten hinziehen.

Heuking: Die ophthalmologische Gesellschaft würde sich ein grosses Verdienst erwerben, wenn sie gegen die übermässige Lichtintensität der elektrischen Strassen- und vor den Magazinen angebrachten Reclamelampen protestieren und eine Norm für derartige Beleuchtung ausarbeiten würde.

Blessig: Die Technik selbst hat hier schon Remedur geschafft, jedenfalls ist sie bestrebt, bei intensiver Leuchtkraft die schädlichen ultravioletten Strahlen auszuschalten und die unschädlichen gelbroten zu bevorzugen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

1375. Sitzung am 21. September 1909.

Lingen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu einigen Organen. (Erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschrift).

Discussion:

Albanus berichtet über eine eigene Beobachtung, welche den Zusammenhang zwischen Ovarien und Thyreoidea illustriert. Nach Entfernung der Ovarien und des Uterus begann eine Hyposecretion der Thyreoidea, die Patientin wurde sehr fettleibig, an den Extremitäten bildete sich ein distales Oedem, der Kopf wurde nach vorne geneigt gehalten, der Gesichtsausdruck war schlaff, Pat. klagte über Herzbeschwerden. Der Gebrauch von Thyreoidin schien Nutzen zu bringen. Ferner erinnert er an den Vortrag von Kroug in unserem Verein, in welchem dieser das Auftreten von Paralysis agitans nach Entfernung der Ovarien erwähnte. — Weiter ist ihm ein Fall aus dem Obuchowhospital erinnerlich, wo bei Akromegalie und Hypophysistumor unregelmässige Menses beobachtet worden.

Lingen: In der Literatur habe ich keine Angaben über den Zusammenhang von Paralysis agitans mit den Ovarien gefunden. Menses kommen bei Akromegalie vor, doch ist Amenorrhoe vorherrschend.

Tiling: Nach vielfachen Schwangerschaften soll eine Vergrösserung der Hypophysis bestehen und während der einzel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nen Schwangerschaft soll sie auch immer vergrössert sein.— Für die Beziehungen zwischen Ovarien und Thyreoidea, beziehentlich zwischen Geschlechtsleben und Schilddrüse, ist die Tatsache interessant, dass schon vor ca. $1^1/_2$ Tausend Jahren durch gute Beobachtung ein solcher Zusammenhang bekannt war. In der Anatomie von Hyrtl findet sich das Citat aus dem römischen Satiriker Terenz, welcher die Mädchen und Frauen warnt, sich den Halsumfang messen zu lassen, wenn sie leichtsinnig gewesen sind.

Masing: Auch ihm ist noch aus dem Colleg über gerichtliche Medicin erinnerlich, dass Prof. Lamson auf die Vergrösserung der Schilddrüse nach Geschlechtsgenuss hinwies.— Bezüglich der Hypophysis berichtet er kurz über folgenden Fall: Ein sehr gut entwickeltes, nur sehr bleiches Kind bekam mit 6 Jahren die ersten Hirnerscheinungen. Es bestanden keine Zeichen von Akromegalie, zeitweise waren die Knochen sehr schmerzhaft; leichte Fieberbewegungen traten hin und wieder auf. Blutuntersuchungen waren negativ, jedenfalls ergaben sie nichts für Leukämie Charakteristisches. Kroug nahm bei fortschreitendem Hirndruck einen Ponstumor an. Die Section ergab einen Hypophysistumor. Die unheimliche Blässe konnte nur als von diesem Tumor abhängig gedeutet werden.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. September 1909.

Anwesend 41 Mitglieder und als Gäste Frau Dr. van Maarseveen und die Herren Böttcher, Keuchel, Saarfels.

Dr. M. Hirschberg demonstriert eine Moulage von einem Kinde, dass an Noma litt. Das Septum nasi ist vollständig zerstört.

Dr. P. Klemm demonstriert einen kleinen Patienten, der vor 6—8 Wochen ins Hospital des Roten Kreuzes eingeliefert wurde, nachdem er 3 Stunden vorher einen Schuss mit einem Tesching unterhalb des Nabels erhalten hatte. Es bestand eine leichte Auftreibung des Abdomens, die Leber war etwas hinaufgedrängt. Erbrechen und Schmerzen gering. Bei der Eröffnung floss eine stark stinkende, jauchige Flüssigkeit ab. Die Dünndarmschlingen erwiesen sich als verklebt und gebläht. Da sich 10 Schussöffnungen fanden, resecierte Vortragender ein Stück Darm von $^1/_3$ Meter Länge. Obwohl der Fall anfänglich ganz desolat erschien, ist doch vollständige Wiederherstellung erzielt worden. Dr. Klemm ist durchaus nicht der Ansicht, eine allgemeine Peritonitis geheilt zu haben. Da der obere Teil der Bauchhöhle frei war, könne nur von einer diffusen circumscripten Peritonitis die Rede sein. Diese müsse stets von einer diffusen allgemeinen getrennt werden.

Dr. L. Bornhaupt. Zum baltischen Aerztecongress hatte ich vor kurzem schon die Gelegenheit gehabt, meine Ansicht über die diffuse resp. allgemeine eitrige Peritonitis dahin zu äussern, dass nicht alle diffusen, d. h. nicht abgekapselten Bauchfellentzündungen auch zugleich allgemeine sind, mit anderen Worten, eine diffuse Peritonitis braucht sich nicht immer auf das Peritoneum der ganzen Bauchhöhle zu erstrecken, sondern es kann nur ein Teil des Abdomens erkrankt sein. Diejenigen Formen, die nur einen Teil der Bauchhöhle betreffen, haben bei der operativen Behandlung eine bessere Prognose als diejenigen, wo die ganze Bauchhöhle mit Eiter ausgefüllt ist, wo wir Eiter im kleinen Becken, in beiden Iliacalgegenden, unter der Leber, unter der Milz und unter dem Diaphragma finden. Leider werden aber in den meisten grösseren Statistiken der letzten Zeit die Fälle von diffuser, aber noch nicht totaler Peritonitis mit denjenigen von allgemeiner oder totaler zusammengeworfen, wodurch ein grosser Procentsatz von Heilungen zustande kommt, der bei der Behandlung wirklich totaler oder allgemeiner Bauchfellentzündungen entschieden nicht erreicht werden kann. Wenn auch die Tatsache, dass eine totale resp. allgemeine Peritonitis unter Umständen durch einen operativen Eingriff geheilt werden kann, als feststehend zu betrachten ist, so muss man sich beim genauen Studium der veröffentlichten Krankengeschichten davon überzeugen, dass in der Rubrik «allgemeine Peritonitis» Fälle bekannt gemacht worden sind, wo die Bauchfellentzündung wohl diffus war aber sich nicht auf das Peritoneum des ganzen Abdomens erstreckt hatte. Nimmt man nun diejenigen Fälle heraus, wo die Peritonitis wirklich allgemein oder total gewesen ist, so sinkt der Procentsatz der Heilungen nach Operation ganz beträchtlich.

Was die Frage der Behandlung anbetrifft, so ist auf die Methode des Vorgehens kaum ein besonderes Gewicht zu legen. Ob wir den Eiter aus der Bauchhöhle ausspülen oder ihn austupfen, ist ohne wesentliche Bedeutung; die Hauptsache ist, dass wir das Peritoneum soweit von der Infection befreien, dass es mit dem Rest der Infection allein fertig werden kann. Ich muss allerdings zugeben, dass bei den Formen von totaler oder allgemeiner Peritonitis die Spülmethode wohl die schonendere ist. In den Fällen, wo die Entzündung nur einen Teil der Bauchhöhle betrifft, muss man mit der Spülung vorsichtig sein, um nicht die Infectionsstoffe in die gesunde Partie des Peritoneums hineinzuspülen. Auch in der Frage der Nachbehandlung sind die Meinungen verschieden; die Einen drainieren lieber, die anderen sind mehr für die Tamponade. Wichtig ist, dass wir dem secernierenden Peritoneum einen rationellen Abfluss verschaffen, damit keine neuen Eiteransammlungen entstehen. Gelingt uns dieses, so werden die Kranken gesund, einerlei ob wir draienirt oder tamponiert haben.

(Autoreferat).

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Sonnabend, den 24. October, fand in den festlich geschmückten Räumen des Obuchowhospitals die Feier des 125-jährigen Jubiläums desselben statt. Nach einleitendem Festgottesdienst in der Kirche des Hospitals fand im Beisein einer grossen Anzahl von Gästen und Aerzten der Festactus statt. Nach Eröffnung der Sitzung durch das Stadthaupt Reszow, entwarf der Oberarzt Dr. A. Netschajew ein kurzes Bild der Geschichte des Hospitals in den letzten 25 Jahren, wobei er sowohl die administrativen als auch wissenschaftlichen Fortschritte würdigte. Aus dem wissenschaftlichen Leben des Hospitals sei nur kurz erwähnt, dass in den letzten 19 Jahren über 800 wissenschaftliche Publicationen in verschiedenen Sprachen veröffentlicht worden sind. — Darauf schilderte der Redner kurz, welche Neuerungen in administrativer Hinsicht durchgeführt, welche Neubauten und Erweiterungen vorgenommen werden konnten und welche Bestrebungen und Pläne der ärztlichen Leitung am Widerstande der Stadtverwaltung gescheitert sind. Ihm erwiderte das Stadthaupt, indem er nach kurzer historischer Einleitung und unter Hinweis auf die geleistete Arbeit des Hospitals das Verhältnis des letzteren zur Stadtverwaltung beleuchtete, waren es doch gerade am heutigen Tage 25 Jahre seit der Kompetenzunterstellung des Obuchowhospitals der Stadtverwaltung. An diese Rede schloss sich die Verlesung des Rechenschaftsberichts der am Obuchowhospital bestehenden Wohltätigkeitsgesellschaft, welche an Kleidungsstücken, Zahlungen für Beförderung in die Heimat und Unterstützungen an die Kranken die Summe von ca. 15000 Rbl. jährlich verabfolgt. Diese Summe wird aus freiwilligen Beiträgen, Spenden und den Zinsen eines grösseren Kapitals gebildet. Ferner verwaltet dieselbe Wohltätigsgesellschaft zwei Häuser im Werte von ca. 50000 Rbl., welche zur Unterbringung zweier Asyle dienen,

An den Festactus schloss sich eine photographische Aufnahme der Anwesenden und ein Gabelfrüstück an, bei welchem die Glückwunschdepeschen verlesen und eine Reihe ernster und heiterer Reden gehalten wurden.

— An der Militär-medicinischen Akademie hat der Professor der Zoologie, Dr. N. A. Cholodkowskij den Titel eines Professor emeritus erhalten, der Professor der Anatomie, Dr. J. E. Schawlowskij ist nach Ausdienung seiner 25-jährigen Dienstzeit auf weitere 5 Jahre im Amt belassen, der Professor Dr. A. A. Maximow ist zum ordentlichen Professor erwählt worden und Dr. W. P. Wojatschek hat die venia legendi als Privatdocent erhalten.

— Tomsk. Auf den vacanten Lehrstuhl der Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität zu Tomsk ist von der medicinischen Facultät der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. W. A. Muratow mit grosser Stimmenmehrheit erwählt. — In derselben Facultätssitzung wurde beschlossen, Prof. A. Kuljabko provisorisch mit dem Lehrauftrage für Pharmakologie zu betrauen, bis zur Ankunft des von der Facultät zum Professor der Pharmakologie erwählten Dr. Tschagowez.

— Nertschinsk. In der Nähe der Stadt soll ein Kumys-Curort gegründet werden. Gegenwärtig werden mehrere Häuser zur Unterkunft für Kranke gebaut, und zwar z. T grössere mit mehreren Wohnungen, z. T. kleinere Einzelhäuser. Es wird geplant, zur Verbindung mit der Stadt ein Motorboot auf einem Nebenfluss der Nertschá verkehren zu lassen. Die Umgegend von Nertschinsk besitzt grosse Weiden mit reichem Steppengras — wie das Gouvernement

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ufá, das durch seinen Kumysbetrieb bekannt ist — und ist durch seine windgeschützte Lage für einen Curort sehr geeignet. Es wird dies der erste derartige Curort im Transbaikalgebiet sein.

— In Charkow findet am 2.—11. Mai 1910 ein südrussischer Congress zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten statt.

— Der 3. internationale Congress für Schulhygiene soll am 20.—25. Juli (2.—7. August) d. J. in Paris stattfinden. Vorsitzender des russischen Comitees ist Prof. G. W. Chlopin, Schriftführer A. F. Nikitin.

— Der 2. internationale Congress für Gewerbekrankheiten findet im September 1910 in Brüssel statt.

— Königsberg. Am 1. November wurde der 100-jährige Gründungstag der Medicinischen Klinik durch einen Festact gefeiert, wobei Prof. Lichtheim einen Vortrag über die Geschichte der Klinik während dieses Zeitraums hielt.

— Die fünfzigjährige Doctorjubelfeier beging am 15 d. M. der Professor der Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Königsberg i. Pr., Geh. Med.-Rat Dr. med. Julius Caspary. Geheimrat Caspary steht im 73. Lebensjahre.

— München. Der ordentliche Professor der Anthropologie, Dr. phil. et med. Joh. Ranke ist zum Ehrenmitglied der Deutschen Anthropologischen Gesellschaft, der Director der psychiatrischen Klinik, Prof. Dr. E. Kraepelin — zum auswärtigen Mitglied der Kgl. Schwedischen Akademie der Wissenschaften und der ordentliche Professor der Orthopädie, Dr. F. Lange — zum correspondierenden Mitglied der Amerikanischen Orthopädischen Gesellschaft ernannt.

— Graz. Prof. Dr. O. Loewi, bisher Assistent am Pharmakologischen Institut in Wien, ist auf den vacanten Lehrstuhl der Pharmakologie berufen.

— Prag. Der Privatdocent, Dr. W. Wiechowski ist zum ausserordentlichen Professor der Pharmakologie an der deutschen Universität ernannt.

— Brüssel. Dr. Cocq ist zum Professor der Geburtshilfe ernannt.

— Chicago. Dr. H. G. Wells, Adjunct-Professor am Rush Medical College ist zum Professor der pathologischen Anatomie ernannt.

— Verbreitung der Pest. Britisch Ostindien. Vom 19. bis zum 25. September erkrankten 4567 Personen, starben 3595. Aegypten: vom 16. bis zum 22. October erkrankten 12 Personen.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich: vom 24. bis zum 30. October erkrankten in Ostpreussen 19 Personen. — Niederlande: vom 20. bis zum 26. October erkrankten und starben 2 Personen in Jaarsveld (Prov. Utrecht). — Belgien: vom 20, bis zum 26. October erkrankten 11, starben 6 Personen in Boom (Prov. Antwerpen). — Britisch Ostindien: in Calcutta starben vom 19. bis zum 25. September 10 Personen. — Niederländisch Indien: in Batavia starben vom 22. bis zum 29. September 219 Personen. — Korea: von Mitte Juli bis zum 1. October erkrankten 1368 Personen und starben 833.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 25. bis zum 31. Oct.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	48	(20)	6232	(2388)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	11	(9)	1338	(733)	27. »
» Archangelsk . .	—	(—)	744	(38)	13. Juni
» Estland . . .	—	(3)	89	(53)	5. Aug.
» Livland . . .	1	(1)	318	(170)	16. Juni
» Grodno	—	(—)	50	(27)	11. Sept.
» Witebsk . . .	3	(—)	3393	(1315)	16. Juni
» Kowno	—	(—)	152	(70)	9. Aug.
» Jaroslaw . . .	4	(1)	991	(518)	24. Juni
» Kostroma . . .	12	(7)	411	(201)	6. »
» Nishnij Nowgorod	1	(1)	283	(142)	30. »
» Ssamara . . .	—	(—)	552	(327)	4. Aug.
» Ssaratow . . .	—	(—)	81	(60)	4. »
» Astrachan . .	2	(1)	41	(25)	27. »
Stadt Baku	17	(5)	98	(49)	16. Sept.
Gouv. Nowgorod . . .	—	(—)	772	(379)	7. Juni
» Pskow	4	(—)	453	(175)	28. »
» Kiew	—	(1)	149	(66)	22. »
» Kursk	1	(—)	1	(—)	28. Oct.
» Woljinien . . .	—	(—)	1	(—)	18. »
» Ekaterinoslaw .	—	(—)	77	(36)	6. Sept.
» Poltawa . . .	2	(4)	235	(131)	22. Aug.
» Taurien. . . .	15	(8)	98	(50)	28. »
Stadt Wladiwostok .	4	(—)	147	(95)	4. Sept.
Im Ganzen	125	(61)	16759	(7049)	

— Die Cholera in St. Potersburg;

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 28. Oct.	des 29. Oct.	10	4	8	157
» 29. »	» 30. »	9	2	10	154
» 30. »	» 31. »	1	1	17	137
» 31. »	» 1. Nov.	6	1	6	136
» 1. Nov.	» 2. »	5	0	7	129
» 2. »	» 3. »	3	2	12	118
» 3. »	» 4. »	3	0	12	114

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 18. bis zum 24. Oct. 1909 618 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 41, Typh. exanth. 3, Febris recurrenz 5, Pocken 29, Windpocken 25, Masern 108, Scharlach 79, Diphtherie 76, Cholera 68, acut. Magen-Darmkatarrh 55, an anderen Infectionskrankheiten 29.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12076. Darunter Typhus abdominalis 233, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 27, Scharlach 278, Masern 89, Diphtherie 242, Pocken 160, Windpocken 5, Cholera 78, crupöse Pneumonie 114, Tuberculose 524, Influenza 183, Erysipel 119, Keuchhusten 19, Hautkrankheiten 76, Syphilis 566, venerische Krankheiten 436, acute Erkrankungen 2044, chronische Krankheiten 1535, chirurgische Krankheiten 1508, Geisteskrankheiten 3327, gynäkologische Krankheiten 238, Krankheiten des Wochenbetts 61, verschiedene andere Krankheiten 59.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 691 + 45 Totgeborene + 38 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 9, Typh. exanth. —, Febris recurr. —, Pocken 9, Masern 27, Scharlach 14, Diphtherie 18, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 20, katarrhalische Pneumonie 60, Erysipelas 9, Influenza 7, Pyämie und Septicaemie 9, Febris puerperalis 0, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 27, Dysenterie 1, Cholera 25, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 38, Alcoholismus 3, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 210.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) In Moskau am 18. October Dr. F. M. Nadeshdin, geb. 1881, Arzt seit 1908. 2) Am 22. October in Moskau Dr. N. P. Lebedew geb. 1874, Arzt seit 1900. 3) Am 25. Oct. in St. Petersburg Dr. S. M. Tichomirow, geb. 1847, Arzt seit 1872. 4) In Ossenziny (Gouv. Warschau) Dr. A. A. Baranowski, geb. 1830. 5) In Lelew (Gouv. Kjelzy) Dr. L. P. Stortz, geb. 1839. 6) In Kischinew Dr. F. J. Bugarewicz, geb. 1838, Arzt seit 1862. 7) In Kronstadt erschoss sich der Unterarzt des Nyslotschen Infanterieregiments, Dr. A. Popoff. 8) Dr. Mayet Professor der allgemeinen Pathologie an der medicinischen Facultät zu Lyon. 9) Dr. Axel O. Lindfors, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Upsala.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 10. Nov. 1909.

Tagesordnung: 1) Oeser: Ein operiertes Fibrom des Nasenrachenraums (Krankenvorstellung).
2) Fuhrmann: Zur Physiologie und Pathologie der Epithelkörper.
3) Lange: Die Behandlung der Kehlkopfstricturen mit circulärer Resection.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Nov. 1909.

Tagesordnung: Prof. Zeidler: Frühoperation bei Appendicitis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 46 St. Petersburg, den 14. (27.) November 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Bericht über die Leprakolonie Krutyje Rutschji im Gouvernement St. Petersburg während der Jahre 1894—1908.

Von

Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg.

I. Allgemeine Betrachtungen.

Wie bereits in meinen Berichten über die Lepra in Russland, die ich 1897 der I. internationalen Lepraconferenz, sowie 1904 dem internationaleu Dermatologencongress in Berlin vorgestellt, dargelegt, hat der Kampf mit der Lepra in Russland Anfang der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts begonnen und zwar in der Weise, dass sich Wohltätigkeitsvereine zur Bekämpfung der Lepra bildeten, zuerst in den Ostseeprovinzen und dann in St. Petersburg, die nach Massgabe ihrer Mittel, zum Teil von den Ritterschaften (in den Ostseeprovinzen), zum Teil von der Regierung unterstützt (Petersburg, Astrachan) zur Errichtung von Asylen, resp. Kolonien schritten. Nur in Sibirien, im Gouvernement Jakutsk, wurde eine Kolonie ausschliesslich von der Regierung eingerichtet.

Bei der Neuheit der Aufgabe galt es manche Schwierigkeit zu überwinden. Vor allem herrschte noch bei einem grossen Teil der Aerzte die Ansicht, dass die Lepra keine Infectionskrankheit sei, und diese Anschauung ist auch bis heute noch nicht von allen verlassen. Ferner besteht noch bei einer grossen Masse der Bewohner eine gewisse Angst vor Heilanstalten, besonders wenn es sich um einen längeren Aufenthalt handelt, und ausserdem macht ein gewisser Fatalismus die Leute unempfindlich gegen die Frage der Erkrankung durch Uebertragung. Nehmen wir dann noch dazu, dass durch Eintritt eines Leprösen in eine Anstalt nicht selten die ganze Familie ihres Ernährers beraubt wird, so erhält man ein ungefähres Bild von den Verhältnissen, mit denen die jungen Lepravereine zu rechnen hatten, wobei noch hinzuzufügen ist, dass in Russland kein directes Gesetz besteht, durch welches Lepröse zwangsweise in die Anstalten gebracht werden können. War es nun endlich gelungen, die Leprösen in eine Anstalt zu bringen, so traten neue Schwierigkeiten ein. Die Kranken bekamen Heimweh, langweilten sich, fühlten sich bei einer gewissen Disciplin der Hausordnung beengt und nun bestürmten sie den Anstaltsarzt mit Bitten um Entlassung. Nicht selten — und das gilt wohl für alle Leproserien — wenn ihre Bitten abschlägig beanwortet wurden, verliessen sie heimlich die Anstalt. Und hier muss ich gleich eine principielle Frage betonen, die in Russland eine grosse Bedeutung hat, namentlich in den letzten Jahren der Freiheitsbestrebungen, nicht nur beim einfachen Volk, sondern auch gerade bei den intelligenten, gebildeten Klassen der Gesellschaft, das ist die Frage der Zwangsmassregeln. Gewaltsame Massregeln rufen grossen Widerstand hervor, und die dadurch Bedrohten suchen mit allen Mitteln, sich denselben zu entziehen, die Leprösen verstecken sich und kommen unter Verhältnisse, wo sie erst recht zu Ansteckungsquellen werden können. Ausserdem soll der Arzt doch vor allem bei seinen Patienten Vertrauen erwecken, was aber nicht möglich ist, sobald er zu Zwangsmassregeln greift. Daher haben wir es auch so gehalten, dass der Director unserer Leprakolonie von sich aus keine Zwangsmassregeln ergreift, sondern über jeden Widerstand, wenn gütliche Ueberredung keinen Erfolg hatte, der localen Administrationsbehörde berichtet, die ihrerseits die nötigen Schritte ergreift und von sich aus die davongelaufenen Leprösen wieder den Anstalten übergibt. Mir ist eine ganze Reihe von Fällen bekannt, wo Lepröse drei bis viermal wieder retourniert wurden, bis sie dann endlich das Fruchtlose der Fluchtversuche einsahen und sich den Verhältnissen fügten. Es spielt dabei übrigens noch ein psychologisches Moment mit, das ist die Erbitterung der Erkrankten über ihr trauriges Schicksal. Wie jede chronische Krankheit, so wirkt auch die Lepra, und zwar in sehr hohem Grade auf den

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Charakter der Erkrankten; die Leprösen sind meist merkwürdig undankbar für die ihnen erwiesenen Wohltaten und sehr anmassend in ihren Forderungen und dabei entschliessen sie sich schwer zu Arbeiten. Daher kommt es ganz ausserordentlich darauf an, dass die Leiter der Leproserien den richtigen Tact haben, mit dem sie in aller Ruhe und Güte das Vertrauen der Kranken zu erwerben suchen; ist ihnen dieses gelungen, namentlich dadurch, dass sie die Leprösen, jeden in seiner Art, zu beschäftigen wissen, dann fühlt sich der Kranke allmählich in seinem neuen Heim wohl und wird auch fügsam. Eine recht schwierige Frage ist die Anstellung des leitenden Arztes. Einerseits muss der Arzt eine gewisse Lebenserfahrung haben und auch schon eine Reihe von Jahren selbständig tätig gewesen sein, namentlich wenn sich die Anstalt, wie unsere Leprakolonie, mitten auf dem Lande, 25 km. von der Eisenbahn, ganz ausserhalb der grösseren Verkehrstrassen befindet. Andererseits muss der Arzt auf jede andere Praxis verzichten, da er in der Kolonie genügend zu tun hat, weil er nicht nur den medicinischen Teil, sondern auch die ganze Administration und wirtschaftliche Verwaltung zu besorgen hat. Daher haben wir uns bemüht, den Leiter der Kolonie derartig zu stellen, dass er materiell einigermassen gesichert ist. Er bezieht ein Gehalt von 1800 Rbl. (ca. 4000 Mk.), sowie eine gute Wohnung nebst freier Heizung, Garten und Stallräume. In den 15 Jahren des Bestehens hat die Kolonie sechsmal ihren Leiter wechseln müssen, durchaus nicht zum Vorteil der Entwickelung der Anstalt, und erst seit 1 Jahr haben wir einen Arzt, der wirklich allen Ansprüchen genügt. Bisher hatten wir Aerzte, die sich wegen Alters oder Kränklichkeit von der Praxis zurückziehen wollten, keiner von ihnen hatte sich vorher speciell mit der Leprafrage beschäftigt. In der grossen Lepraliteratur habe ich bisher nirgends die Frage über Anstellung des Arztes berührt gefunden, und doch ist sie von der grössten Wichtigkeit für das Prosperieren der Leproserien. Was Russland betrifft, so sind mir die Verhältnisse recht gut bekannt. Am leichtesten ist die Frage in der Leproserie Muhli entschieden, da sie nur wenig Kilometer von Dorpat gelegen und der Arzt in der Stadt wohnend, die Anstalt leicht versorgen kann und ihm stets die Professoren zur Verfügung stehen. Desgleichen wohnen die Aerzte in Wenden und Astrachan in der Stadt, da die Anstalten unweit derselben gelegen sind. Daher fungieren dort seit einer Reihe von Jahren dieselben Aerzte. In der Leproserie der Stadt Riga, ca. 5 km. von der Stadt gelegen, wohnt der Arzt in der Anstalt, hat aber ständigen Connex mit der Stadt, und ihm steht die grosse Erfahrung des Mitgliedes des Verwaltungsrates, Dr. A. v. Bergmanns stets zur Verfügung. Dort wurden meist jüngere Aerzte angestellt, die ca. 4 bis 5 Jahre in ihrer Stellung ausharrten. In Kurland, soviel mir bekannt, wohnen die Aerzte nicht bei den Leproserien, die jedoch keinen grossen Umfang haben. Dieselben Verhältnisse, wie in unserer Kolonie, herrschen auch in der Kolonie bei Wiljuisk im Gebiet Jakutsk in Ostsibirien. Die Kolonie liegt ca. 16 Werst von der Stadt, weshalb der Arzt sein Haus auch in der Kolonie hat. Auch hier hielt es schwer, einen erfahrenen Arzt auf die Dauer zu halten, obgleich dessen materielle Lage noch günstiger wie in unserer Kolonie ist; da der Arzt ein grösseres Gehalt hat und nach kürzerer Zeit eine Staatspension erhält. Uebrigens haben wir unserem Koloniearzt ebenfalls die Staatsdienstrechte mit Anrecht auf Pension ausgewirkt.

Nach den Erfahrungen in unserer Kolonie erscheint es mir durchaus nötig, dass, wenn eine Leproserie entfernt von grösseren Städten angelegt wird, sobald sie über 40 bis 50 Lepröse beherbergt, 2 Aerzte angestellt werden müssten, von denen der eine als Assistenzarzt zu functionieren hat und den Oberarzt vertritt, falls, wie das ja durchaus notwendig, derselbe von Zeit zu Zeit Amtsfahrten unternimmt. Dem Assistenzarzt könnte dann auch die Verpflichtung auferlegt werden, Recognoscierungsfahrten zu unternehmen und die Dörfer aufzusuchen, aus denen Lepröse in die Kolonie eingetreten, namentlich deren Familienglieder genau zu besichtigen, ob nicht schon Krankheitsanzeichen vorhanden sind.

Sehr empfehlenswert ist es auch, dass junge Aerzte für kürzere Zeit in der Kolonie Aufnahme finden, um speciell wissenschaftlich das reiche Material zu verwerten.

Zu diesem Zwecke ist unserere Kolonie wiederholt von Aerzten besucht worden, die mit dem nötigen Material versorgt wurden. Noch vor kurzem wurden von einem jungen Collegen eine Reihe von Blutproben unseren Kranken entnommen behufs Untersuchungen des Serums bezüglich der Antikörper etc. analog der Wassermannschen Reaction, doch sind die Arbeiten noch nicht abgeschlossen.

Es ist auf das Energischeste gegen die selbst unter Aerzten noch verbreitete Ansicht anzukämpfen, dass die Lepra absolut unheilbar ist, daher die Leproserien keine Heilanstalten, sondern nur Asyle seien, wo die Leprösen nur verpflegt, nicht behandelt würden. Wir möchten den Satz aufstellen, dass es keine unheilbaren Infectionskrankheiten gibt, denn wo es sich um Infection handelt, muss eine Desinfection möglich sein. Es handelt sich also stets darum, dass man das entsprechende Desinfectionsmittel findet, sowie dass mit der Anwendung derselben möglichst frühzeitig begonnen wird. Dabei spielt natürlich eine wichtige Rolle die hygienische Pflege und Ernährung der Kranken. Die Aufgabe der Leproserien ist somit einerseits die Entfernung der ihrer Umgebung gefährlichen Patienten, andererseits die Schaffung möglichst günstiger hygienischer Lebensbedingungen und eine entsprechende ärztliche Behandlung. In dieser Beziehung suchen wir in unserer Kolonie vor allem den Kranken den Aufenthalt möglichst angenehm zu machen und sie vor ihrem Hauptfeinde — der Langeweile — zu schützen, die in Hospitälern und Asylen nur zu leicht sich einstellt und der Ausgangspunct aller Unzufriedenheit ist.

Während die Schwerkranken in einem grösseren Gebäude, sozusagen dem Hospital, untergebracht sind, bestehen für die weniger Leidenden eine Reihe kleiner Holzhäuser zu 2 Zimmern nebst Küche, umgeben von einem kleinen Gemüse- und Blumengarten, sowie Räume zur Unterbringung von Geflügel und Ferkeln, mit deren Aufziehung die Kranken sich gern beschäftigen. In diesen kleinen Häusern werden auch die Ehepaare untergebracht, denen man auch gestattet, sich in ihrer Küche die Speisen selbst zu bereiten. Da bei einem Teil der Leprösen das Geschlechtsleben noch nicht erloschen und es leicht zu Excessen kommen kann, so befürworten wir gern die Schliessung von Ehen. Im Laufe der 15 Jahre sind denn auch eine ganze Reihe von Ehen geschlossen worden, die meist wohl kinderlos geblieben, doch sind fünfmal in den Ehen, wo beide Eheleute leprös, jedoch in früheren Stadien, Kinder geboren worden, die alle gesund auf die Welt kamen und bisher auch leprafrei geblieben sind. Ausserdem haben 5 Mütter, die in die Kolonie eintraten, sich nicht von ihren ganz kleinen Kindern trennen mögen, so dass wir gegenwärtig 10 Kinder in der Kolonie haben.

Damit kommen wir auf die wiederum schwierige Frage, was soll man mit den Kindern der Leprösen anfangen, denen bei andauerndem Aufenthalt in der Kolonie stets die Gefahr des Erkrankens droht. Zum Teil haben wir die Massregeln durchzuführen gesucht,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Kinder der Leprösen ausserhalb der Kolonie unterzubringen, wobei wir für deren Verpflegung Zahlung leisteten, doch hat das auch seine grossen Schwierigkeiten. Daher hat der Verwaltungsrat des Lepravereins beschlossen, in einer gewissen Entfernung von der Kolonie ein Haus zu mieten und sämtliche Kinder der Leprösen dort in einem besonderen Asyle des Vereins unterzubringen. Nachdem wir im Jamburgschen Kreise, ca. 35 km. von der Kolonie, ein entsprechendes Haus gemietet und eingerichtet hatten, erhob sich unter der Bevölkerung (auch der intelligenten!) der Umgegend ein Sturm der Erregung gegen diese Massregel, aus falscher Angst vor Ansteckung, so dass der Plan wieder aufgegeben werden musste. Doch ist es uns vor einigen Monaten gelungen, im benachbarten Lugaschen Kreise ein Gebäude zu finden, ca. 60—65 km. von der Kolonie, wo wir das Kinderasyl unterbringen wollen, wobei unser Arzt das Asyl von Zeit zu Zeit besuchen und die Kinder unter Aufsicht behalten wird. Die Leitung des Asyls übernimmt eine erfahrene Lehrerin, die auch für die Erziehung und Schulbildung der heranwachsenden Kinder sorgen soll.

Was die Beschäftigung der Leprösen betrifft, so ist es natürlich nicht leicht, allen eine entsprechende Arbeit zu schaffen. Die Handwerker werden nach Möglichkeit in ihrem Fach für die Kolonie ausgenutzt. So haben wir Tischler, Schneider, Schuster und Schlosser, welche die nötigen Sachen für die Kolonie herstellen. Nach längerer Erwägung haben wir uns entschlossen, die Arbeit zu bezahlen, um auf diese Weise die grenzenlose Trägheit der Kranken zu überwinden, und manche erarbeiten sich ein ganz hübsches Stück Geld, welches sie teils für sich verwenden, teils aber ihren in der Heimat verbliebenen Angehörigen senden. Ein grosser Teil der Kranken wird mit Feldarbeiten beschäftigt, da wir ein grosses Areal Land zur Verfügung haben. Zuerst wurde Land urbar gemacht und dann Korn, Kartoffeln und Klee gesät, wobei auch hier für die Tagesarbeit eine kleine Summe gezahlt wird, natürlich weniger als man Gesunden zahlen müsste, deren Anwesenheit in der Kolonie überhaupt nicht wünschenswert ist. Wenngleich die Feldarbeiten bisher noch nicht so gut organisiert waren, infolge des Wechsels der leitenden Aerzte, so hatten wir doch schon Jahre mit recht gutem Erfolg, so z. B. wurden 1904 1500 Pud Heu und 250 Sack Kartoffeln geerntet, abgesehen davon, dass das Gemüse meist für einen grossen Teil des Jahres reichte und dadurch der Unterhalt der Kolonie erleichtert wurde.

Wieviel einzelne der Handwerker noch leisten können, geht daraus hervor, dass z. B. 1901 2 Schuster für die Kolonie 72 Paar Schuhe und 10 Paar Stiefel neu gemacht und 65 Paar repariert haben. Selbstverständlich darf nur für die Kolonie gearbeitet werden und nichts zum Verkauf ausserhalb derselben.

Für das geistige Wohl der Kranken suchen wir ebenfalls nach Möglichkeit zu sorgen. So besteht bei der Kolonie eine Kirche, an welcher ein ebenfalls lepröser Priester angestellt ist, der ausser dem Gottesdienst noch den Kranken Vorträge hält und sie in jeglicher Weise zu stützen sucht. Sehr viel Freude macht den Leprösen die Anschaffung von Musikinstrumenten. Sogar einen Sängerchor haben sie zusammengebracht, der auch den Kirchengesang zum Gottesdienst besorgt. Allerdings klingt derselbe recht eigenartig, trotz des guten Willens, da so mancher Sänger eine „vox rauha" besitzt.

Eine der schwierigsten Fragen bietet die Neigung zum Alcohol, und wir sind in dieser Beziehung noch wenig vorwärts gekommen. Obgleich die nächste Branntweinbude nicht weniger wie 10 km. entfernt ist und nach Möglichkeit streng gewacht wird, kommen nicht selten arge Alcoholvergiftungen vor. Abgesehen von früher schon vorhandenen Neigungen zum Alcoholconsum, bringt es wohl auch die Krankheit mit ihren Folgen mit sich, dass die Patienten sich nur zu gern durch reichlichen Alcoholgenuss ein „Vergessen ihrer Lage" zu schaffen suchen. Hoffentlich gelingt es unserem gegenwärtigen Director der Kolonie, auch in dieser Hinsicht Besserung zu schaffen, da die Alcoholfrage ihm schwere Sorge macht.

Wie schon erwähnt, haben wir keine Gesetze, die zwangsweisen Aufenthalt in der Anstalt gestatten, und Zwangsmassregeln rufen arge Unzufriedenheit hervor. Um aus diesen Schwierigkeiten einen Ausweg zu finden, ist es dem Director gestattet, Patienten, welche keinerlei offene Geschwüre haben und sich im Zustande der Besserung befinden, zeitweilig Urlaub zu erteilen, damit sie ihre Angehörigen besuchen können. Dieses Mittel übt einen sehr günstigen Einfluss auf das Wesen und die Führung der Kranken. Ausnahmsweise wurde es auch vor 2 Jahren dem leprösen Priester gestattet, eine Reise nach Konstantinopel anzutreten, wo er sich einer Behandlung unterziehen wollte, doch war leider kein Erfolg bei seiner Rückkehr zu constatieren, und das Leiden nimmt seinen Verlauf.

Bezüglich der Beförderung der Leprösen auf Eisenbahnen war, wie ich es bereits in meinem Bericht 1904 dargelegt habe, von dem Ministerium des Verkehrs im Jahre 1903 eine strenge Verordnung erlassen; doch wird sie nur von seiten der Behörden und Hospitäler befolgt, wenn es sich um Absendung von Leprösen in die Anstalten handelt. Die Patienten, die sich in Freiheit befinden, haben natürlich keine Ahnung von dieser Verordnung und würden sich auch hüten, von ihren Reisen Anzeige zu machen. Alljährlich erscheinen bei mir im Sprechzimmer Lepröse aus verschiedenen Gegenden des Reiches, ohne irgendwelche Schwierigkeiten bei ihren Reisen zu treffen.

Es erübrigt nur noch, die Frage der Zahlung für den Unterhalt der Kranken in der Kolonie zu erörtern. Da der Verein zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg ausschliesslich aus Bewohnern desselben besteht und ursprünglich nur für dieses Gouvernement zu sorgen beabsichtigte, wurde beschlossen, alle aus demselben stammenden Leprösen unentgeltlich zu verpflegen. Als nun aber die Zahl der aus anderen Gouvernements kommenden Kranken schnell wuchs, wurde bestimmt, von den Auswärtigen eine monatliche Zahlung von $7^1/_2$ Rbl. (ca 14 Mk.) zu erheben. Diese Zahlung ergab 1896 540 Rbl., stieg 1900 auf 3797 Rbl., 1901 auf 4680 Rbl., 1903 auf 5842 Rbl. und 1904 bis auf 9050 Rbl., um aber bereits im folgenden Jahre auf 6199 Rbl. zu fallen, infolge des Krieges und der inneren Unruhen, so dass die Last des Unterhaltes zum Teil doch auf den Verein fiel, obgleich die Zahlung pro Kranken auf 25 Rbl. monatlich erhöht wurde. Nicht geringe Schwierigkeiten macht das Einkassieren der Zahlungen, die von manchen Landverwaltungen nur mit grosser Mühe zu erhalten sind.

Das Capital des Vereins, welches sich durch hochherzige Spenden gebildet hatte und 1905 die Höhe von 71000 Rbl. erreichte, begann sich schnell zu verringern, infolge von grossen Ausgaben für Neubauten und Capitalremonte der Gebäude, sowie Ausfall der Spenden und Beiträge, so dass sich der Verein genötigt sah, im vergangenen Jahre an die „russische Gesellschaft des Roten Kreuzes" zu wenden, welche für einige Jahre eine Subsidie bewilligt hat, doch ist die finanzielle Seite des Vereins durchaus nicht sichergestellt, da die Ausgaben durch die stetig zunehmende Teuerung der Lebensmittel sowie die Zahlungen für das nötige Personal der Kolonie wachsen. Letzteres besteht gegenwärtig ausser dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leitenden Arzt aus folgenden: 1 Feldscher, 2 Wärterinnen, 1 Oekonomin, 1 Gärtner, 1 Kutscher, 3 Hausknechte, 1 Nachtwächter, 1 Heizer, 1 Viehwärter, 2 Wäscherinnen, 2 Köchinnen und 1 Bäcker. Im ganzen also 17 Personen. Direct mit den Kranken kommt nur das Pflegepersonal in nähere Berührung, sowie die Köchinnen, da der Speisesaal neben der Küche gelegen ist. Es muss bemerkt werden, dass in den 15 Jahren des Bestehens der Kolonie niemand vom Personal erkrankt ist, ausser einer Priesterwitwe, die seit einigen Jahren als freiwillige Krankenpflegerin tätig ist und seit $1^1/_2$ Jahren einen verdächtigen anästhetischen Hautfleck bekommen hat, doch ist anzunehmen, dass diese ältere Frau nicht sehr vorsichtig beim Verbinden gewesen und nicht die nötige Desinfection beobachtet hat.

II. Specieller Teil.

Der am 18. October 1893 vom Minister des Innern bestätigte „Verein zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg" erhielt bald die Möglichkeit, zum Bau einer Leprakolonie zu schreiten, dank der hohen Spende S. M. des Kaisers Alexander III., der nicht nur ein grösseres Areal vorherrschend bewaldeten Landes (280 Dessjatinen) dem Verein zur Disposition stellen liess, sondern auch noch 10000 Rbl. zum Bau bestimmte. Das Land befindet sich ca. 25 km. von der Station Moloskowizy der Baltischen Eisenbahn ($3^1/_2$ Stunden Eisenbahnfahrt von Petersburg) im Jamburgschen Kreise mitten in einem schönen Kiefernwalde. Dort wurde an einem Bache ein grösseres Stück ausgerodet, und zum Bau der Kolonie für 25 Kranke geschritten. Sie bestand anfangs aus je einem Hause für den Arzt und das Pflegepersonal, einem grösseren Hause für Schwerkranke, einem Hause für die Apotheke und Verbandzimmer, einem Küchengebäude, einer Badestube und zwei kleinen Häusern zu zwei Zimmern. Am 2. Dezember 1894 fand bereits die Einweihung statt. Der Bau kostete ca. 32000 Rbl. Die Zahl der Kranken nahm trotz der von seiten älterer Aerzte, die Gegner der Contagiosität der Lepra waren, gestellten schlechten Prognose bald zu, wie aus der nachstehenden Tabelle I zu ersehen, und nicht nur aus dem Gouvernement St. Petersburg, sondern auch aus den verschiedensten Gegenden des Reiches kamen Bitten um Aufnahme von Leprösen, so dass von Zeit zu Zeit immer Neubauten nötig waren, bis wir die Zahl der Plätze auf 100 gebracht hatten. 1898 geruhte Ihre Majestät die Kaiserin Maria Feodorowna den Verein unter ihr hohes Protectorat zu nehmen. Der Verwaltungsrat des Vereins besteht aus 10 Gliedern, von denen nicht weniger als 5 Aerzte sein müssen. Von 1893—1903 standen an der Spitze die Gräfin S. Toll (Gemahlin des Gouverneurs), seit 1903 Geheimrätin E. Sinowjew (ebenfalls Gemahlin des gegenwärtigen Gouverneurs). Von Aerzten gehören seit der Gründung zum Verwaltungsrat der Landarzt des Jamburgschen Kreises Dr. P. Prochorow und Referent dieses Berichtes. Die medicinischen Jahresberichte haben infolge des wiederholten Wechsels der leitenden Aerzte nicht systematisch genügend ausgearbeitet werden können, da zu viel Arbeit in der Administration zu bewältigen war, doch hat sich schon einiges, freilich nicht ganz vollständiges Material angesammelt, dem wir das Folgende entnehmen können.

Die Zahl der verpflegten Leprösen von 1894—1908 betrug im ganzen 285, von denen 119 verstorben und 89 ausgetreten sind. Zum 1. Januar 1909 verblieben 74 Patienten.

Die Tabelle I zeigt, wie in den ersten 8 Jahren die Zahl der Kranken stetig zugenommen hat, um dann ziemlich stationär zu bleiben, da uns die Mittel zur weiteren Vergrösserung der Kolonie fehlten.

Ueber die Dauer des Aufenthaltes der Leprösen in der Kolonie lässt sich nur sagen, dass sie sehr geschwankt hat. Manche starben bereits einige Monate nach der Aufnahme, andere wiederum leben dort seit Jahren. Einen Ueberblick in dieser Beziehung geben die Daten für die 1900 - 1901 Verstorbenen.

Tab. I. — Die Zahl der in der Kolonie Krutyje Rutschji 1894—1908 verpflegten Leprösen.

Jahr	Vorhanden 1. I.	Aufgenommen	Gestorben	Ausgetreten	Verpflegt
1894	—	9	1	—	9
1895	8	16	6	6	24
1896	12	11	—	3	23
1897	20	15	1	4	35
1898	30	11	1	4	41
1899	36	22	4	7	58
1900	47	31	7	7	78
1901	64	27	11	6	91
1902	74	22	12	12	96
1903	73	20	12	6	95
1904	75	29	15	11	104
1905	78	17	23	8	95
1906	70	22	6	9	92
1907	77	11	10	—	88
1908	78	22	10	6	100

Es starben:

1900 1 Pat. nach $5^1/_2$ jähr. Aufenth. in d. Kolonie, war 8 J. leprös
1 » » $3^1/_2$ » » » » » 15 »
1 » » $1^1/_2$ » » » » » 9 »
1 » » 1 » » » » » 23 »
1 » » $3^1/_2$ monatl. » » » » $2^1/_2$ »
1901 1 » » $6^1/_6$ jähr. » » » » 18 »
1 » » $5^1/_6$ » » » » » 13 »
1 » » $2^1/_4$ » » » » » 17 »
1 » » $1^1/_2$ » » » » » 7 »
1 » » $1^1/_3$ » » » » » 13 »
1 » » 1 » » » » » 8 »
1 » » 11 monatl. » » » » 3 »
1 » » 8 » » » » » 11 »
1 » » 2 » » » » » 5 »
1 » » 1 » » » » » 11 »

Ausser Marasmus bildeten die Todesursache meist Tuberculose, Nephritis und Erysipel, sowie lepröse Erkrankungen des Darmcanales. Beerdigt werden die Verstorbenen auf einem besonders in einiger Entfernung von der Kolonie angelegten Kirchhof.

Bezüglich des Geschlechtes der Kranken ist zu bemerken, dass im ganzen mehr Männer als Frauen in die Kolonie gelangt sind, und zwar nach den vorhandenen Angaben in den Jahresberichten 151 Männer und 90 Frauen. Aus dem Gouvernement St. Petersburg 42 Männer und 31 Frauen, während aus den übrigen Gouvernements 109 Männer und nur 59 Frauen gesandt wurden.

Die Zahl der aus dem Gouvernement St. Petersburg stammenden Leprösen nach Jahren geordnet findet man in der Tabelle II.

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Tab. II. — Die Zahl der in die Kolonie aus dem Gouvernement St. Petersburg aufgenommenen Leprösen, nach Kreisen geordnet:

Kreis:	Hamburg	Gdow	Peterhof	Zarskoje Sselo	Neu Ladoga	Luga	In Summa
1894/95	11	4	1	1	—	—	20
1896	4	3	1	—	—	—	8
1897	6	3	1	1	—	—	11
1898	8	3	1	1	—	—	13
1899	7	4	1	1	—	—	13
1900	8	6	1	1	—	—	16
1901	11	7	2	2	1	—	23
1902	1	—	—	—	—	—	1
1903	1	1	—	—	1	—	3
1904	4	1	1	—	—	—	6
1905	—	—	—	1	—	—	1
1906	3	1	1	—	—	—	5
1907	5	1	1	—	—	1	8
1908	6	1	1	—	—	1	9
Summa	78	35	12	8	2	2	137

Aus derselben ist zu ersehen, dass die meisten Leprösen aus dem Kreise Jamburg, wo sich der Hauptherd befindet, stammten, ferner aus den diesem zunächst gelegenen Kreisen Gdow und Peterhof, während die weit vom Hauptherde gelegenen Kreise Luga und Neu-Ladoga nur je 2 Fälle in 15 Jahren geliefert haben. Obgleich diese Zahlen mit Vorsicht zu verwerten sind, kann man doch nicht umhin, darauf aufmerksam zu machen, dass die Zahl der Fälle in den ersten 7 Jahren eine bedeutend grössere war als in den letzten 8 Jahren. Während aus dem Jamburgschen Kreise 1894—1901 58 Patienten kamen, betrug die Zahl 1902—1908 nur 20, aus dem Gdowschen Kreise 30 resp. 5. Dieses dürfte dafür sprechen, dass die Zahl der Leprösen sich in diesen Kreisen vermindert, somit ein Erfolg der errichteten Kolonie sich schon bemerkbar macht. Ueber die Zahl der in den letzten Jahren überhaupt registrierten Leprösen im Gouvernement Petersburg fehlen mir leider die Zahlen, da sie aus dem officiellen Bericht der Obermedicinalverwaltung nicht ersichtlich ist.

Die Daten über die aus anderen Gouvernements stammenden Leprösen bieten ebenfalls manches Interessante. Im ganzen wurden 1895 bis 1908 aus 44 verschiedenen Gouvernements 167 Lepröse in die Kolonie gesandt, wobei einzelne Gouvernements beständige Lieferanten waren, während aus anderen wiederum nur einzelne Lepröse kamen.

Von nicht geringer Bedeutung für die Frage der Ausbreitung der Lepra ist die Zahl der Kranken aus den dem St. Petersburger Gouvernement zunächst gelegenen Gebieten. Zunächst grenzt das Gouvernement Pskow. Dasselbe lieferte 1896 bis 1904 im ganzen 17 Lepröse und zwar:

1896	2
1897	7
1898	1
1899	3
1900	1
1901	2
1902	0
1903	0
1904	1
1905—1908	0
	Sa. 17

Sollte es nur zufällig sein, dass von 1896—1900 14, von 1901—1908 nur 3 Lepröse eingeliefert wurden, oder drängt sich nicht auch hier die Schlussfolgerung auf, dass durch Isolierung der Kranken die Ausbreitung der Lepra abnimmt. Natürlich sind unsere Daten nicht genügend, um sichere Tatsachen festzustellen, da dieses ja erst nach Ablauf längerer Zeit möglich sein wird.

Von den übrigen Nachbarprovinzen sind anzuführen: das Gouvernement Nowgorod mit 4 Kranken (1900 2, 1901 1, 1904 1) sowie das Gouvernement Witebsk mit 5 Kranken (1899 1, 1901 2, 1906 2, 1908 1). Die Ostseeprovinzen kommen natürlich nicht in Betracht, da sie ihre eigenen Leproserien haben, doch kamen auch aus denselben einige Kranke, die aber möglichst bald in die entsprechenden Leproserien übergeführt wurden. Aus Estland kamen 4, aus Livland 6 und Kurland 2.

Eine grössere Anzahl Lepröser kam aus denjenigen Gouvernements, wo Lepraherde bestehen, jedoch noch keine Asyle vorhanden sind, wie Cherson (seit 1896 alljährlich 1—4 Kranke, im ganzen 20), Poltawa (10), Smolensk (von 1898—1907 jährlich 1, 1892 2, im ganzen 9). Zu erwähnen ist, dass daselbst mit dem Gedanken umgegangen wird, ein eigenes Asyl zu gründen. Gouvernement Orel 8 (1900 5, 1901 2, 1904 1). Als einen jüngeren Herd muss man das Gouvernement Moskau bezeichnen, welches uns seit 1899 10 Kranke gesandt hat (1899 2, 1900 2, 1901 1, 1903 4 und 1908 1). Da die drei letztgenannten Gouvernements im Centrum Russlands, weit vom Meeresstrande gelegen sind, kann wohl hier vom Einfluss der Fischnahrung nicht die Rede sein.

Mit je 6 Patienten sind die Gouvernements Ekaterinoslaw und Kursk vertreten; mit je 5 Kaluga, Twer, Ssamara, mit je 4 Taurien und Woronesh, mit 3 Ssaratow und das Dongebiet, mit je 2 Kowno, Tschernigow, Jaroslaw, Tambow, Wilna, Mohilew, Rjasan, Tula und Nishni-Nowgorod, mit je 1 Patienten Astrachan, Orenburg, Grodno, Kasan, Simbirsk, Archangelsk, Wladimir, Kostroma, Radom, Kuban, Akmolinsk und Kleinasien.

Was die Form der Lepra anbetrifft, so handelt es sich bei ca $^2/_3$ um die Lepra nodosa und nur bei $^1/_3$ um Lepra maculo-nervosa. Letztere kamen meist aus dem Petersburger Gouvernement.

Das Alter der Kranken schwankte zwischen 9—91 Jahre, ca. 55 % derselben befand sich im Alter von 20—50 Jahren. Bemerkenswert waren zwei Greise aus dem Gouvernement Pskow im Alter von 90 und 91 Jahren, die erst seit $1^1/_2$ resp. 2 Jahren krank waren und relativ frische Formen der Lepra nodosa darboten.

Der Stand der Kranken war ein sehr mannigfaltiger, obgleich die meisten Ackerbauer waren. Nach dem Bericht von 1901 über 134 Kranke waren Ackerbauer 26, Tagelöhner 13, Dienstboten 8, Fabrikarbeiter 5, Fischer nur 4, Bautischler 4, Händler 5,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schneider, Schmiede und Bettler je 2 und je 1 Priester, Hebamme, Stationschef, Schuster, Ofensetzer, Dachdecker, Kirchensänger, Wäscherin und Realgymnasiast.

Die Frage der Ansteckung lässt sich bei den meist wenig intelligenten Kranken schwer eruieren, wobei die merkwürdige Neigung der Leprösen zum Lügen auch noch keine geringe Rolle spielt. Von 160 Kranken wurde behauptet, dass es in ihren Familien weiter keine Leprösen gab. Nicht selten waren die Eltern der Kranken gesund und hochbetagt. Oft waren die Kinder früher erkrankt als die Eltern. 4mal handelte es sich um Erkrankung von Eheleuten, darunter ein lehrreicher, von mir selbst beobachteter Fall. In die Poliklinik des Klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna kam ein Schuster mit frischem Erythema leprosorum und nur einzelnen Knoten an einem Unterschenkel. Obgleich ich ihn auf den Charakter seines Leidens als Infectionskrankheit aufmerksam machte und ihm grosse Vorsicht anriet, kümmerte er sich nicht darum, da ein anderer College ihm sagte, die Krankheit sei nicht ansteckend. Als einige Jahre darauf zahlreiche Knoten ulcerierten, erkrankte nach einigen Monaten seine Frau und nun wanderte das Ehepaar in die Kolonie.

Die Behandlung der Kranken war eine mannigfaltige, sowohl Natrium salicylicum, wie Oleum gynocardiae bilden die Hauptmittel. Einzelne brachten es auf 100 Tropfen pro die, doch litt die Verdauung bei so hohen Dosen so stark, dass lange Pausen gemacht werden mussten. Alcoholmissbrauch hat entschieden einen grossen Einfluss auf Verschlimmerung des Leidens. Auch subcutan wurde Ol. gynocard. verordnet, doch wurden die Injectionen nicht gut vertragen. Eine Zeitlang wurden mit dem von Dr. Grünfeld vorgeschlagenen Serum Versuche gemacht, jedoch ohne sichtlichen Erfolg. Von der Nastinbehandlung haben wir aus finanziellen Gründen Abstand genommen, da der Preis sich zu hoch stellt und die Erfolge nicht im Verhältnis zu den Ausgaben für eine Behandlung einer grossen Anzahl von Kranken standen.

Es erübrigt nur noch, einen Ueberblick über die Einnahmen und Ausgaben zu geben.

Tab. III.

Jahr	Einnahmen	Ausgaben
1893/94	48 833 R.	23 240 R.
1895	11 701	10 882
1896	10 729	11 627
1897	14 955	12 320
1898	33 827	9 457
1899	16 081	11 244
1900	26 216	18 450
1901	13 274	14 421
1902	15 232	13 099
1903	12 708	11 680
1904	16 186	15 348
1905	15 695	16 295
1906	16 083	13 685
1907	22 316	40 390
1893—1907	273 837 R.	226 138 R.

Tabelle III zeigt uns, dass 1893—1907 im ganzen 273837 Rbl. eingenommen und 226138 Rbl. verausgabt worden sind. Der Unterhalt der Kolonie betrug somit durchschnittlich 11000—14000 Rbl. jährlich, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass ein Teil der Ausgaben auf den Unterhalt der Kanzlei des Verwaltungsrates fällt. Anfangs genügte ein Beamter, in den letzten Jahren musste demselben jedoch noch ein Gehilfe gegeben werden, da der Schriftwechsel mit den verschiedenen Gouvernements bedeutend gestiegen ist. Die erheblichen Mehrausgaben in den Jahren 1900, 1904 und 1905 sind durch Anlegung einer Wasserleitung und Neubauten sowie 1907 durch eine Capitalremonte der Gebäude verursacht worden.

Wir sehen somit, dass im Laufe der Jahre es dem Verein gelungen ist, bedeutende Summen zu sammeln, teils durch Schenkungen und wiederholte Staatssubsidien, teils durch das Kostgeld, welches die Gemeinden zahlen. Die Zahl der Mitglieder ist jedoch eine relativ geringe, da in Petersburg und Umgegend eine grosse Anzahl von Wohltätigkeitsvereinen besteht, die bedeutende Anforderungen an die Bevölkerung stellen, weshalb auch die Summen der regelmässigen Beiträge häufigen Schwankungen unterliegen. Eine recht hübsche Summe erhält der Verein auch dadurch, dass alljährlich an einem Tage in allen rechtgläubigen Kirchen der Petersburger Eparchie Spenden für die Leprakolonie gesammelt werden. Aber trotz alledem hat es der Verein doch sehr schwer, seine Ausgaben zu decken, und das vorhandene Capital schmilzt, so dass nur mit Sorge an die Zukunft gedacht werden kann und der Verwaltungsrat kommt immer mehr zur Ueberzeugung, dass es nicht möglich sein wird, die Kolonie auf die Dauer zu erhalten. Somit bestätigt die Erfahrung, die schon 1897 auf der I. Internationalen Lepraconferenz ausgesprochene Ansicht, dass der Kampf mit der Lepra auf die Dauer die Kräfte privater Wohltätigkeitsvereine übersteigt und dass es die Aufgabe des Staates sein muss, den Kampf auch mit dieser Seuche durchzuführen. Auf der Sitzung des Verwaltungsrates des St. Petersburger Lepravereins im Mai d. J. wurde daher beschlossen, ein Memorandum auszuarbeiten, mit dem der Verein sich an die Regierung wenden will mit der Aufforderung, die Leprakolonie als staatliche Anstalt zu übernehmen. Wir sind der vollen Ueberzeugung, dass die Abgeordneten unserer Duma bereit sein werden, die nötigen Mittel dazu zu bewilligen, denn gut eingerichtete Kolonien und Asyle sind die einzigen Mittel, die Lepra aus der Welt zu schaffen, wie uns dieses Norwegen in so vortrefflicher Weise gelehrt hat.

Wenn wir den Schluss aus der 15-jährigen Erfahrung unserer Leprakolonie ziehen, so können wir trotz des verhältnismässig geringen Materiales folgendes sagen:

1. Obgleich die Anschauung von der Lepra als Infectionskrankheit noch nicht unbedingt von allen Aerzten Russlands anerkannt ist, somit von denselben nicht stets die nötige Beihilfe erwiesen wird, ist es gelungen, im Petersburger Gouvernement eine stetig wachsende Kolonie einzurichten und zu erhalten, und das Resultat macht sich bereits bemerkbar, da die Anzahl der neuen Erkrankungen offenbar nicht zugenommen hat, sondern abzunehmen scheint.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Private Wohltätigkeitsvereine können auf die Dauer den Kampf mit der Lepra nur schwer durchführen, und es ist daher die Aufgabe des Staates, den Kampf mit der Lepra aufzunehmen.

3. Die zweckentsprechendste Form der Leproserien sind Kolonien, in welchen die Kranken nach Möglichkeit Beschäftigung erhalten sollen, wobei der Behandlung die grösste Aufmerksamkeit zu widmen ist.

4. Die Kinder der Leprösen müssen in besonderen Asylen untergebracht werden, die in grösserer Entfernung von den Kolonien anzulegen sind.

Referate.

Carl Klieneberger: Die Radiographie intracranieller Processe in der inneren Medicin, mit besonderer Berücksichtigung der radiographisch darstellbaren Hirntumoren. Fortschr. a. dem Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 2. (Aus der medicinischen Klinik in Königsberg i. Pr. Director Prof. Lichtheim).

Die Anwendung des Röntgenverfahrens bei intracraniellen Processen mit Aussicht auf Erfolg kommt nur unter folgenden Voraussetzungen in Betracht: 1) Wenn die in Frage stehenden Affectionen. Veränderungen an den Schädelknochen oder an den lufthaltigen Höhlen des Schädels hervorrufen. 2) Wenn die Schädeltumoren eine besondere Dichtigkeit besitzen. Ganz besonders wichtig sind die durch Usur und durch Knochenwucherungsvorgänge sich kenntlich machenden Veränderungen an der sella turcica geworden. Selten handelt es sich dabei um Aneurysmen, häufiger um Hypophysistumoren. Leider leistet die Röntgenphotographie des Schädels selbst bei Processen, die oberflächlich gelegen sind und mit Veränderungen der knöchernen Wandungen des Schädels einhergehn, relativ wenig. Trotzdem wird man in Anbetracht der gelegentlich dabei zu erzielenden Erfolge die Methode benutzen müssen. Aber auch bei den nicht localisierbaren, in der Tiefe gelegenen Tumoren, ist es erwünscht, eine Aufnahme zu machen, denn hie und da liessen sich doch positive Resultate verzeichnen. Diese Erwägungen wird man sich stets vor Augen halten müssen, wenn man an den Röntgenologen die Forderung der Schädelaufnahme stellt. Die Radiographie kann unter Umständen Erfolge geben, sie kann aber — selbst bei vollkommenster Technik — versagen.

Hesse.

Eugen Fraenkel: Ueber pathologische Verkalkungen und ihren Nachweis durch Röntgenstrahlen. Fortschritte auf d. Geb. d. Röntg. Str. Bd. XIV. Heft 2.

Der erste Teil der Arbeit ist einer relativ sehr seltenen Erkrankung gewidmet, deren Diagnose und klinisches Bild intra vitam noch kaum von Bedeutung ist. Es handelte sich um 4 Fälle von Samenleiter-Verkalkung, die an der Leiche entdeckt, nachträglich zur Röntgenuntersuchung veranlassten. Damit ist der Beweis erbracht, dass unter gewissen Umständen die Diagnose auch am Lebenden möglich ist. Die Zahl der bisher über Samenleiterverkalkung vorliegenden Mitteilungen ist noch sehr beschränkt und beläuft sich auf im ganzen 10 Fälle. Nach den bisher bekannt gewordenen Beobachtungen sind es fast durchweg Männer in vorgerückteren Jahren gewesen, die an dieser Affection erkrankten. Im zweiten Teil bespricht Fraenkel die von Virchow zuerst beschriebene und unter dem Begriff der Kalkmetastase der Hirngefässe rubricierte Form der Gefässverkalkung, die mit der Arteriosclerose absolut nichts zu tun hat. Auch diese Affection ist ungemein selten. Es handelte sich im mitgeteilten Fall um einen 61-jährigen Mann, bei dessen Section in der weissen Hirnsubstanz feine, dünne Nadeln gefunden wurden, die wie Stacheln aus der Hirnsubstanz prominierten und sich mit der Pincette herausziehen liessen. Einen vollen Eindruck von der Ausbreitung der Verkalkung gewährten indes ausschliesslich Bilder, die die Röntgenuntersuchung von Stücken des erkrankten Gehirns geliefert hatte. Sie erweckten an einzelnen Stellen vollkommen den Eindruck wohlgelungener Injectionspräparate. Diese Bilder zeigen, dass es im wesentlichen ein feines Capillarsystem ist, das von dem Verkalkungsprocess befallen wurde und dass sich in diesem Gefässnetz nur ganz vereinzelte, ein etwas grösseres Kaliber aufweisende, Gefässchen abheben. Ob es jemals möglich sein wird, den hier besprochenen Krankheitsprozess vital mittelst Röntgenstrahlen festzustellen, muss weiteren Untersuchungen vorbehalten werden.

Hesse.

T. Sjögren (Stockholm): Beitrag zur Kenntnis von Divertikeln in der Speiseröhre. Fortschr. a. dem Geb. d. Röntg. Str. Bd. 14. Heft 2.

Verf. beobachtete 2 Fälle von hochsitzenden circumscripten Divertikeln an der Speiseröhre, die klinisch richtig diagnosticiert waren, in welchen aber erst durch die Röntgenuntersuchung eine absolut sichere Klarheit erlangt wurde.

Hesse.

Manfred Fraenkel. Günstige Beeinflussung von Periodenbeschwerden und Frauenleiden durch Röntgenstrahlen. Fortschr. auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. 14. Heft 2.

Der Verf. verfügt über 80 Fälle, die alle eine Beeinflussung und Periodenveränderung von mehr oder minder langer Dauer aufweisen. Ein Erfolg wurde sogar dann gezeitigt, wenn nicht der Bauch selbst sondern z. B. die Schilddrüse, Arme und Unterschenkel bestrahlt wurden. Der Verf. sieht dieses als ein deutliches Zeichen der cumulativen Eigenschaft und allgemein sich ausbreitenden Wirkung der Röntgenstrahlen an und unterstreicht die überaus elective Neigung der Ovarien für diese Strahlen. Um von vornherein dem schwerwiegenden Einwurf zu begegnen, der nicht zu unterschätzenden Bedeutung des psychischen Moments, — führt der Verf. Fälle an, in welchen bei den Patientinnen keine Kenntnis der Beeinflussung der Periode bestand und Bestrahlungen wegen Hautaffectionen, Kropf und Ischias vorgenommen wurden; — auch in diesen Fällen wurde eine evidente Beeinflussung der Ovarien erwiesen. Der Vorteil der Behandlung liegt in der Schmerzlosigkeit, Ungefährlichkeit und der Sicherheit des Erfolges.

Hesse.

F. Holzinger. Ueber den Einfluss osmotischer Strömungen auf Entwicklung und Lebensfähigkeit der Bakterien. Münchener Med. Wochenschr. 1909. Nr. 46.

Holzinger setzt seine Versuche über den Einfluss der Osmose auf das Wachstum der Bakterien, über die er auch in der St. Petersb. Wochenschrift (1909, Nr. 3) berichtet hat, noch weiter fort. Ausser den früher benutzten eiweissfreien, sonst aber für die Entwicklung der Mikroorganismen günstigen Nährlösungen verwandte er in letzter Zeit auch eiweisshaltige Nährlösungen. Die Ergebnisse fasst H. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Eine von osmotischen Strömungen durchzogene (eiweissfreie und eiweisshaltige) Nährlösung lässt keine Wucherung der Bakterien aufkommen.

2) In eiweissfreien Nährlösungen werden die Bakterien durch die osmotischen Strömungen in ca. 48 Stunden abgetötet, und die Lösung bleibt dann steril, solange die Osmose intensiv genug vor sich geht.

3) In einer eiweisshaltigen Nährlösung wird die Entwicklung von Bakterien unter dem Einfluss der Osmose zum Stillstand gebracht, und die Bakterien werden in ihrer Lebenstätigkeit (Wachstum und die Fähigkeit, Gelatine zu verflüssigen) abgeschwächt.

F. Dörbeck.

Sewastjanoff. Die phagocytäre Tätigkeit der roten Blutkörperchen und der Blutplättchen (Bizzozero). Wiener klinische Rundschau. Separatabdruck von Nr. 26, 27, 28 und 29. 1909.

Die Phagocytenlehre Metschnikoffs befriedigt den Verf. nicht und ist ihm nicht breit genug angelegt: dem greisen Gelehrten ist es vollkommen entgangen, dass die in so ungeheurer Ueberzahl im Blute kreisenden roten Blutzellen auch als Phagocyten tätig sind und für die toxinvernichtende und bakterientötende Eigenschaft des Blutes von hervorragender Bedeutung sind. Diese Lücke in den Beobachtungen Metschnikoffs, seiner Schüler und Anhänger füllt S. aus, ohne sich in Gegensatz zum Entdecker der Phagocytose stellen zu wollen; er beobachtet das active und passive Eindringen verschiedener Bacillen in die Erythrocyten und illustriert diesen Process in 2 Reihen von Zeichnungen, von denen die einen möglichst naturgetreu nach Mikrophotogrammen wiedergegeben scheinen, während die anderen mehr schematisch in Farben ausgeführt sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um phagocytär zu wirken, bedarf das rote Blutkörperchen der Fähigkeit, amöboide Bewegungen vollführen zu können, was nach S. dem Erythrocyten auch durchaus eigen ist. Die «Form der Daturafrüchte oder der Maulbeere» wird als eine «Lebensform» bezeichnet, die die Verteidigung unter eigenartigen Verhältnissen ermöglicht. Weiter werden Saturnformen der Erythrocyten beobachtet, die durch Aufnahme von Mikroorganismen entstehen und den Zweck verfolgen, ihre Feinde wie zwischen zwei Mühlsteinen zu zermahlen.

Leider beherrscht der Verf. die deutsche Sprache nicht genügend, so dass die vielfach mangelhafte Präcision des Ausdrucks die Verständlichkeit beeinträchtigt. In zwei Reihen von Thesen jedoch werden wir orientiert über die Ansichten, zu denen der Verf. sich auf Grund seiner Beobachtungen berechtigt glaubt. Bis jetzt sind wir nicht gewöhnt, Pseudopodien an Bacillen zu sehen oder amöboide Bewegungen roter Blutkörperchen zu beobachten, sowie wir nicht an die Umwandlung von Leukocyten in Erythrocyten und umgekehrt glauben; ebensowenig wird der Beweis für die Chromatinnatur des Hämoglobins erbracht.

Ucke.

N. Burdenko. Materialy k woprossu o possledstwijach perewjaski venae portae. Ueber die Folgen der Unterbindung der vena portae. Inaug.-Diss. Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Zoege v. Manteufel. Jurjew. 1909.

Verfasser suchte experimentell an Hunden die Veränderungen zu studieren, die entstehen, wenn die Leber ausser Blutcirculation gesetzt wird. Da die Hunde die directe Unterbindung der vena portae nicht überleben, so suchte B. durch zwei Methoden seinen Zweck zu erreichen, d. h. die vena portae zum Verschluss zu bringen, ohne dass die Tiere dabei zu Grunde gingen. Bei der ersten Methode der peripheren cavo-portalen Anastomose werden zwei- und dreizeitig die einzelnen Wurzeln der vena portae unterbunden und eine Omentofixation ausgeführt; bei der zweiten Methode der centralen cavo portalen Anastomose nach Eck-Pawlow wird eine directe Verbindung zwischen diesen beiden Gefässen ausgeführt. Von den nach der ersten Methode operierten Hunden blieben 11 am Leben, von den nach der zweiten Methode operierten 3.

Der Verschluss der Pfortader und die Ausschaltung der Leber führen zu einer langsam progressierenden Atrophie des Organs; diese Atrophie ist weniger auf die Veränderung der Blutcirculation als auf den Ausfall seiner physiologischen Function zurückzuführen. Es kommt zu einer Induration der Leber, wobei die parenchymatösen Elemente fast vollständig zu Grunde gehen. Da durch den Ausfall der Leberfunction die Nieren überlastet werden, kommt es bald zu den verschiedenartigsten Veränderungen des Nierenepithels.

Sehr ausführlich werden die functionellen Resultate, die im Organismus nach dem Ausschalten der Leber hervorgerufen werden, besprochen. Die Hauptveränderungen bestanden in der Verminderung der Ausscheidung von Harnstoff, Verminderung der Assimilation von Kohlehydraten und einer grösseren Empfindlichkeit gegenüber Alkaloiden.

Zum Schluss der sehr fleissigen, die einschlägige Literatur ausführlich berücksichtigenden Arbeit wird ein Vergleich gezogen zwischen den experimentellen Ergebnissen und den pathologischen Erscheinungen im menschlichen Körper, die durch Kreislaufstörungen im Pfortadergebiet hervorgerufen werden.

Verfasser verhält sich ziemlich skeptisch der Omentofixation gegenüber, da durch diese Operation, wenn sie lege artis ausgeführt wird, zu viel Blut von der Leber abgeleitet wird, so dass es leicht zu schweren functionellen Störungen kommen kann.

Ausserdem ist es zweifelhaft, dass der Ascites nur durch ein mechanisches Moment hervorgerufen wird; es ist nicht unmöglich, dass eine chronische Peritonitis hier eine Rolle spielt.

Die Omentohepatofixation muss in den Fällen, wo ein Hindernis in der Pfortader selbst besteht, als vollständig rationell angesehen werden.

Weber.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Ernst Sommer. Röntgentaschenbuch. II. Band. Verlag von Otto Nemnich. Leipzig. 1909. VIII + 306 Seiten mit Ergänzungsseiten. Preis M. 4,50.

Es ist lobend hervorzuheben, dass das Röntgentaschenbuch diesen Namen eigentlich durchaus zu Unrecht trägt. Es handelt sich nicht, wie man vielleicht annehmen könnte, um ein Werk, welches nur periodisch einen gewissen Wert hat und dazu verdammt ist, ein Jahr lang in der Tasche getragen und beim Erscheinen des nächsten Jahrgangs vergessen zu werden. Der Name «Taschenbuch» ist von der Redaction unseres Erachtens kaum glücklicher gewählt als Röntgenkalender, wie dieses sorgfältig redigierte Buch im vorigen Jahrgang benannt war. Der Hauptwert des Buches besteht in einer Reihe ganz vorzüglicher Orginalartikel namhafter Röntgenologen (Alexander, Béla, Dessauer, Franze, Grashey, Holzknecht, Jonas, Kienböck, Immelmann, Köhler, Robinsohn, Schürmayer, Sommer, Wetterer, Moser, Nobele, Trapp und Wichmann). Sehr dankenswert ist eine von Sommer verfasste Uebersicht über die Leistungen und Fortschritte der röntgenologischen Technik für 1908. Den Schluss bildet ein internationales Verzeichnis der Röntgenologen und des Röntgeninstituts. Für Russland ist dasselbe vielleicht etwas lückenhaft. Wertvoll ist ein Vorschlag zur internationalen Regelung der Honorare für Röntgenbestrahlungen.

E. Hesse.

F. Lejars. Dringliche Operationen. Uebersetzung aus dem Französischen ins Deutsche von Strehl. Jena. 1909. Verlag von G. Fischer. Preis brosch. M. 22,50.

Das vorliegende umfangreiche Werk (1176 Seiten) ist eben in der sechsten Auflage erschienen. Strehl bezeichnet es nicht als Lehrbuch oder als Compendium, sondern als Practicum der Chirurgie. Es werden an lehrreichen Beispielen die Indicationen für chirurgische Eingriffe erörtert, wobei immer wieder die Improvisation von Operationen unter beschränkten äusseren Verhältnissen besonders berücksichtigt wird, wie man aus den ersten Capiteln des Werkes ersieht. Verf. unterweist den Leser, wie er sich zu helfen wissen müsse, wenn er sofort an Ort und Stelle einzugreifen und sich das Nötige selbst vorzubereiten habe. Der Begriff der dringlichen Operationen ist mit den zunehmenden operativen Erfolgen jetzt ein weiterer geworden als früher. Das Werk gibt eine vortreffliche Beschreibung der Technik einzelner Operationen und eine grosse Anzahl vorzüglicher Abbildungen, im Ganzen 994 an der Zahl. Statistiken und allerhand modificierte Operationsverfahren vermeidet Verf. anzuführen. Verf. beginnt mit den Operationen am Schädel und Halse (Schussverletzungen, Wunden des Gesichts, der Mund- und Nasenhöhle, der Augen etc., Blutungen) und geht dann auf die Operationen an der Brust über. Alsdann folgen die Bauchoperationen, die Resectionsverfahren am Darm mit instructiven Abbildungen, die Behandlung der Rupturen und Verwundungen der intraabdominalen Organe. An einer Reihe guter Abbildungen wird die Technik der Gastro-Jejunostomie, die Laparotomie bei Darmverschluss durch pathologische Adhäsionen, die Meckelschen Divertikel, der Volvulus etc., alsdann die Entero-Anastomose beschrieben. Daran schliessen sich die Capitel über Appendicitis und die verschiedenen eingeklemmten Hernien. Auch einige Operationen am weiblichen Genitalapparat werden besprochen, wie solche erforderlich sind bei Stieldrehungen von Tumoren, Peritonitis, geplatzter Tubargravidität, Abortblutungen. Dann folgt die Beschreibung von operativen Eingriffen am männlichen Geschlechtsapparat (Phimosen, Verletzungen der Genitalien, Katheterismus etc.) und am Anus und Rectum. Den Schluss bilden die bei Luxationen, Verletzungen, Fracturen notwendigen operativen Eingriffe an den Extremitäten. Das Werk gestattet eine rasche Orientierung, wozu nicht wenig die schon mehrfach löblich hervorgehobenen Illustrationen beitragen. Manchem Arzt, der auf verschiedenen Gebieten in dringlichen Fällen chirurgisch einzugreifen und dabei nicht die Möglichkeit hat, seine Kenntnisse aus den verschiedensten Specialwerken zu erweitern, wird mit diesem Werk sehr gedient sein.

Lingen.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. September 1909.

(Schluss.)

Dr. P. Hampeln wendet sich gegen die von Dr. Bornhaupt gebrauchten Ausdrücke, indem einmal ein Fremdwort, das andere Mal ein deutsches Wort gebraucht würde. Er hält es für richtiger, zwischen partiellen und universellen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(totalen) Peritonitiden zu unterscheiden, erstere könnten circumscript und diffus, letztere natürlich nur diffus sein.

Dr. Bornhaupt erwidert Dr. Hampeln, dass er ganz seiner Ansicht sei. Die Worte «diffus» und «allgemein» habe er gebraucht, weil sie sich so eingebürgert haben, dass man in allen Arbeiten der letzten Zeit fast nur diese Bezeichnungen findet.

Dr. P. Klemm demonstriert eine 6—7 cm. lange, vollständig verrostete Messerklinge, die 2½ Jahre im Gehirn eines Patienten geteckt hatte, ohne die geringsten cerebralen Erscheinungen gemacht zu haben. Vor ca. 14 Tagen stellte sich nämlich dem Referenten ein Patient mit einer kleinen eiternden Wunde an der linken Stirnseite vor, der angab, vor ca. 2½ Jahren ein Trauma erlitten zu haben — er habe einen Schlag oder einen Stoss mit der Faust auf den Kopf erhalten. Dr. Klemm vermutete einen Knochensplitter zu finden, musste aber, da er davon nichts finden konnte, zur Knochenaufmeisselung schreiten, wobei er dann das obenerwähnte abgebrochene Messerstück extrahierte.

Dr. Waldhauer erwähnt einen ähnlichen Fall aus der Praxis seines Vaters. Es handelte sich um einen Mann, der ein durch das Auge eingedrungenes Stück eines Messers 2—3 Jahre im Gehirn symptomlos mit sich herumgetragen hatte.

Dr. Leo Bornhaupt. Gestatten Sie, meine Herren, dass ich Ihnen hier über einen Fall berichte, der insofern ein Interesse beanspruchen darf, als eine derartige Erkrankung im Ganzen nicht häufig vorkommt und in ihrem Beginn gewöhnlich nicht diagnosticiert wird. Es handelt sich um eine Erkrankung, die unter dem Bilde einer Actinomycose verläuft, dabei aber nicht von einem echten Strahlenpilz hervorgerufen wird. Diese Krankheitsbilder werden unter dem Namen Pseudoactinomycosen zusammengefasst. Am 20. August 1909 trat ins Diakonissenhaus ein 38jähriger Patient ein, der angab, seit ca. Ende April krank zu sein. Anfang Mai ist er in Warschau operiert worden. Aus einem Schreiben des betreffenden Chirurgen habe ich ersehen, dass man bei der Laparotomie auf einen harten Tumor des Colon ascendens gestossen war, der breit der hinteren Bauchwand aufsass und als nicht operabel angesehen worden ist. Wegen der bestehenden Stenosenerscheinungen ist eine Enteroanastomose angelegt worden, die das Colon ascendens ausschalten sollte. Sehr bald nach der Operation stellten sich Schmerzen in der rechten Seite ein. Die Schmerzen und Schwellung nahmen in der rechten Seite allmählich zu, bis es zu einem Durchbruch gleich unterhalb der rechten Crista ossis ilei kam, wobei sich eine grosse Menge Eiter entleerte. Der Patient kam in einem recht traurigen Zustande in meine Behandlung. Er war stark abgemagert, blass, schwach; es bestanden Oedeme der unteren Extremitäten, namentlich rechts. Ueber der rechten Lunge etwas abgeschwächter Percussionsschall. Rechts hinten, unten, neben der Wirbelsäule jedoch ausgesprochene Dämpfung, davon lateralwärts tympanitischer Schall. Auscultatorisch beiderseits Rhonchi, besonders rechts. Rechts hinten, unten sehr abgeschwächtes Atmungsgeräusch und stellenweise feinmittelblasiges nicht consonierendes Rasseln. Im vorwiegend schleimigen Sputum keine Tuberkelbacillen nachzuweisen. Im Abdomen rechts unter der Leber ein harter unbeweglicher, druckempfindlicher Tumor zu fühlen. Die ganze rechte Lumbalgegend ist vorgewölbt und fluctuiert. Ueber dem rechten Darmbein eine Fistel, die Eiter seceriert. Per Rectum lässt sich deutlich druckempfindliche Vorwölbung neben der rechten Beckenwand nachweisen, der Tumor ist nicht beweglich. Die Röntgenaufnahme, die ich Ihnen hier herumreiche, zeigt deutlich aufgehellte Partien zwischen den Lendenwirbeln und verwischte Conturen auf der rechten Seite einzelner Wirbelkörper, was also dafür spricht, dass der Process schon die Knochen der Wirbelsäule befallen hat. Die Punction des subphrenischen Raumes verlief resultatlos. Die bakteriologische Untersuchung des aus der Fistel sich entleerenden Eiters, die von Dr. P. Praetorius ausgeführt worden ist, ergab Stäbchen und Fäden, die Aehnlichkeit mit der Actinomycose hatten, doch fanden sich keine Körnchen, culturell war nichts gewachsen. In der Annahme, dass es sich um einen hoffnungslosen, schon zu weit vorgeschrittenen Fall von Actinomycose, beziehungsweise Pseudoactinomycose handelte, lehnte ich einen operativen Eingriff ab und riet dem Patienten zur conservativen Behandlung. Auf einer darauffolgenden Consultation wurde von anderer Seite die Ansicht ausgesprochen, dass es sich doch vielleicht um eine alte, schwartige Perityphlitis handeln könnte, wonach sich ein subphrenischer Abscess entwickelt hätte, der nach unten hin durchgebrochen sei. Es sollte jedenfalls ein Versuch, den Eiterherd zu eröffnen, gemacht werden.

Am 15. August 1909 ist der Patient operiert worden, und ich habe ihm mit einem Nierenschnitt nach E. v. Bergmann eine grosse Eiterhöhle eröffnet, die längs dem Musc. ileo-psoas zum kleinen Becken hin sich senkte, und nach oben hin durch einen ganz feinen Fistelgang über den Schwarten mit einer Eiterhöhle im Subphrenium communicierte. Der hierbei gewonnene Eiter ist von Dr. Praetorius bakteriologisch untersucht und in demselben ist Cladotrix liquefaciens nachgewiesen worden. Cladotrix liquefaciens ist zuerst von Hesse beschrieben worden, später hat Garten ein ähnliches Mikrobium beobachtet. Dieser Pilz steht jedenfalls in näherer Beziehung zum Actinomyces bovis et hominis. Es kommen aber auch noch andere Mikroorganismen vor, wie sie zum Beispiel von Berestnew, Sawtschenko, Tscheglow beschrieben worden sind, die einen der Actinomycose ähnlichen Krankheitsprocess hervorrufen können. Auch im rigaschen Stadt-Krankenhause sind mehrfach Fälle operiert worden, die sich bakteriologisch als Pseudoactinomycosen verschiedener Art herausgestellt hatten. Dr. Gerhard Kieseritzky hatte damals die bakteriologischen Untersuchungen gemacht, und die Resultate sind in unserer gemeinschaftlichen Arbeit im 76 Bande des Archivs für klinische Chirurgie veröffentlicht worden. Alle diese Erkrankungen haben das mit einander gemein, dass sie sich im Anfang langsam und schleichend entwickeln, daher erst spät diagnosticiert werden und eine absolut schlechte Prognose haben. Die meisten Patienten sterben oder werden in einem recht trostlosen Zustande nach Hause entlassen.

Die Infection dringt bekanntlich durch die Atmungs- oder die Verdauungsorgane in den menschlichen Organismus ein. Bei der Affection der Luftwege werden die Patienten im Beginn gewöhnlich auf eine chronische Bronchitis oder beginnende Tuberculose hin behandelt. Erst wenn sich die Schwarten und Fisteln der Thoraxwand ausgebildet haben, wird gewöhnlich die richtige Diagnose gestellt. In den Fällen der intestinalen Affection veranlasst erst der palpable Tumor einen operativen Eingriff, aber auch bei der Operation ist es oft nicht leicht, zu entscheiden, ob es sich um einen malignen Tumor, um Tuberculose, Actinomycose oder einen einfachen entzündlichen, schwartigen Tumor handelt. Die einzige Rettung für den Patienten ist nur darin zu sehen, dass der ganze schwartige Tumor im Gesunden exstirpiert wird, wo nötig, auch mit Resection des erkrankten Darmteiles. Geschieht das nicht, so entwickelt sich der Process schleichend weiter. Ob er in den Atmungsorganen oder in der Bauchhöhle seinen Ursprung genommen hat, ist einerlei, er breitet sich gewöhnlich an der hinteren Thoraxwand oder Bauchwand längs der Wirbelsäule aus, befällt die Wirbelkörper, dringt zwischen dieselben ein, senkt sich längs der Lumbalgegend und dem Musc. ileo-psoas nach unten zum kleinen Becken hin, ferner schleicht er längs den Iliacalgefässen unter dem Lig. Poupartii nach unten und breitet sich in den Weichteilen des Oberschenkels aus. Die weitesten Incisionen bleiben resultatlos, und der Patient erliegt schliesslich dem zerstörenden Process. Dasselbe Schicksal erwartet auch den Patienten, über den ich Ihnen eben berichtet habe. denn trotz der breiten Eröffnung des Eiterherdes verfällt der Kranke sichtlich, magert immer mehr ab bei vollständiger Appetitlosigkeit, es bildet sich leicht Decubitus aus, die Wunden secernieren sehr stark, und der Process schreitet in den Weichteilen und in den Knochen der Wirbelsäule allmählich weiter fort. Ich habe es für meine Pflicht gehalten, Ihnen über diesen traurigen Fall Mitteilungen zu machen, weil ich der Ansicht bin, dass diese unter dem Namen Actinomycose beziehungsweise Pseudoactinomycose zusammengefassten Erkrankungen im Allgemeinen noch wenig bekannt und erforscht sind, ihres schweren und meist tötlichen Verlaufs wegen aber wohl eine genauere Beachtung verdienen.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm meint, dass inbetreff der durch Pilze hervorgerufenen zahlreichen Erkrankungen tatsächlich ein Mangel in unseren Kenntnissen zu constatieren ist. Nach Erwähnung der vielen durch Leptothrix buccalis hervorgerufenen Erkrankungen kommt er auf einzelne ursprünglich als bösartig gedeutete Tumoren zu sprechen und führt einen als Sarcom in der Blasengegend zuerst aufgefassten Tumor resp. Fall an, der sich später als eine durch Pilze hervorgerufene entzündliche Erkrankung herausstellte.

Dr. Brutzer erkundigt sich beim Vortragenden, ob er bei den von ihm erwähnten Fällen Jodkali bezw. Jodoform angewandt hätte?

Dr. Bornhaupt. Auf die Anfrage des Collegen C. Brutzer muss ich erwidern, dass ich weder von der Behandlung mit Jodkali innerlich in den Fällen von Actinomycose bezw. Pseudoactinomycose irgend ein erfreuliches Resultat gesehen habe, noch dass sich die reichlich Eiter secernierenden Wunden von Jodoform in irgend einer Weise beeinflussen liessen.

Dr. L. Bornhaupt. Ferner möchte ich Ihnen, m. H., hier eine Gallenblase mit einem Stein demonstrieren, die ich im acuten Anfall der Cholecystitis exstirpiert habe. Die Patientin ist 39 Jahre alt, ist bis zum 3. August 1909 völlig gesund gewesen, hatte nie an irgend welchen Schmerzen oder Beschwerden gelitten. Am 3. August ist sie plötzlich mit Schmerzen in der rechten Bauchhöhle unter der Leber erkrankt. Die Schmerzen wurden immer heftiger, und unter der Leber entstand eine druckempfindliche Geschwulst, womit die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patientin am 5. August ins Diakonissenhaus eintrat. Da hier unter Ruhe und Priessnitz der Zustand sich nicht besserte, die peritonitischen Symptome dagegen immer mehr in den Vordergrund traten, entschloss ich mich am 6. August zu einem operativen Eingriff. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass die sehr stark vergrösserte und dilatierte Gallenblase von ödematösen Verbackungen umgeben war. In der Umgebung zeigte sich seröses Exsudat, die benachbarten Darmschlingen waren stellenweise mit fibrös eitrigen Belägen bedeckt. Die Gallenblase war bläulichrot verfärbt, prall gefüllt, die Wand an der Kuppe war sehr verdünnt, der Perforation nah. Die Punction der Gallenblase ergab eine weisse, klare schleimige Flüssigkeit, aber keine Galle. Die bakteriologische Untersuchung dieser Flüssigkeit, die von Dr. Praetorius ausgeführt worden ist, ergab Fraenkel-Weichselbaumsche Pneumococcen. Bei der Exstirpation der Gallenblase fand ich diesen pflaumengrossen Stein im Halse der Gallenblase liegend, sodass derselbe den Ductus cysticus ventilartig, wie es Körte beschreibt, verlegte. Es handelt sich hier also um eine durch Pneumococcen verursachte acute metastatische Entzündung der Gallenblase, die durch den Umstand, dass der Abfluss des Secrets durch den Stein behindert war, mit einer Perforation der Gallenblase und mit Peritonitis drohte. Durch die Operation ist die Patientin dieser Gefahr entronnen und geheilt nach Hause entlassen worden.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln bemerkt zum Vortrage Dr. Bornhaupts, dass in diesem Falle das Fehlen des Icterus durch den Sitz des Verschlusses in dem Cysticus erklärt sei. Bekanntlich könne der Icterus aber auch beim Sitz der Steine in dem Ductus choledochus fehlen auch ohne Divertikelbildung, indem die Galle neben dem Steine ungehindert in den Darm gelangt. Immerhin sei dieses doch etwas Seltenes, und darum möchte er auf einen Fall seiner Praxis hinweisen, in dem wohl Gallensteinanfälle häufig vorgelegen hatten, doch stets ohne Icterus. Dennoch fand sich der Choledochus ausgefüllt von 3—4 recht grossen, in einer Längsreihe angeordneten Steinen, die vielleicht immer in den Gallengängen gelegen hatten. Der Tod trat in späteren Jahren unter toxämischen, an acute Leberatrophie erinnernden Erscheinungen ziemlich plötzlich ein.

Dr. P. Klemm erinnert an einen analogen von ihm am Anfang des vorigen Semesters berührten Fall. Die Steine brauchen nicht in der Blase zu sitzen, sondern werden von der Schleimhaut des Cysticus gleichsam eingefangen. Was die Trinkcuren betrifft, so beruhe ihr Effect in einem Deflux, einer Abschwellung der Schleimhaut.

Dr. Bornhaupt. Zur Frage der Therapie möchte ich noch bemerken, dass, während man früher im acuten Anfall ungern operierte, neuerdings Körte und Kümmel, auch Riedel im Falle einer acuten Cholecystitis für eine operativen Eingriff im Anfall eintreten, um der Perforationsperitonitis vorzubeugen. Körte, zum Beispiel, hat vor kurzem über 36 neue Fälle von Cholecystitis acuta purulenta berichtet, welche im acuten Stadium operiert wurden, ohne Todesfall. Auch das Präparat, das ich Ihnen hier zeigen kann, beweist uns, wie leicht es unter solchen Verhältnissen zur Perforation kommen kann, und wie wichtig es ist, eine derartige Gallenblase zu entfernen, bevor die Perforationsperitonitis einsetzt.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky
d. z. Secretär.

Sitzung vom 7. October 1909.

Anwesend 39 Mitglieder und als Gäste Dr. Stieda und Dr. Spalwing.

Dr. A. Bertels demonstriert pathologisch-anatomische Präparate.

1. Von einem Fall von Scirrhus der Gallenblase, combiniert mit einem solitären Gallenblasenstein; es war dabei zu einer scirrhösen Synechie der Organe der Bauchhöhle gekommen, mikroskopisch das Bild einer einfachen chronischen adhäsiven Peritonitis darbietend.

2. Von einer Trichomycetenerkrankung. Bei einer 28-jährigen Virgo, die unter der klinischen Diagnose eines Uteruscarcinoms zur Section kam, fand sich ein kindskopfgrosser Tumor im kleinen Becken, weder mit den Genitalorganen, noch mit Blase oder Rectum im Zusammenhang stehend. Er war nach aussen gut abgegrenzt durch eine bindegewebige Kapsel und bot das Gefühl der Fluctuation dar. Beim Durchschneiden fand sich, dass der Tumor zum grössten Teil aus weichen knolligen Massen von hellrötlicher Farbe bestand, dazwischen fanden sich ausgedehnte erweichte Partien und trockene käsige Stellen; auch schwieliges Gewebe war in geringer Menge vorhanden; durch den ganzen Tumor zerstreut fanden sich kleine orangefarbene Einsprengungen. Mikroskopisch boten die hellrötlichen Knollen sarcomähnliche Structur; an vielen Stellen aber fanden sich Actinomyces-ähnliche Drusen, jedoch ohne Keulen. Bei Giemsafärbung liess sich erkennen, dass die Drusen aus coccen- und stäbchenförmigen Gebilden bestanden. Abweichend vom echten Actinomyces war das die Drusen unmittelbar umgebende Gewebe zellarm. Es fanden sich auch ausserhalb der Drusen massenhaft Pilzelemente und zwar hier hauptsächlich Stäbchen und Fäden. Keine Verzweigungen. Bei der Ziehlschen Färbung wurden sie entfärbt, während sie die Gramfärbung annahmen; bei der letzteren Färbung wurde auch ein hauptsächlich in der Umgebung der Pilzelemente sich findendes fädiges Netzwerk (Fibrom) mitgefärbt. Das schon bei der makroskopischen Betrachtung beobachtete orangefarbene Pigment fand sich mikroskopisch in Form von Häutchen, welche zum Teil strahlige und fädige Structur erkennen liessen. Eine genauere bakteriologische Untersuchung war versäumt worden, da dem Vortragenden während der Section der Verdacht einer Pilzerkrankung überhaupt nicht gekommen war.

Redner weist auf den Ausspruch v. Hansemanns (Artikel Actinomycose in Eulenburgs Realencyklopädie) hin, dass den Trichomyceten vielleicht eine grössere pathologische Bedeutung zukomme, als es nach der bisherigen Seltenheit einschlägiger Beobachtungen scheine. Dies erkläre sich wohl daraus, dass die Trichomycosen, selbst wenn sie mikroskopisch untersucht werden, nicht immer ihren parasitären Ursprung zu verraten brauchen. So seien die den Actinomyces ähnlichen Drusen, welche im vorliegenden Fall den Verdacht auf eine parasitäre Erkrankung lenkten, erst nach Durchmusterung mehrerer Präparate aufgefallen.

Auch Schürmayer habe einen Fall publiciert, in welchem die klinische Diagnose auf Tuberculose des Fussgelenks gestellt war, wo bei der Operation «multiple Sarcome» gefunden wurden, welche Diagnose auch durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde, und wo nur die nebenhergehende bakteriologische Untersuchung den parasitären Charakter (Streptothrix) der Erkrankung aufdeckte. Ferner gebe auch Gasperini an, dass Streptotricheen «typische Osteosarcome» zustande bringen können.

3. Die linke Hälfte eines Diaphragma mit einem runden ca. 2 cm. im Durchmesser haltenden, von einem fibrösen Ring umgebenen Defect. Dieser Defect hat bei einer Primipara Anlass zur Entstehung einer incarcerierten Hernie gegeben. Offenbar ist durch das Pressen während der Drangwehen die Incarceration zustande gekommen. In der linken Pleurahöhle fand sich die flexura lienalis coli nebst einem Stück Netz.

4. Halsmark und Brustmark von einem Falle von Syringomyelie. Pat. hatte den Morvanschen Symptomenkomplex dargeboten. Im Hinblick auf die Behauptung Zambacos, dass die Syringomyelie eine Erscheinungsform der Lepra sei und dass auch im vorliegenden Fall während des Lebens an Lepra gedacht worden war, wurde auf etwaige Symptome einer solchen besonders geachtet, auch ein Schnitt durch das erkrankte Rückenmark auf Leprabacillen gefärbt, jedoch ohne Erfolg. (Nachtrag: Dr. Praetorius hat in diesem Fall auch den Nasenschleim mit negativem Resultat auf Leprabacillen untersucht).

5. Ein Cancroid der Hand, das zu einer Zerstörung sämtlicher Handknochen geführt hat, während die Haut nur an einer eng begrenzten Stelle ergriffen ist.

6. Ein Fibrosarcom, von der Haut des Unterschenkels ausgehend, von polypöser Form.

(Autoreferat).

ad. 2. Dr. von Krüdener: Am Tränensack kommen Erkrankungen durch Streptothrix vor. Redner hat 2 solche Fälle gesehen, von denen er einen im ärztl. Verein demonstriert hat. Es bilden sich nussgrosse Knollen, die mit der Wand des Tränensacks nicht zusammenhängen. Diese Erkrankung an Streptothrix ist bisher 40 Mal in der Literatur beschrieben. In der Freiburger Klinik ist es gelungen, die Pilze zu züchten. Die Giemsafärbung gibt sehr gute Bilder.

ad. 4. Dr. von Bergmann fragt, ob eine Untersuchung der peripheren Nerven vorgenommen wurde.

Dr. Bertels: am Nervus ulnaris fand sich eine bandförmige Umformung, doch war der mikroskopische Befund normal. Eine Anfrage des Dr. Brutzer, ob der Centralcanal des Rückenmarkes erweitert war, wie es bei Syringomyelie beschrieben wird, verneint Vortragender.

Dr. M. Hirschberg stellt einen Fall von Mycosis fungoides vor.

Frau vom Lande: ca 35 Jahr alt. Seit ungefähr einem Jahr krank. Begann mit heftig juckendem Ausschlag (Stadium praemycoticum, pruriginosum). Die Haut war in einzelnen Herden ergriffen. Einzelne schwanden. Allmählich stellte sich der momentane Status ein.

St. pr. Diffus infiltriertes Gesicht, Gesichtsfalten verstrichen. Kopfhaut mit einer dicken, gelben, lamellösen Schwarte bedeckt, aus der Ferne wie ein Favus; beim näheren Zusehen dieselbe Schuppung wie an der gesamten Haut; diese in toto in grossen Lamellen sich abhebend, z. T. klein schuppend, hier und da freies Serum hervortreten lassend, glänzend. An

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Haut der Brust vereinzelte Ringe, ähnlich Herpes Tonsuransringen; an den Unterextremitäten dickere Borken. Die Haare der Brauen und auf dem Kopfe undicht. Im Gesicht und an den Extremitäten sieht man teils erhabene, unregelmässig begrenzte Infiltrate von bläulich roter Farbe, von schwammähnlicher Consistenz; einige von ihnen halbwallnussartig gross. Empfindlichkeit gegen alle Qualitäten deutlich erhalten. Schleimhäute frei. Frösteln (infolge Serumverluste etc.). Fiebersteigerungen. Die Prognose ist ungünstig. Wenn solche Fälle mit viel Serumverlust rasch verlaufen, kann man sie auch als Lymphodermia perniciosa (Kaposi) oder Mycosis à forme erythrodermique (Besnier und Hallopeau) bezeichnen. Die Aetiologie ist unbekannt. Auf Schnitten sind die Tumoren markig sulzig. Histologisch: Oedem. Acanthosis. Gefässsclerosierung. Infiltration der Papillarschicht. Epitheloide Zellen. Plasmazellen. Erweiterte Lymphräume.

Therapie: Arsen. X-Strahlen. (Autoreferat).

Dr. von Engelmann hat 3 Fälle der hier selten beobachteten Erkrankung an M. f. gesehen. Die starke Abschuppung spricht nicht gegen diese Diagnose, es gibt auch eine Form, die an Psoriasis erinnert. Sicher wird die Diagnose erst durch die tumorartigen Erhebungen, die aber oberflächlich sind im Gegensatz zu Sarcom; auch der chronische Verlauf ist gegen letztere Diagnose anzuführen, und das Fehlen von Drüsenschwellung lässt eine Reihe anderer Erkrankungen ausschliessen. Bei der Sarcomatose vermisst man ferner ein ekzematöses Stadium, und dass die Erscheinungen stellenweise schwinden, an anderen Stellen neu auftreten, kommt beim Sarcom nicht vor. Um die Diagnose Mycosis fungoides sicher zu stellen, fehlt noch die Blutuntersuchung und die histologische Untersuchung. Redner zeigt die Photographie eines Patienten mit Mycosis fungoides.

Dr. Eliasberg glaubt auch andere Erkrankungen als M. f. ausschliessen zu können, da ekzematöses Stadium und Tumorbildung vereint zu finden sind. Exulcerationen treten in einem späteren Stadium auf. Auf weitere Untersuchungsmethoden könnte man verzichten.

Dr. v. Krüdener fragt nach der Prognose, Therapie und Nationalität d. P.

Dr. Hirschberg. P. ist Lettin, am meisten Aussicht hat die Röntgentherapie.

Dr. Hirschberg. Demonstration von Moulagen.

1. Herpes tonsurans.
2. Herpes zoster.
3. Pemphigus vegetans.
4. Pemphigus bullosus.
5. Lupus erythematodes.
6. Psoriasis.
7. Senile Haut.
8. Urticaria u. Oedem d. Haut.
9. Tumor cavernosus.

Dr. Büttner. Vortrag über Intermittierenden Spasmus der beiden Magenpforten als Reflexneurose bei Cholelithiasis (erscheint im Druck).

Dr. Huff. In der Schilderung des Vortragenden erkennt D. Huff gleichsam mit photogr. Treue seine eigene Leidensgeschichte wieder, die erst nach einer vor kurzem überstandenen glücklichen Gallensteinoperation ein Ende fand. Huff glaubte anfangs ein Magenleiden zu haben. Die Schmerzattacken endeten nicht nur mit Aufstossen, sondern es erhob sich beim Nachlassen der Schmerzen auch eine Peristaltik des ganzen Darmes. An Hyperacidität hatte Patient zudem stets gelitten. Anfangs schien der peinliche Zustand nur in einer hochgradigen Spannung des Magens zu bestehen. Erst später wurde durch äusserste Druckempfindlichkeit in der Gallenblase während eines Anfalls von einem Collegen die eigentliche Ursache der Erkrankung gefunden. Bei der Operation fanden sich starke Verwachsungen zwischen Duodenum und Magen. Ein grosser Stein stak im Choledochus. Vor der Operation war kein Steinabgang bemerkt worden.

Dr. Hampeln spricht sich anerkennend über die genaue Krankenbeobachtung aus und hebt die kritische Stellung des Vortragenden hervor. Der causale Zusammenhang zwischen Steinabgang und Attacken ist in diesem Fall erwiesen. Ihm ist kein Fall dieser Art aus seiner Praxis klar erinnerlich. Ob die Fälle oft vorkommen, ist fraglich. Es gibt viele Correlationen auch der Nervenbahnen, und die ausgelösten Erscheinungen sind daher auch individuell verschieden. Wie in 1000 Fällen von Vergiftung die Wirkung einmal anders sein kann als in allen übrigen Fällen.

Dr. Krannhals stimmt dem Vorredner bei. Es werden sich beim Verfolgen ähnlicher Attacken vielleicht häufiger ähnliche Fälle beobachten lassen. Er hat einen Fall, der vielleicht so zu deuten wäre. Eine Dame hatte 2 Anfälle von Pylorospasmus gehabt, die auf Hyperacidität zurückgeführt wurden und prompt schwanden. Es liess sich damals keine Cholelithiasis und keine Lebererkrankung nachweisen. 5—6 Wochen später waren ausgesprochene Erscheinungen von Cholelithiasis mit Icterus da.

Dr. Burchard hat seit einigen Tagen eine Patientin mit ähnlichen Symptomen in Behandlung. Die Dame ist seit längerer Zeit gallensteinkrank. Sie leidet in Anfällen an heftigem Druckschmerz in der Magengegend. Der Schmerz liess nach, wenn sie ein Bein so stark flectierte und anzog, dass dadurch ein Druck auf den Magen ausgeübt wurde. Es gingen 200 Steine ab im Lauf der Krankheit. Jetzt kehren die Schmerzanfälle wieder, und Patientin erwartet eine neue Gallensteinerkrankung.

D. v. Engelhardt. Es ist bekannt, dass die Cholelithiasis reflectorisch in anderen Organen heftige Schmerzen und krampfhafte Zustände hervorrufen kann. Ein junger Student litt an Krämpfen und Schmerzen im Leibe, druckempfindlich war aber nur die Gallenblase, der Sitz der Erkrankung. Bemerkenswert ist im Fall des Vortragenden, dass hier typische Magenerscheinungen durch Cholelithiasis hervorgerufen wurden. Atonie und Hyperacidität des Magens sollten aber nicht eo ipso auf die Gallenblase bezogen werden, die Erkrankungen können neben einander bestehen.

Dr. Büttner, Schlusswort: Bei den oben in der Discussion angeführten Fällen von Cholelithiasis scheint eine reflectorische Störung der Magenfunction nicht erwiesen zu sein. Nach dem subjectiven Befinden, wie es Dr. Huff in seiner Krankengeschichte schildert, lässt sich das nicht entscheiden. Das Aufstossen am Schluss der Attacken lässt wohl darauf schliessen, dass ein Reflex vor sich gegangen, Pylorospasmus kann man aber nur durch objective Untersuchung nachweisen.

Zu den Ausführungen Dr. v. Engelhardts bemerkt Vortragender: bekannt sind nur einzelne Symptome als Reflexe, wie Erbrechen und Aufstossen, die durch Cholelithiasis am Magen hervorgerufen werden, dass sich auf reflectorischem Wege Chemismus und Motilität während des Anfalles ändern, ist bisher nicht sicher nachgewiesen.

Gegen Dr. Hampeln: Es kann sich im vorliegenden Fall nicht um eine Ausnahme handeln, bedingt durch Besonderheit der Nervenbahnen, weil bei Reflexen von anderen Organen auch Pneumatose auftreten kann, z. B. bei Stenocardie und Asthma dyspepticum. Hier ist die Pneumatose nicht das Zeichen einer primären Magenneurose; nach Schmidt ist sie durch die primäre Herzneurose bedingt.

Dr. C. Brutzer
d. z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Zum Präsidenten der Hauptverwaltung der russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes ist das Mitglied des Reichsrates A. A. Iljin ernannt.

— Der Privatdocent der Moskauer Universität W. N. Ssawin ist zum Professor der chirurgischen Operationslehre und topographischen Anatomie an der Universität zu Tomsk ernannt.

— Der in Warschau verstorbene Millionär Narbut hat sein Haus und das dazugehörige Land im Wertbetrage von 600000 Rbl. der Universität zu Warschau vermacht.

— Der 3. internationale Congress für physikalische Therapie findet vom 29. März bis zum 2. April (n. St.) 1910 in Paris statt.

— Der 4. Congress für experimentelle Psychologie findet am 19.—22. April (n. St.) 1910 in Innsbruck statt. Anmeldungen sind an Prof. Dr. Fr. Hillebrand in Innsbruck zu richten.

— Der 9. Congress russischer Chirurgen wird vom 19. bis zum 23. December 1909 in Moskau stattfinden. Der fünfte Tag des Congresses (23. Dec.) wird voraussichtlich speciell Urologischen Fragen gewidmet sein. Das Programm enthält folgende Themata:

1) «Chirurgische Behandlung des Ulcus ventr. rotund.» Referenten: Prof. K. M. Sapjeschko (Odessa) und Prof. J. K. Spisharnyi (Moskau); Correferent — S. J. Spassokukotzki (Ssaratow).

2) «Chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis». Referent: Prof. G. F. Zeidler (St. Petersburg); Correferent W. M. Mintz (Moskau).

Anmeldungen von Referaten und kurze Autoreferate sind bis zum 25. November an den Vorsitzenden Prof. F. A. Rein (Moskau, Неопалимовскій пер., д. Кольбе) zu richten.

Für die Referate sind 15 Minuten angesagt und für die Discussion 5 Minuten. Personen, die sich an der Ausstellung medicinischer Apparate, Präparate, Zeichnungen, Photographien, Röntgenographien u. s. w. beteiligen wollen, werden gebeten, es an obenstehende Adresse nicht später als bis zum 10. Dec. mitzuteilen, mit genauer Angabe der auszustellenden Gegenstände und der Grösse des gewünschten Raumes.

Mitgliedsbeiträge (8 Rbl. p. Jahr, 100 Rbl. lebenslänglich) kann man dem Secretär der Gesellschaft, F. I. Bereskin

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

senden (Moskau). Dort werden auch Beiträge für den Fond auf den Namen des verstorbenen Prof. P. I. Djakonow entgegengenommen.

— Die letzte Nummer der Deutschen Medicinischen Wochenschrift (Nr. 45) enthält ein opus posthumum unseres verstorbenen Collegen Dr. Alexander Natanson in Moskau, d. i. ein Aufsatz über «Toxische Erblindung nach Genuss von verfälschtem Kinderbalsam. Ein Beitrag zur Kenntnis der Holzgeistvergiftung». Zwecks Verhütung von Unfällen tritt der Verf. für eine amtliche Beaufsichtigung und Controlle des Vertriebs von Holzgeist ein.

— In Kairo ist von der aus Staatsmitteln unterstützten Ligue de Prophylaxie Sanitaire das erste Hospital für Haut- und Geschlechtskrankheiten eröffnet, zu dessen Oberarzt Dr. N. J. Joannides, ein Schüler Prof. Neissers ernannt ist.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 26. September bis zum 2. October erkrankten 4377 Personen, starben 3460. — Aegypten. Vom 23. bis zum 29. October erkrankte und starb 1 Person in Port-Said und erkrankte 1 in Zifta. — Türkei. In der Quarantänestation in Adalia fand am 28. October 1 Todesfall an Lungenpest statt.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich. Vom 31. October bis zum 6. November erkrankten 5 Personen an der Cholera. — Belgien. Vom 26. bis zum 31. October erkrankten in Boom 2 Personen. — Britisch-Indien. Vom 25. September bis zum 2. October starben an der Cholera 8 Personen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 1. bis zum 7. Nov.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	31	(5)	6263	(2393)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	1	(9)	1336	(739)	27. »
» Estland . . .	—	(—)	89	(53)	5. Aug.
» Livland . . .	—	(—)	318	(170)	16. Juni
» Witebsk . . .	—	(—)	3393	(1315)	16. »
» Kowno	7	(3)	162	(77)	9. Aug.
» Jaroslaw . . .	—	(—)	991	(518)	24. Juni
» Kostroma . . .	5	(4)	416	(205)	6. »
» Nishnij Nowgorod	1	(1)	285	(144)	30. »
» Astrachan . .	—	(—)	41	(25)	27. Aug.
» Baku	17	(8)	126	(60)	16. Sept.
» Nowgorod . . .	—	(—)	776	(401)	7. Juni
» Pskow	—	(—)	430	(176)	28. »
» Kiew	—	(—)	198	(90)	22. Aug.
» Kursk	3	(2)	35	(12)	28. Oct.
» Ekaterinoslaw .	1	(—)	96	(42)	6. Sept.
» Poltawa . . .	—	(—)	243	(137)	22. Aug.
» Taurien. . . .	18	(7)	124	(70)	28. »
Stadt Wladiwostok .	1	(—)	148	(95)	4. Sept.
Im Ganzen	85	(39)	14500	(7022)	

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 4. Nov.	des 5. Nov.	3	1	7	109
» 5. »	» 6. »	1	1	3	113
» 6. »	» 7. »	6	—	4	112
» 7. »	» 8. »	1	1	12	100
» 8. »	» 9. »	1	0	11	90
» 9. »	» 10. »	3	1	9	83
» 10. »	» 11. »	3	2	12	72

Seit dem Beginn der Epidemie sind 16627 Personen erkrankt, 6525 gestorben und 10030 genesen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 25. bis zum 31. Oct. 1909 571 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 17, Typh. exanth. 7, Febris recurrenz 10, Pocken 25, Windpocken 16, Masern 146, Scharlach 86, Diphtherie 119, Cholera 40, acut. Magen-Darmkatarrh 53, an anderen Infectionskrankheiten 34.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12156. Darunter Typhus abdominalis 234, Typhus exanth. 16, Febris recurrens 37, Scharlach 315, Masern 105, Diphtherie 249, Pocken 175, Windpocken 4, Cholera 133, crupöse Pneumonie 119, Tuberculose 573, Influenza 133, Erysipel 122, Keuchhusten 15, Hautkrankheiten 80, Syphilis 578, venerische Krankheiten 418, acute Erkrankungen 2000, chronische Krankheiten 1549, chirurgische Krankheiten 1505, Geisteskrankheiten 3341, gynäkologische Krankheiten 253, Krankheiten des Wochenbetts 47, verschiedene andere Krankheiten 66.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 690 + 47 Totgeborene + 32 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 9, Typh. exanth. 1, Febris recurr. —, Pocken 9, Masern 21, Scharlach 14, Diphtherie 13, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 17, katarrhalische Pneumonie 58, Erysipelas 2, Influenza 6, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 1, Cholera 16, Magen-Darmkatarrh 22, andere Magen- und Darmerkrankungen 37, Alcoholismus 13, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 17, andere Todesursachen 251.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 30. October in Odessa Dr. W. A. Ssilujanow, geb. 1841, Arzt seit 1863. 2) In Worms am 10. November der hervorragende Historiker der Medicin, Dr. Johann Herrmann Baas im 71. Lebensjahr. 3) Dr. George E. Stubbs, Professor der Chirurgie an dem Medico-Chirurgical College in Philadelphia.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 24. Nov. 1909.

Tagesordnung: 1) Stuckey: Zur Casuistik der metastatischen Nieren- und Leberabscesse (mit Krankenvorstellung).
2) Hesse: Ueber combinierte Erkrankung an hereditären multiplen Enchondromen und Exostosen (mit Krankenvorstellung).
3) Hecker: Ueber die Erfolge der Behandlung chirurgischer Tuberculose in Leysin.

Geschäftliche Sitzung: 1) Verlesungen des Entwurfs der neuen Haus- und Geschäftsordnung.
2) Beschlussfassung über die Einforderung rückständiger Mitgliedsbeiträge.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Nov. 1909.

Tagesordnung: Prof. Zeidler: Frühoperation bei Appendicitis.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

C. Bachem. Unsere Schlafmittel mit besonderer Berücksichtigung der neueren. Verlag von A. Hirschwald. Berlin 1910.

Th. Hausmann. Die methodische Intestinalpalpation. Verlag von S. Karger. Berlin. 1910.

F. Penzold und R. Stintzing. Handbuch der gesamten Therapie. 6. Lieferung. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909.

M. Kirchner. Die in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten seit 1897 ergriffenen Schutzmassregeln gegen die Lepra. Separatabdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. Bd. 22.

E. v. d. Osten-Sacken. Zur orthopädischen Chirurgie des veralteten Klumpfusses. Sonderabdruck aus «Zeitschrift für orthopädische Chirurgie». Bd. XXIV.

M. Kirchner. Die Desinfection bei Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfection. Separatabdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. Bd. 22.

H. v. Schrötter. Zur Prophylaxe und Therapie des Scleroms. Separatabdruck aus der «Wiener Medicinischen Wochenschrift». 1909, Nr. 44 bis 46.

N. A. Astachoff. Ueber die Pathogenese der Zahnwurzelcysten. Sonderabdruck aus «Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde». 1909, Heft 9 und 10.

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg. Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau. Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval. Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga. Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 47 St. Petersburg, den 21. November (4. Dec.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Zur Anwendung des Momburgschen Schlauches bei atonischen Blutungen nach der Geburt.

Von

Dr. W. Beckmann, Petersburg.

Die bisher in der Geburtshilfe bekannten Methoden der Behandlung von atonischen Nachgeburtsblutungen genügen in der Mehrzahl der Fälle. Wichtig ist es nur, dass der Geburtshelfer seine Geistesgegenwart nicht verliert und systematisch und ruhig vorgeht. Zunächst muss er sich davon überzeugen, dass keine Rissblutung vorliegt, welche durch Anlegen von Nähten zu stillen ist. Darnach muss der Uterus entleert werden, wonach bei Sitz der Placenta auf einer contractionsfähigen Uteruswand zur Anregung von Contractionen durch Massage, Ergotininjectionen, heisse Scheiden- und Uterusspülungen, bimanuelle Compression nach Gusserow, bimanuelle Massage oder Frischschen Compressionsverband geschritten wird. Handelt es sich um einen Sitz der Placenta auf einer Stelle der Uteruswand, die nicht contractionsfähig ist, z. B. bei Placenta praevia, Myomen, Tubeneckenplacenta oder Uterusseptumplacenta, so soll man mit den genannten Mitteln unnütz keine Zeit verlieren, sondern sofort zur Tamponade des Uterus und der Vagina schreiten. Trotzdem kommen dazwischen Fälle zur Beobachtung, wo selbst die Combination von Tamponade und contractionserregenden Mitteln nicht zum Ziele führt, so dass Todesfälle an Verblutung nicht zu vermeiden sind. Es ist daher zu verstehen, dass immer wieder neue Vorschläge zur Behanlung von Nachgeburtsblutungen gemacht werden.

Von chirurgischer Seite ist vor kurzem ein neues Blutstillungsverfahren empfohlen worden, das wohl seine häufigste Anwendung bei atonischen Blutungen in der Geburtshilfe finden dürfte.

1908 veröffentlichte Momburg eine Methode der Aortencompression, die er folgendermassen beschreibt [1]). Ein gut fingerdicker Gummischlauch wird dem liegenden Patienten unter voller Ausnutzung der Elasticität langsam in mehreren Touren (etwa 2—4 genügen), zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand angelegt, bis die Pulsation der A. femoralis nicht mehr fühlbar ist. Die Schlauchenden können durch eine starke Klemme zusammengehalten werden. Auf diese Weise können Blutungen in der unteren Körperhälfte verhütet oder bekämpft werden.

Es liegt auf der Hand, dass diese überraschend einfache Methode eine Compression der Aorta viel vollkommener und sicherer zu Wege bringen muss, als eine digitale Aortencompression, zu welcher man früher in schweren Fällen von Blutungen als ultimum refugium seine Zuflucht nehmen musste. Wenn früher eine Schlauchcompression, wie sie Momburg vorschlägt, von Niemand angewandt wurde, so geschah dies aus Furcht vor etwaigen Schädigungen der Bauchorgane durch den elastischen Druck. Die bisherigen Beobachtungen und Versuche haben aber bewiesen, dass das Anlegen eines elastischen Schlauches nach Momburg selbst bei länger dauernder Abschnürung der ganzen unteren Körperhälfte keinerlei Schädigungen des Organismus zur Folge hat.

Rimann und Wolf [1]) untersuchten bei Menschen und Tieren den Einfluss der erwähnten Aortencompression auf die Herztätigkeit und den Blutdruck und fanden bei Anlegung des Schlauches eine deutliche Blutdrucksteigerung, dagegen liess sich bei Abnahme des Schlauches eine noch bedeutendere Blutdrucksenkung nachweisen. Sie fanden ferner, dass eine Compression der Aorta und Vena cava infer. allein keine Blutdrucksteigerung zur Folge hatte. Diese trat dagegen ein bei gleichzeitiger Compression der A. und V. mesenterica super. Will man also eine plötzliche Blutdrucksteigerung vermeiden, so dürfen die Darmgefässe nicht comprimiert werden. Dieses lässt sich in Beckenhochlagerung, bei

[1]) Centralbl. für Chirurg. 1908. Nr. 23 und 41.

[1]) Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 1909. Bd. 98.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welcher die Därme nach oben sinken, erreichen, wenn man den Schlauch möglichst tief anlegt.

Momburg rät die plötzliche Blutdrucksenkung bei Abnahme des Schlauches dadurch zu umgehen, dass man vorher die Oberschenkel und Unterschenkel noch einzeln abschnürt. Nach Abnahme des Taillenschlauches kann man sodann in bestimmten Pausen einzeln die zuerst angelegten Schläuche von den Extremitäten abnehmen.

Der Momburgsche Vorschlag wurde sofort von geburtshilflicher Seite aufgenommen und bei atonischen Uterusblutungen angewandt. Da sich nun bekanntlich der von seiner Blutzufuhr abgeschnittene Uterus stark contrahiert, so ergibt sich daraus eine weitere Empfehlung für die Anwendung dieser Methode in der Geburtshilfe, welche bei chirurgischen Operationen natürlich nicht in Frage kommt. Gelingt aus irgend welchen Gründen die Entfernung der Placenta durch äussere Handgriffe nicht, so kann durch die infolge der künstlich hervorgerufenen arteriellen Uterusanämie ausgelöste kräftige Wehentätigkeit die Placenta spontan ausgestossen werden. Sollte es aber nötig sein, eine manuelle Placentarlösung vorzunehmen, so ist diese Operation nach Anlegung des Schlauches in dem gut contrahierten Uterus viel leichter auszuführen als in der atonisch schlaffen Gebärmutter.

Die mit dieser Methode bis jetzt erzielten Resultate ermuntern durchaus zu weiterer Anwendung derselben.

Sigwart [1]) wandte dieselbe in einem Falle an, wo die Placenta 13 Stunden post partum selbst in Narkose nicht exprimiert werden konnte und man zur manuellen Placentarlösung schreiten musste, welche die Diagnose Tubeneckenplacenta bestätigte. Nach Entfernung der Placenta blutete es aus dem sich als schlaffer Sack präsentierenden Uterus sehr stark. Ergotin, eiskalte Spülungen, Massage blieben ohne Erfolg. Nach Anlegung eines fingerdicken Schlauches in 2 Touren stand die Blutung. Der Uterus wurde steinhart und blieb auch hart nachdem der Schlauch nach 15 Minuten abgenommen wurde.

Die Umschnürung machte bei den schlaffen Bauchdecken der Frischentbundenen keinerlei Mühe und verursachte auch keinerlei Schmerzen. Bei einer zweiten Frau, welche eine Placentarexpression als sehr schmerzhaft empfand, rief der Schlauch keine wesentlichen Klagen hervor und wirkte ebenso prompt wie im ersten Falle. In 2 weiteren Fällen wurde der Schlauch von Sigwart gleichfalls mit Erfolg ohne Narkose angelegt. Der scheinbar rohe Eingriff veranlasst der Frau durchaus kein Leiden und wird von Sigwart bei atonischen Blutungen warm empfohlen.

Auch nach Höhne [2]) ist erwiesenermassen ungefährliche Schlauchschnürung des Abdomens für die Behandlung der Nachgeburtsblutungen, namentlich aber auch als Blutsparungsmittel nach Geburt des Kindes bei Placenta praevia von ganz hervorragender Bedeutung, weil sie alle intragenitalen Methoden der Blutstillung, die oft in grosser Hast und deswegen nicht aseptisch ausgeführt werden, entbehrlich macht. Höhne glaubt, dass sich vielleicht die künstliche Anämisierung des Uterus auch zwecks Einleitung des arteficiellen Abortes verwerten lässt. Er berichtet über 2 Fälle von atonischer Uterusblutung, von denen der erste deswegen interessant ist, weil es sich um die Ausräumung einer Blasenmole nach Längsspaltung der geschlossenen Cervix handelte. Im zweiten Falle traten als Nebenwirkung heftige Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten auf, welche 3 Stunden anhielten und danach spurlos verschwanden. Ein ebenso glänzendes Resultat erzielte in einem Fall von Uterusatonie B. Krönig [1]).

In einem Falle eigener Beobachtung erzielte ich gleichfalls ein überraschend günstiges Resultat. Es handelte sich um eine 32-jährige IV para von mittlerer Ernährung mit Hydramnion, bei welcher nach 8-stündiger Wehentätigkeit ein 3100 g. schwerer Knabe spontan geboren wurde. Die Austreibungsperiode dauerte 2 Stunden. Bald nach der Geburt des Kindes wurde der Uterus schlaff und trat eine Blutung auf, die trotz der üblichen Massnahmen (Injection von Secacornin, heisse Duschen, Uterusmassage) nicht zum Stehen zu bringen war. Der durch das Hydramnion stark ausgedehnte Uterus blieb atonisch. Die Frau verlor viel Blut, wurde blass, klagte über Ohnmachtsanwandlungen, der Puls war 140, klein, es trat Unruhe auf, mit einem Worte, die Situation wurde besorgniserregend. Da entschloss ich mich zum Anlegen des Schlauches nach Momburg, wozu der Irrigatorschlauch verwandt wurde. Derselbe, wurde 3 Mal um die Taille fest angezogen, bis der Femoralispuls verschwand, was bei dem mässigen Fettpolster der Frau und den schlaffen Bauchdecken sehr leicht gelang. Die sonst recht wehleidige Patientin, welche beim Reiben des Uterus über Schmerzhaftigkeit geklagt hatte, beklagte sich nicht über den Schlauch. Die von den Autoren beschriebene „Wespentaille", welche dabei die Frau gewissermassen in 2 Hälften teilt, liess sich auch in diesem Falle in überraschender Deutlichkeit beobachten. Das ganze Convolut der Därme schien sich oberhalb des Schlauches zu befinden. Das Resultat dieser Manipulation war überraschend. Der Uterus contrahierte sich, wurde steinhart, die Blutung hörte zunächst auf. Nach einigen Minuten entleerten sich aus dem Uterus zahlreiche Gerinsel, die Placenta löste sich und konnte leicht exprimiert werden. Weiterer Blutverlust erfolgte auch nach Abnehmen des Schlauches nach 10 Minuten langem Liegen nicht mehr. Die Gebärmutter blieb gut zusammengezogen, Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, und Pat. erholte sich allmählich vollständig. Der erzielte Erfolg war einfach glänzend.

Ueber einen ähnlichen Fall berichtet Kalabin [2]). Der Schlauch wurde wegen starker atonischer Blutung nach Abgang der Placenta angelegt. Die Blutung stand prompt. Brouha [3]) machte eine gleich günstige Erfahrung in 6 Fällen und rät daher diese Methode als einfach den Hebammen anzuzeigen, da sie leicht bis zur Ankunft des Arztes von ihnen angewandt werden kann. Auch Liepmann [4]) rühmt die Methode auf Grund von 6 eigenen Beobachtungen.

Wenden wir uns jetzt den Mitteilungen zu, welche über weniger günstige Resultate berichten, so wäre zunächst Rieländer [5]) zu nennen. Von seinen 9 Fällen musste er bei 5 Frauen den Schlauch wieder abnehmen und zur Uterustamponade greifen, weil der Schlauch kein Aufhören oder Nachlassen der Blutung zur Folge hatte. Diese Erscheinung ist anatomisch nicht zu erklären. Ist die Aorta vollständig comprimiert, was durch Verschwinden des Femoralispulses leicht zu controllieren ist, so bleibt für die Blutversorgung der unteren Körperhälfte nur die Communication zwischen Art. mammaria int. und Art. epigastria infer. nach, und auch diese wird durch den Schlauch nach den Versuchen von Höhne aufgehoben. Bei richtigem Anlegen des Schlauches kann also nur venöses Blut in geringem Masse nachsickern, was sich nach Momburg dadurch vermeiden

[1]) Centralbl. f. Gynäk. 1909. Nr. 7.
[2]) Centralbl. f. Gynäk. 1909. Nr. 10.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 46.
[2]) Журналъ Акушерства и женск. болѣзн. 1909. XI. pag. 1131.
[3]) Scalpel, Nr. 37, citiert nach Kalabin.
[4]) Liepmann. Das geburtshilfliche Seminar. Berlin. Hirschwald 1910.
[5]) Centralbl. f. Gynäkol. 1909. Nr. 28.

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lässt, dass man vor Anlegen des Schlauches die untere Körperhälfte blutleer macht. Die Misserfolge Rieländers dürften sich daher durch technische Fehler beim Anlegen des Schlauches erklären lassen.

Von grösserem Interesse sind die Beobachtungen Rieländers über das Allgemeinbefinden und die Pulsverhältnisse in seinen übrigen Fällen. In 3 Fällen von Placenta praevia trat Uebelbefinden der Pat. ein, der Puls wurde noch schlechter, das Gesamtbefinden verschlechterte sich, die Pat. bekamen Todesangst, Erbrechen und Atemnot traten auf. Alle diese Erscheinungen verschwanden nach Abnahme des Schlauches, der Puls besserte sich, und die Blutung musste durch andere Mittel bekämpft werden.

Im letzten Falle wurde der Schlauch wegen mässiger Blutung nach der Geburt eigentlich mehr experimenti causa angelegt. Es gelang aber nicht, den Schlauch so fest anzuziehen, bis der Femoralispuls verschwand. Auch hier wurde eine Steigerung des Pulses (von 84 bis 136) hervorgerufen. Im Wochenbett traten am 2. und 3. Tage profuse Durchfälle auf, und der Urin musste bis zum 5. Tage mit dem Katheter abgelassen werden. Letzterer Umstand ist meines Erachtens von keiner Bedeutung und kommt auch bei normalen Wöchnerinnen vor, während es sich im erwähnten Falle sogar um ein stupides Individuum handelte.

Weitere geburtshilfliche Beobachtungen werden gewiss noch einige Contraindicationen gegen die Anwendung des Momburgschen Schlauches ergeben. Bis jetzt darf angenommen werden, dass nur veränderte Gefässwände in erster Linie als Gegenanzeige anzusehen sind. Die durch den Schlauch hervorgerufene Blutdrucksteigerung kommt insofern nicht in Betracht, als ja der Blutdruck in den in Betracht kommenden Fällen bei den ausgebluteten Kreissenden weit unter der Norm zu sein pflegt. Rieländer verlangt ausserdem als Vorbedingung für das Anlegen des Schlauches eine genügende Entleerung des Magens und Darmes. Ausser Rieländer erwähnt nur A. Mayer [1]) ganz kurz, dass er bei dieser Methode keinen deutlichen Effect beobachtet habe.

Aus den erwähnten, bis jetzt wenig zahlreichen geburtshilflichen Erfahrungen mit dem Momburgschen Schlauch geht jedenfalls hervor, dass wir in dieser neuen Methode eine wertvolle Bereicherung unserer Behandlungsmethoden bei atonischen Blutungen sehen müssen. Der Schlauch braucht nur kurze Zeit liegen zu bleiben, und die mit in der Eile nicht genügend desinficierter Hand vorgenommenen manuellen Placentarlösungen mit ihren schrecklichen Folgen kommen durch diese Methode in Wegfall.

Zum Schluss möchte ich noch kurz auf die mit der Momburgschen Methode gemachten Erfahrungen in der Chirurgie und Gynäkologie eingehen. Die Verhältnisse liegen ja dort sicherlich anders als bei atonischen Blutungen. Dort soll die Verwendung des Schlauches meist das Zustandekommen einer Blutung verhindern, post partum aber eine bereits vorhandene Blutung zum Stehen bringen.

Die Chirurgen verwenden diese Methode hauptsächlich bei schweren Becken- und Hüftgelenkoperationen (Exarticulationen) und die Autoren, welche zuerst über sie berichten, erzielten glänzende Erfolge (Momburg [2]) in 3 Fällen und Rimann [3]) und Axhausen [4]) in je 1 Fall). Nebenerscheinungen wurden von diesen Autoren bis auf eine geringe kurzdauernde Dicrotie des Pulses (Rimann) nicht beobachtet.

Auf dem diesjährigen Congress deutscher Chirurgen konnte Momburg bereits 34 Fälle (17 geburtshilfliche und 17 chirurgisch-gynäkologische) zusammenstellen, in denen seine Methode von verschiedenen Operateuren angewandt war. Gelegentlich der Discussion zu diesem Vortrage erwähnte Pagenstecher einen Fall von Osteosarcom des Beckens, bei dessen Entfernung der Momburgsche Schlauch verwandt wurde. Eine darnach beobachtete Sphincterparalyse konnte nicht mit Sicherheit dem Schlauch zur Last gelegt werden, da es sich um eine sehr eingreifende Operation handelte. Trendelenburg warnt vor dieser Methode, weil er Fallen des Blutdruckes und Collaps als Folgeerscheinung bei einem älteren Pat. beobachtete. Herzarhythmie liess sich noch eine ganze Woche lang beim selben Pat. nachweisen. Bei älteren Leute und Herzkranken soll deshalb diese Methode nicht angewandt werden.

Sprengel konnte mit der Momburgschen Methode keine volle Blutleere erzielen, dagegen spricht sich Verhoogen für dieselbe aus.

Immerhin dürfte das Anwendungsgebiet dieser Methode in der Chirurgie nicht sehr weit sein, da bekanntlich die Beckenoperationen und Hüftgelenksexarticulationen zu den seltenen Operationen gehören; vielleicht liesse sich dieselbe auch bei den Operationen wegen Mastdarmkrebs verwenden.

Dieses gilt wohl weniger für schwere gynäkologische Operationen an ausgebluteten Patientinnen. Hofbauer [1]) exstirpierte als Erster per vaginam ein Myom unter Momburgscher Blutleere mit Erfolg.

Dührssen [2]) entfernte einen carcinomatösen Uterus, ebenso operierte Mackenrodt [3]). Er verwandte diese Methode in einem Falle von starker Blutung, die bei der vaginalen Eröffnung eines parametralen Abscesses bei Collumkrebs zustande kam, mit gewünschtem Erfolg. Ausserdem hat Mackenrodt nach dieser Methode noch 4 Collumcarcinome und 1 Scheidenrecidiv mit Beckenmetastasen nach früherer Totalexstirpation operiert. Alle Pat. überstanden die Operationen gut, und es wurden keine Schädigungen derselben beobachtet, trotzdem der Schlauch dazwischen über eine Stunde liegen blieb. Auf Grund der Erfahrung in der Mackenrodtschen Klinik kommt Neuhaus [4]) zum Schluss, dass das Anlegen des Schlauches vielerlei Vorteile darbiete. Während der Operation wird der Operateur durch keine Blutung gestört, man erhält den Eindruck, als arbeite man an der Leiche. Die Auslösung der Parametrien ist leicht, und alle durchschnittenen Gefässchen deutlich zu sehen und gut zu versorgen. Auch die Gefahr einer Luftembolie, die bei ectatischen Beckenvenen vorliegt, fällt auf diese Weise fort. Zweckmässig ist es, den Schlauch erst nach Eröffnung der Bauchhöhle in steiler Beckenhochlagerung und tiefer Narkose anzulegen. Auf diese Weise erreicht man einen vollständigen Abschluss der oberen Bauchhöhle mit seinem Inhalt; unterhalb des Schlauches bleiben nur Colon descendens, Rectum, Blase und innere Geschlechtsorgane. Es ist ohne weiteres klar, dass auf diese Weise ein Vorfallen oder Abkühlen des Darmes wie auch eine Infection desselben vermieden werden kann. Zur Eröffnung der Bauchhöhle wird ausserdem der Mackenrodtsche Querschnitt durch Haut, Fascie und Recti empfohlen.

Um etwaige Misserfolge bei der Momburgschen Methode zu vermeiden, macht Neuhaus noch einige Vorschläge zur Verbesserung derselben.

---

[1]) Practische Ergebnisse der Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I. pag. 206.
[2]) l. c.
[3]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1908. Bd. 94.
[4]) Deutsche Med. Wochenschr. 1908. pag. 2114. Nr. 49.

[1]) Deutsche Med. Wochenschr. 1909, pag. 226.
[2]) Cit. nach Momburg. Arch. f. klin. Chirurg. 1909.
[3]) Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 20, beschrieben von Neuhaus.
[4]) l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei nicht mageren Menschen empfiehlt er beim Anziehen des Schlauches eine sagitale Falte in der Bauchwand zu bilden und in dieselbe ein weiches 15—20 cm. langes cylindrisches Gazekissen zu legen. Das Kissen liegt in der Gegend der grossen Gefässe, welche beim Anziehen auf diese Weise stets auch bei fetteren Personen comprimiert werden. Eine andere Modification besteht darin, dass nach Eröffnung der Bauchhöhle ein flaches, weiches Gazekissen von Handgrösse intraperitoneal auf die Gefässe gelegt wird und darüber der Schlauch zu liegen kommt. Das Gazekissen liesse sich auch durch ein aufblasbares Gummikissen ersetzen über dem der Taillenschlauch angezogen werden kann.

Zu erwähnen wäre noch, dass bei Anwendung von Lumbalanästhesie diese nach Anlegen des Momburgschen Schlauches länger dauert, und dass auch von den zur allgemeinen Narkose verwandten Mitteln ein viel geringeres Quantum als gewöhnlich verbraucht wird, was die Klappschen Versuche über Narkose bei verkleinertem Blutkreislaufe bestätigt.

Ueber die Dauer der Umschnürung mit dem Momburgschen Schlauch ist bis jetzt bekannt, dass dieselbe mehrfach über längere Zeit ohne Schaden angewandt wurde. Versuche, die Hoehne[1]) an Kaninchen anstellte, ergaben, dass der Schlauch 2—2½ Stunden ohne schädliche Folgen liegen bleiben konnte. Im Falle von Hofbauer blieb der Schlauch an der ausgebluteten Pat. 75 Minuten, in einem Falle von Dührssen 2 Stunden und 15 Minuten liegen, ohne irgend welche Schädigungen hervorzurufen.

Wir sehen also, dass die Momburgsche Blutstillungsmethode in ihrer ursprünglichen Anwendungsform in der Geburtshilfe bei atonischen Blutungen verblüffend einfach und wirksam ist; in der Gynäkologie dürfte dieselbe noch weiter ausgearbeitet und modificiert werden, verspricht aber auch hier eine wesentliche Erleichterung gerade der schwersten und eingreifendsten Operation zu bewirken.

Aus der gynäkologischen Abteilung des städtischen Alten Katharinenhospitals in Moskau.

Ueber Serumbehandlung des Puerperalfiebers.

Von

Dr. E. Arndt.

Die glänzenden Resultate, welche die Serumbehandlung der Diphtherie erzielte, veranlassten die Bakteriologen zu Versuchen, auch zur Behandlung anderer Infectionskrankheiten Sera herzustellen, unter anderem auch zur Behandlung der Streptococcensepsis, zu welcher in überwiegender Mehrzahl das Puerperalfieber gehört. Im Jahre 1895 trat Dr. Marmorek, welcher im Institute Pasteurs in Paris arbeitete, mit einer Bekanntmachung hervor, die er zuerst in den Annales de l' Institut Pasteur, dann in der Wiener medicinischen Wochenschrift veröffentlichte, darüber, dass es ihm gelungen sei, ein Autistreptocqccenserum herzustellen, welches in einer Reihe von ihm behandelter Fälle von Streptococcenerkrankungen, hauptsächlich Erysipel und Puerperalfieber, als wirksam sich erwies. In dieser Arbeit weist Marmorek darauf hin, dass er zur Erreichung seines Zieles mit einer Menge von Schwierigkeiten zu kämpfen hatte. Die Beobachtung, dass die Streptococcen in gewöhnlichen Bouillonculturen bald ihre Virulenz verlieren, veranlasste ihn, nach einem Nährboden zu suchen, in dem die Streptccoccen, ohne ihre Virulenz einzubüssen, wachsen könnten; als geeignet dazu erschien ihm ein Gemisch von Bouillon mit Menschen- oder Pferdeserum oder mit der serösen Flüssigkeit aus Ascites oder einem Pleuraexsudat. Zur Erhöhung der Virulenz impfte Marmorek die Streptococcen vom getöteten Tier unmittelbar auf ein anderes über; durch solche Tierpassagen gelang es ihm, die Virulenz der Streptococcen so zu erhöhen, dass $^{1}/_{1000000}$ Cubikcentimeter seiner Cultur in Ascitesbouillon ein Kaninchen tötete. Solche hochvirulente Culturen verwandte er zur Immunisierung von Pferden, und das Serum dieser Pferde erwies sich imstande, Kaninchen gegen die tödliche Dosis der Streptococcencultur zu schützen. Dieses Serum wandte er auch beim Menschen an, unter anderem auch bei sechzehn Fällen von Puerperalfieber; von diesen erwies sich ein Fall als reine Infection mit Bakterium coli; von den übrigen fünfzehn waren 7 Fälle reine Streptococceninfection (Sterblichkeit = 0), 3 Fälle Mischinfection Streptcoccen und Bakterium coli (Sterblichkeit = 3), 5 Fälle Mischinfection Streptococcen und Staphylococcus aureus oder albus (Sterblichkeit = 2).

Dieses Resultat erregte natürlich grosses Aufsehen, aber die weiteren klinischen Beobachtungen zeigten, dass das Serum Marmoreks durchaus nicht den gehegten Erwartungen entsprach, und es entstand das Bedürfnis, die Herstellungsmethode durchzusehen und zu verbessern. Marmorek verwandte zur Herstellung seines Serums nur einen vom Menschen gewonnenen und durch Tierpassagen virulent gemachten Stamm Streptococcen und behandelte mit diesem Serum alle Krankheiten, bei denen Streptococcen gefunden werden, wie Rose, Puerperalfieber, Scharlach, Rheumatismus u. A. Ausgehend von der Verschiedenheit der Arten der Streptococcen bei den verschiedenen Krankheiten, stellten Denys und van de Velde die Forderung auf, dass zur Immunisierung der Pferde mehrere Culturen verschiedenen Ursprungs verwendet werden sollten zur Herstellung eines polyvalenten Serums. Ein solches Serum wurde unter anderem auch im Moskauer Bakteriologischen Institut verfertigt und von Doctor Wlassjewskij bei mehreren Puerperalfieberfällen angewandt, worüber er im Jahre 1902 in der Moskauer Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie berichtet hat. Eine weitere Aenderung der Methode Marmoreks bestand darin, dass man statt durch Tierpassagen virulent gemachte Streptococcen direct vom Menschen gewonnene Culturen zur Immunisierung der Pferde verwandte; die Beobachtung hatte nämlich gezeigt, dass die Streptococcen bei Tierpassagen wohl für die betreffende Tierart höchst virulent werden, dagegen aber ihre Virulenz für den Menschen einbüssen, was unter anderem die missglückten Versuche zeigen, durch Einimpfen des Erysipels bösartige Geschwülste zu heilen. Ein eifriger Verfechter der Herstellung polyvalenter Sera durch Immunisierung mit direct vom Menschen gewonnenen Streptococcenculturen war Tavel. Aronson dagegen schlug vor, ausser bei verschiedenen Krankheiten gewonnenen Menschenstreptococcen auch solche Arten zur Immunisierung von Pferden zu nehmen, die durch Passagen durch Tiere z. B. Mäuse für letztere pathogen gemacht worden waren; der Sinn dieses Vorschlages ist der, auf diese Weise ein bei Mäusen und beim Menschen gleich wirksames Serum zu erhalten, um es vor der therapeutischen Anwendung bei Mäusen zu erproben. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Immunkörperbildung gegen beide Arten Streptococcen parallel geht. Andere Autoren haben sich dafür ausgesprochen, dass zur Behandlung einer jeden Streptococcenerkrankung ein specielles Serum nötig sei, das durch Immunisierung der Pferde mit nur einem speciellen Streptococcus gewonnen werden müsse: solche Sera werden monovalente genannt, z. B. das Puerperalserum

[1]) l. c.

von Prof. Paltauf, das Scharlachserum von Moser und a.

Zur Erklärung der Wirkungsweise des Antistreptococcenserums wurden Versuche gemacht, um den Einfluss des Serums auf die Streptococcencultur in vitro zu studieren, wobei es sich herausstellte, dass das Antistreptococcenserum nicht baktericid genannt werden könne, weil es nicht nur die Streptococcen nicht tötet, sondern sogar als Nährboden für sie dienen kann. Im Jahre 1897 teilte der belgische Professor Denys auf dem internationalen Congress in Moskau mit, dass nach seinen Untersuchungen der günstige Einfluss des Antistreptococcenserums, den man bei den Tierversuchen beobachtet, durch das Auftreten der Phagocytose unter dem Einfluss des Serums erklärt werden müsse. Klinisch beobachtete Bumm dieses Auftreten der Phagocytose unter dem Einfluss der Seruminjection im Jahre 1904 bei Untersuchung der Lochien bei Puerperalkranken vor und nach der Seruminjection. Ausführlicher beschäftigten sich mit dieser Frage Neufeld und Rimpau, welche ihre Untersuchungen im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin anstellten. Sie fanden, dass beim Vermengen von Streptococcen und Leukocyten keine Phagocytose auftritt; wenn man aber zu diesem Gemisch Antistreptococcenserum hinzufügt, so erfolgt sofort die lebhafteste Phagocytose. Indem sie die Versuchsanordnungen modificierten, bewiesen Neufeld und Rimpau, dass das Auftreten der Phagocytose nicht davon abhängt, ob die zum Versuch genommenen Leukocyten von einem immunisierten Tier abstammen oder nicht; notwendig ist nur, dass das Serum von einem immunisierten Tier genommen werde. Zur Prüfung der Ansicht Metschnikoffs, dass im Serum immunisierter Tiere sich Stoffe befinden, welche anregend auf die Leukocyten wirken, sogenannte „Stimuline", machten Neufeld und Rimpau folgenden Versuch: sie vermischten zuerst Leukocyten mit Immunserum, centrifugierten darauf die Leukocyten ab und fügten Streptococcen hinzu. Es erfolgte keine Phagocytose; darauf vermengten sie Streptococcen mit Immunserum, centrifugierten die Streptococcen ab und fügten zu ihnen Leukocyten hinzu — es erfolgte Phagocytose. Daraus zogen sie den Schluss, dass im Immunserum Stoffe enthalten seien, welche specifisch auf die Bakterien derart wirken, dass sie für die Phagocytose zugänglich werden. Zur Bezeichnung dieser Stoffe schlugen sie den Namen „Bakteriotropine" vor, das Serum aber schlugen sie vor, zum Unterschied von den bisher bekannten baktericiden und antitoxischen — „bakteriotrop" zu nennen. Zu gleicher Zeit fand Professor Wright in London analog wirkende Stoffe und bezeichnete sie mit dem Namen „Opsonine". Opsonine finden sich nach den Untersuchungen Wrights in geringer Menge auch im Normalserum, sogenannte Normalopsonine, die beim Erwärmen auf 60 Grad zerstört werden, während die im Serum immunisierter Tiere enthaltenen Immunopsonine beim Erwärmen nicht zerstört werden, termostabil sind. Die Immunopsonine sind nach der Meinung der meisten Forscher mit den Bakteriotropinen Neufelds und Rimpaus identisch. Mit Hilfe der Opsonine glaubte Wright alle Erscheinungen der Immunität zu erklären und schlug seine neue Opsonintheorie der Immunität vor. Diese Theorie versöhnt gleichsam die zwei früher vorgeschlagenen und sich feindlich gegenüberstehenden Theorien der Immunität: die Phagocytentheorie Metschnikoffs und die humorale Buchners: indem sie die grosse Bedeutung der Phagocytose als Mittel des Kampfes des Organismus mit der Infection anerkennt, schreibt sie zugleich auch dem Serum eine wirksame Beteiligung in diesem Kampfe zu. Ausser einem rein wissenschaftlichen Interesse hat diese Theorie auch einen practischen Wert: indem wir zu einem Gemisch von Leukocyten und Bakterien das eine oder das andere Serum hinzufügen, können wir nach der Zahl der phagocytierten Bakterien über die Menge der im Serum enthaltenen Opsonine urteilen; die Bestimmung des „opsonischen Index" des Serums beim Kranken und seine Schwankungen infolge dieser oder jener Massnahmen gibt uns die Möglichkeit, über das Ansteigen oder Sinken der Abwehrkräfte des Organismus zu urteilen. Nach den Beobachtungen Wrights ruft die Injection von abgetöteten Bakterienculturen eine Ansammlung von Immunopsoninen im Serum des Kranken hervor, das heisst, erhöht den „opsonischen Index" des Serums, infolgedessen der Organismus befähigt wird, mit Erfolg den Kampf mit der Infection zu bestehen. Hieraus entstand die Vaccinotherapie, d. h. die Behandlung mit Injectionen abgetöteter Bakterienculturen, welche mit Erfolg hauptsächlich in England bei chronischen Infectionen, wie Tuberculose, Lupus, Sycosis etc. angewandt wird. Es wurden Versuche gemacht, auch die Puerperalsepsis mit Vaccinotherapie zu behandeln, doch haben Wright und seine Schüler darin keine Anhänger gefunden. Der Unterschied zwischen Vaccinotherapie und Serotherapie ist der, dass wir bei ersterer durch Injectionen von abgetöteten Bakterienculturen eine active Immunität hervorzurufen bestrebt sind, während bei der Serotherapie indem wir in den kranken Organismus schon fertige Immunkörper einführen, bei ihm eine passive Immunität hervorgerufen wird.

Natürlich war das Verlangen, vor der Anwendung des Antistreptococcenserums beim Menschen dasselbe nach der Methode Wrights auf den Gehalt an Immunopsoninen zu prüfen, seinen „opsonischen Index" zu bestimmen. Mit solchen Versuchen beschäftigten sich Heynemann und Barth in der Klinik Prof. Veits in Halle. Zu ihren Untersuchungen nahmen sie im Handel befindliche Antistreptococcensera verschiedener Firmen vermischten gleiche Mengen Serums, Streptococcencultur und Leukocyten, stellten diese Mischung für 20 Minuten in den Brustschrank und bestimmten nachher den Grad der eingetretenen Phagocytose, zum Vergleich wurden dieselben Versuche mit Serum normaler Wöchnerinnen angestellt. Zum grössten Erstaunen der Untersucher selbst erwies es sich, dass in den Röhren mit Serum normaler Wöchnerinnen eine lebhafte Phagocytose auftrat, während in den Röhren mit Antistreptococcenserum keine oder nur sehr geringe Phagocytose constatiert werden konnte. Sie nahmen an, dass das Fehlen der phagocytosebefördernden Substanzen in den zu Versuchen genommenen Seris dadurch bedingt sei, dass die Sera alten Ursprungs waren und dass mit der Zeit diese Stoffe zerstört werden, und wiederholten deshalb dieselben Versuche mit frischen Seris, jedoch das Resultat blieb dasselbe, nur in dem Serum Merk erwies sich die Anwesenheit der phagocytosebefördernden Substanzen, doch auch in bedeutend geringerer Menge im Vergleich zum Serum normaler Wöchnerinnen; nur im stark verdünnten Antistreptococcenserum konnte man eine lebhaftere Phagocytose beobachten als im entsprechend verdünnten Normalserum. Man könnte annehmen, dass die phagocytosebefördernden Substanzen einen zusammengesetzten Bau im Sinne Ehrlichs haben und aus einem Amboceptor, der im Antistreptococcenserum sich befindet, und einem Complement bestehen, aber auch der Zusatz von Normalserum als Complement änderte nicht das Resultat der oben angeführten Versuche, ebenso das Verwenden von Pferdeleukocyten statt menschlicher. Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen Heynemann und Barth zu dem Schlusse, dass die günstige Wirkung des Antistreptococcenserums, die bei Tierversuchen beobachtet wird, nicht von dem Gehalt an phagocytosebefördernden Substanzen abhängig ist. Guggisberg in Bern und E. Martin in Berlin, welche auch über die Bedeutung der Opsonine bei der puerperalen Streptococceninfection Versuche anstellten, kamen zu dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schluss, dass die Bedeutung der Wrightschen Theorie für die puerperale Streptococceninfection nicht erwiesen ist. Womit der Widerspruch zwischen den Resultaten der letztgenannten Forscher und den Arbeiten Wrights und Neufelds zu erklären sei — ist Sache der Zukunft; solange aber, bis wir nicht wissen, durch die Anwesenheit welcher Substanzen im Antistreptococcenserum seine Wirksamkeit bei Tierversuchen erklärt wird, sind wir nicht imstande, experimentell seine Wirkung auf die Kranken zu verfolgen. Wir sind also vorläufig dazu gezwungen, über die Wirkung des Serums bei Kranken nur nach den Veränderungen im Verlaufe der Krankheit zu urteilen. Es ist aber meiner Ansicht nach sehr gewagt, aus dem Abfall der Temperatur, der Besserung des Pulses und des Allgemeinbefindens, den Veränderungen im Charakter und der Quantität der Lochien über die Wirksamkeit des Serums Schlüsse zu ziehen. Wer viel Gelegenheit gehabt hat, Puerperalkranke zu beobachten, der weiss, wie unregelmässig und veränderlich der Verlauf der Krankheit sein kann, wie wenig wir Anhaltspuncte haben, um eine sichere Prognose zu stellen, und wie es demnach schwer ist, wenn man vollkommen objectiv urteilen will, die Besserung im Zustand der Kranken der Wirkung des Antistreptococcenserums zuzuschreiben. Ein kritischer Abfall der Temperatur und schnelle Besserung aller Symptome tritt auch bei ausschliesslich localer Therapie sehr oft ein bei Kranken mit äusserst schweren allgemeinen Erscheinungen. Bei Tierversuchen tritt die therapeutische Wirkung des Serums umso deutlicher hervor, je kürzere Zeit zwischen der Infection und der Injection des Serums vergangen ist, während Serum, lange Zeit nach der Infection auch in bedeutend grösserer Menge injiciert, das Tier nicht retten kann. Deshalb ist es sehr wichtig, das Serum im Anfang der Erkrankung einzuspritzen, und es ist sehr viel Mühe darauf verwandt worden, um auf Grund der bakteriologischen Untersuchung der Lochien früh diese oder jene Prognose zu stellen; so z. B. wurde eine Zeitlang angenommen, dass die Eigenschaft der Streptococcen, Hämolyse hervorzurufen, ein Merkmal ihrer Virulenz sei; aber die Untersuchungen der Lochien normaler Wöchnerinnen zeigten, dass auch bei ihnen häufig hämolytische Streptococcen gefunden werden. In letzter Zeit hat Fromme die Mitteilung veröffentlicht, dass es ihm nach langen Bemühungen gelungen sei, durch eine bestimmte Mischung von Nährbouillon und Lecithin die virulenten hämolytischen Streptococcen von den saprophytären hämolytischen Streptococcen zu unterscheiden. Neben einer Reihe publicierter Beobachtungen, wo in der Mehrzahl der Fälle nach Seruminjection Heilung eintrat, gibt es eine Menge Arbeiten, wo die Autoren zum Schluss kommen, dass die Serumtherapie vollkommen nutzlos sei. In Anbetracht dessen, dass nicht in allen publicierten Fällen eine bakteriologische Untersuchung vorgenommen wurde, und ausserdem die Einteilung der Fälle in schwere, mittlere und leichte bei verschiedenen Autoren verschieden ist (z. B. teilen einige die Fälle nach dem Resultat der bakteriologischen Untersuchung in Misch- und reine Streptococceninfectionen, dann in Fälle, wo die Streptococcen nur in den Lochien oder auch im Blute der Kranken gefunden wurden, andere teilen die Fälle nach der Schwere der anatomischen Veränderungen ein), ist eine Zusammenstellung aller publicierten Fälle zwecks einer grossen Statistik unmöglich. Die Mehrzahl der Autoren kommt jedenfalls zu dem Schlusse, dass der günstige Einfluss des Serums auf den Verlauf der puerperalen Streptococceninfection nicht bewiesen ist.

Meine Beobachtung der Puerperalfieberfälle im Alten Katharinenkrankenhaus, wo es eine specielle Abteilung für sie gibt, wohin die schwersten Fälle nicht nur aus Moskau sondern auch aus der Umgegend gelangen, hat mir gezeigt, dass ungefähr $^3/_4$ bei ausschliesslich localer Therapie (Gebärmutterausspülung, Entfernen der Nachgeburtsteile, Eröffnen der Abscesse, Wärme oder Kälte auf das Abdomen) im Verein mit Excitantien und Antipyreticis heilen. Die wenigen Fälle, in welchen die Streptococcen in den Lochien und im Blut gefunden und die Serumtherapie angewandt wurde, endigten letal.

Ausser der therapeutischen Anwendung des Serums haben einige Autoren, wie z. B. Fromme und Zangemeister versucht, die Frage über die Wirksamkeit des Serums beim Menschen dadurch zu lösen, dass sie es prophylactisch vor operativen Geburten oder vor gynäkologischen Operationen einspritzten, und kamen auch zu dem Resultat, dass die Wirkung des Serums gleich Null sei. So berichtet Fromme über eine Kranke, welche trotz prophylactischer Einspritzung von Antistreptococcenserum nach der Operation an Peritonitis zu Grunde ging; bei der Section wurde im Peritonitiseiter eine reine Cultur von Streptococcen gefunden. Professor Pinard in Paris spritzte allen Kreissenden prophylactisch Antistreptococcenserum ein und fand, dass sich der Procentsatz der Erkrankungen im Wochenbett dadurch nicht verringerte.

Zangemeister sprach als erster die Meinung aus, dass die Forderung, das Antistreptococcenserum vor seiner Anwendung bei Kranken an Tieren (Kaninchen) zu erproben, ungenügend sei. Die Unwirksamkeit des Serums beim Menschen, während dasselbe Serum im Tierversuch vollkommen wirksam sich erweist, erklärt Zangemeister durch die Verschiedenheit der Immunkörper bei Kaninchen, Mäusen und Menschen. Bei Tieren nahestehender Arten können die Immunkörper einander vertreten, so schüzt das durch Immunisierung von Pferden gewonnene Serum Kaninchen und Mäuse vor der Infection. Zangemeister beschloss darum, zur Entscheidung der Frage, ob das Pferdeserum zur Behandlung des Menschen tauglich sei, seine Wirksamkeit an Affen zu erproben. Er spritzte mehreren Affen eine bestimmte Dosis Streptococcencultur ein, wobei einige von ihnen vorher eine Injection von Pferdeimmunserum erhalten hatten, andere nicht. Es erwies sich, dass das Serum immunisierter Pferde nicht imstande ist, Affen vor der Infection zu schützen, die einen, wie die andern gingen gleichzeitig zu Grunde; ebenso hatte das nach der Infection eingespritzte Serum keinen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung, ja es hatte sogar den Anschein, dass lange Zeit nach der Infection eingespritztes Serum den Tod der Affen beschleunigte. Nun versuchte Zangemeister, die Affen zu immunisieren, indem er ihnen zuerst abgetötete, dann lebendige Culturen von Streptococcen einspritzte (wie man es gewöhnlich mit Pferden zur Gewinnung des Antistreptococcenserums macht). Es erwies sich, dass man auf diese Weise bei Affen active Immunität hervorrufen kann, und das Serum dieser Affen erwies sich imstande, andere Affen vor der Infection mit Streptococcenculturen zu schützen. Auf Grund seiner Versuche stellte Zangemeister die Forderung auf, jedes Antistreptococcenserum vor seiner Anwendung beim Menschen auf seine Wirksamkeit bei Affen zu untersuchen. Er machte auch den Vorschlag, das Antistreptococcenserum nicht durch Immunisierung der Pferde, wie es jetzt geschieht, sondern durch Immunisierung der Affen zu bereiten. Es versteht sich von selbst, dass in diesem Fall die Serumbehandlung, die auch jetzt teuer zu stehen kommt, noch bedeutend teurer wird.

Meissl in Wien machte, von demselben Standpunct wie Zangemeister ausgehend, dass die Immunkörper bei Tieren verschiedener Arten verschieden sind, den Vorschlag zur Behandlung der Puerperalsepsis, wie Leyden bei Scharlach, Reconvalescentenserum zu gebrauchen. Die Resultate, welche er mit dieser Methode

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

erzielte, sind folgende: von sechzehn Kranken, bei denen er die Anwesenheit der Streptococcen in den Lochien und mit Ausnahme von fünf auch im Blut constatierte, genasen nach einer Einspritzung von 20 ccm. Reconvalescentenserum acht ohne Complicationen, drei starben, bei zweien bildeten sich in der Folge metastatische Abscesse, bei einer eine circumscripte Peritonitis, bei zweien grosse parametritische Exsudate; zu wenig Fälle, um über diese Behandlungsmethode ein definitives Urteil zu fällen. Gegen diese Methode kann man einwenden erstens, dass nach Puerperalsepsis sich erholende Frauen schwerlich ohne Nachteil für ihre Gesundheit grössere Blutverluste ertragen können und zweitens riskieren wir, indem wir das Serum eines Menschen einem anderen einspritzen, irgend eine Krankheit, z. B. Syphilis oder Tuberculose überzuimpfen.

Zum Schlusse meines Vortrags, in dem ich bemüht war, möglichst kurz einen historischen Ueberblick über die Serumbehandlung der puerperalen Streptococceninfection zu geben, gestatte ich mir die Hoffnung auszusprechen, dass obgleich die practische Anwendung des Antistreptococcenserums noch keine überzeugenden Erfolge aufzuweisen hat, es doch durch weitere experimentell-klinische Arbeiten gelingen wird, alle Schwierigkeiten zu überwinden und die Serumbehandlung beim Puerperalfieber mit demselben Erfolge anzuwenden, wie bei anderen Infectionskrankheiten.

Literatur:

1. Alexander Marmorek. Der Streptococcus und das Antistreptococcenserum. Wiener medicinische Wochenschrift. 1895. Nr. 31. 2. Prof. Denys (Louvain). Résultats obtenus par le serum antistreptococcique. XII. Congrès international de Médecine à Moscou. 1897. 3. Aronson. Untersuchungen über Streptococcen und Antistreptococcenserum. Berliner klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 42 u. 43. 4. Neufeld und Rimpau. a) Ueber die Antikörper des Streptococcen- und Pneumococcen-Immunserums. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1904. Nr. 40. b) Weitere Mitteilungen über die Immunität gegen Streptococcen und Pneumococcen. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. 1905. Band 51. 5. Zangemeister. Ueber die Wirkung des Antistreptococcenserums. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1906. Nr. 27. 6. Wlasjewskij. Russkij Wratsch. 1902. Nr. 38. 7. Mansfeld. Ueber den Wert der puerperalen Bakteriologie. Archiv für Gynäkologie. 1907. Bd. 83. Heft 3. 8. Heynemann und Barth. Opsoninbestimmungen bei puerperaler Infection. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 63. H. 2. 1908. 9. Henkel (Greifswald). Prognose und Behandlung der puerperalen Infection. 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 10. Zangemeister. a) Ueber die Serotherapie der Streptococceninfectionen. Münchener medicinische Wochenschrift. 1907. Nr. 40. b) Ueber die Aussichten der activen und passiven Immunisierung des Menschen gegen Streptococcen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 26. 1907. 11. Meissl. Zur Therapie des Puerperalfiebers. Wiener klinische Wochenschrift. 1909. Nr. 1. 12. Fromme. a) Klinische und bakteriologische Studien zum Puerperalfieber. Archiv für Gynäkologie. Bd. 85. H. 1. 1908. b) Neue Untersuchungen zur Differenzierung der hämolytischen Streptococcen. Centralblatt für Gynäkologie. 1909. Nr. 35. 13. Heynemann und Barth. Bakteriologische und klinische Untersuchungen über die Wirksamkeit der Antistreptococcensera. Archiv für Gynäkologie. Bd. 88. Heft 1. 14. E. Martin (Berlin). Bedeutung der Opsonine bei der puerperalen Streptococceninfection. XIII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Strassburg. 15. H. Guggisberg (Bern). Ueber die klinische Verwendung der Opsonine bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band LXIV. Heft 1.

Referate.

Dr. Aufrecht: Ueber eine Schnellmethode zur Eiweissbestimmung im Harn. Deutsche Med. Wochenschrift. 1909. Nr. 46.

Die Mängel der Esbachschen Methode bestehen darin, dass das Volumen des Niederschlags je nach der Viscosität der Flüssigkeit, die von der Temperatur und Dichtigkeit abhängt, wechselt. Ferner ist das Ablesen erst nach 24 Stunden möglich und häufig ungenau infolge von ungleichmässiger Schichtung des Niederschlags, wobei oft ein Teil des abgeschiedenen Eiweisses an der Oberfläche der Mischung schwimmt. Dies veranlasste Aufrecht, einen neuen Apparat zu construieren, der aus einem unten geschlossenen, cylindrischen, starkwandigen Reagenzglas besteht, welches in seinem unteren Teile verengt und graduiert ist. Die oberste Marke R hat dieselbe Bedeutung wie bei Esbach, dann folgt ebenfalls U und weiter die Zahlen 1,7 pCt. – 0,01 pCt. Es werden 4 ccm. des sauer reagierenden resp. mit Essigsäure versetzten Urins mit dem Reagens (1,5 pCt. Pikrinsäure und 3 pCt. Citronensäure) in das Rohr gegossen, und nachdem dieses mit einem Gummistöpsel verschlossen ist, vorsichtig vermischt. Dann wird das Rohr in die Centrifuge gebracht und 2 Minuten centrifugiert, worauf der Niederschlag genau abgelesen werden kann. Eine Verdünnung ist auch bei hohem Eiweissgehalt nicht nötig. Die zur Controlle ausgeführte gewichtsanalytische Eiweissbestimmung bestätigte die Richtigkeit der Angaben des Apparates im Aufrechtschen Laboratorium in allen Fällen. — Enthält der Urin ausser Eiweiss noch Propeptone, so eignet sich der Apparat auch zur quantitativen Bestimmung dieser. In diesem Falle werden zuerst 4 ccm. Harn in einem gewöhnlichen Reagenzglase erhitzt und dann das gefällte Eiweiss abfiltriert. Das erkaltete Filtrat wird nun in den Apparat gebracht und bis zur Marke U mit absolutem Alcohol versetzt. Darauf wird das Röhrchen 2 Minuten lang centrifugiert, worauf der Niederschlag den Gehalt an Propeptonen in Procenten angibt.

F. Dörbeck.

M. Kirchner. Die Desinfection bei Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfection. Sonderabdruck aus dem klinischen Jahrbuch. Bd. 22. 1909.

Verf. weist auf die Unzulänglichkeit der gesetzlichen Bestimmungen inbezug auf die Bekämpfung der Tuberculose hin, insofern als die Tuberculose in das deutsche Reichsseuchengesetz nicht aufgenommen ist, und die Anzeigepflicht in Preussen nur für den Todesfall an Tuberculose, nicht für den Erkrankungsfall, besteht. Die Desinfection der Wohnung wird nur bei Todesfällen vorgenommen, während sie doch gerechterweise bei jedem Wohnungswechsel der Tuberculösen geschehen müsste, namentlich, wenn man bedenkt, dass die Tuberculose vorzugsweise eine Krankheit der ärmsten Bevölkerung ist, die in engen, unhygienischen Wohnungen haust, die weit öfter gewechselt werden als die grossen Wohnungen, und daher für jeden neuen Insassen eine Infectionsgefahr bedeuten. Ferner muss bei der Tuberculose (wie bei allen Infectionskrankheiten Ref.) eine fortlaufende Desinfection am Krankenbette stattfinden, um die Umgebung des Kranken vor der beständigen Ansteckungsgefahr zu schützen. Zur Desinfection der Speigläser, Wäsche, Kleider und überhaupt aller Gebrauchsgegenstände des Kranken sind chemische Mittel nicht geeignet. Das Auskochen ist das rationellste Mittel. Der in Deutschland energisch gegen die Tuberculose geführte Kampf ist von Erfolg gekrönt. In Preussen betrug die Mortalität an Tuberculose vor 25 Jahren 330:100000 und im Jahre 1907 nur 171,6:100000. Die Ausnutzung aller denkbaren Kampfmittel muss zu weiteren Erfolgen führen.

F. Dörbeck.

Lewellys F. Barker und Frederick M. Hanes. Exophthalmos and other signs in chronic nephritis. The American Journal of Medical Sciences. 1909. October.

Die Verf. weisen darauf hin, dass bei chronischer Nephritis sehr oft Exophthalmus und andere Augenstörungen (das Graefesche, Stellwagsche und Moebiussche Symptom) beobachtet werden, die nach ihrer Meinung durch eine allgemeine chronische Intoxication ähnlich wie bei der Basedowschen (Graveschen) Krankheit bedingt werden. Sie gehen hierbei von den Untersuchungen Lindströms, Mac Callum und Cornells aus, welche fanden, dass der Exophthalmus hervorgerufen wird durch Contraction eines Muskelbündels, das von dem Septum orbitale ant. zu dem hinteren Aequator des Augapfels zieht und als Antagonist der M. recti aufzufassen ist. Dieses Muskelbündel wird von Fasern des Halssympathicus versorgt. Die Verf. folgern nun weiter, dass

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

verschiedene Toxine einen Reiz auf diese autonomen Fasern auszuüben vermögen, wodurch Exophthalmus und andere Erscheinungen zustande kommen, wie sie bei der Basedowschen Krankheit beobachtet werden. — Die Verf. haben schon seit vielen Jahren bei chronischer Nephritis Exophthalmus beobachtet. In ihrem gegenwärtigen Artikel berichten sie über 33 Fälle von chronischer Nephritis aus dem John Hopkins Hospital aus den ersten 4 Monaten dieses Jahres, unter denen Exophthalmus geringeren oder grösseren Grades 16 Mal (48,4 pCt.) constatiert wurde; zugleich wurde bei vorhandener Urämie das eine oder andere der sonstigen Augensymptome beobachtet: Anisokorie, Graefe, Stellwag oder Moebius. Alle tötlich verlaufenden Fälle von chronischer Nephritis wiesen Exophthalmus auf, ebenso war Retinis albuminurica immer mit Exophthalmus vergesellschaftet bei gleichzeitigem Vorhandensein des einen oder anderen der erwähnten Augensymptome. Bei Exophthalmus wurde meist auch erhöhte arterielle Spannung (Blutdruck 160 mm.) constatiert, und der stärkste Exophthalmus bestand bei dem Patienten mit dem höchsten Blutdruck. Beim Sinken des Blutdrucks liess auch der Exophthalmus nach. Verf. betonen aber ausdrücklich, dass der erhöhte Blutdruck nicht etwa als Ursache des Exophthalmus aufzufassen ist. Beide Erscheinungen sind Symptome der Intoxication.

F. Dörbeck.

Bücherbesprechungen.

P. Dittrich. Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Dritter Band. Verlag von W. Braumüller. Wien.

Dieses gross angelegte Werk, an dem sich die hervorragendsten Kliniker Oesterreichs und Deutschlands beteiligen, umfasst: Gerichtliche Medicin, Forensische Psychiatrie, Sanitätsgesetzkunde, ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Hygiene, das gesamte medicinische Versicherungswesen. Den practischen Bedürfnissen des Arztes bei seiner Tätigkeit als Sachverständiger ist überall Rechnung getragen worden.

Der III. Band enthält folgende Arbeiten:

1) Prof. P. Dittrich: Aerztliche Sachverständigentätigkeit bei der Untersuchung und Begutachtung von Verletzungen zu forensischen Zwecken.

2) Prof. K. Bayer: Chirurgische Beurteilung von Verletzungsfolgen.

3) Doc. V. Lieblein: Ueber die wichtigsten Fehlerquellen bei der Deutung von Röntgenbefunden.

4) Prof. A. Wölfler und G. Doberauer: Kunstfehler in der Chirurgie.

Prof. Dittrich bespricht im Anfang die Aufgaben, die einem Arzte gestellt werden, der zu einem Verletzten gerufen wird. Den Hauptgrund dafür, dass man in Befunden und Gutachten über Fälle von Verletzungen sehr häufig Mängel findet, welche den Gang der Untersuchungen und Verhandlungen stören, sieht er in der meist lückenhaften Erkenntnis der Momente, auf welche bei der Untersuchung von Verletzungen zu forensischen Zwecken das Hauptgewicht zu legen ist. Darauf bespricht er sehr ausführlich auf 462 Seiten die verschiedenartigsten Verletzungen. Das ganze sehr umfangreiche Material ist sehr übersichtlich geordnet, mit höchst instructiven Illustrationen reichlich versehen und kann jedem Arzt, der in die Lage kommt, als Sachverständiger zugezogen zu werden, wärmstens empfohlen werden.

Prof. Bayer teilt die Verletzungsfolgen ein in solche, welche unter allen Umständen mit der vorausgegangenen Verletzung in einen causalen Zusammenhang gebracht werden müssen, und in solche, welche wohl nach der Verletzung eingetreten aber verursacht sind durch Einflüsse, die mit der Verletzung nicht direct zusammenhängen. Besonders besprochen wird der Einfluss des Traumas auf die Entstehung der Tuberculose und die Entwickelung von Geschwülsten.

Lieblein weist darauf hin, dass bei Beurteilung von Röntgenbildern leicht Fehldiagnosen gestellt werden können. Bei Untersuchung auf Fremdkörper kann man sich nicht mit der Durchleuchtung auf dem Fluorescenzschirm begnügen; in zweifelhaften Fällen muss eine photographische Aufnahme gemacht werden. Sesambeine und umschriebene Knochenverdickungen können zu Verwechslungen mit Fremdkörpern führen. Bei Beurteilung von Fracturbildern muss man sich davor hüten, die normalen Epiphysenlinien für Fracturlinien und die normalen Ossificationskerne für abgesprengte Knochenstücke zu halten. Um eine Fracturlinie nachzuweisen, muss die Aufnahme in zwei Richtungen ausgeführt werden. Besondere Berücksichtigung verlangt die traumatische, trophoneurotische, reflectorische Knochenatrophie.

Was die Erkrankung innerer Organe betrifft, so kommen für die Röntgenographie in erster Linie in Betracht die Steinbildungen im Bereich des uropoëtischen Systems.

Weber.

Ribbert, Hugo. Das Wesen der Krankheit. Verlag von Friedrich Cohen. Bonn. 1909. Preis 4 Mk.

Wie der Verf. im Vorwort hervorhebt, ist dieses Buch dem Bedürfnis entsprungen, «sich mit den für die gesamte Biologie und damit auch für die Krankheitslehre grundlegenden Fragen auseinanderzusetzen».

Das Bestreben, diesem Bedürfnis Abhilfe zu schaffen, wohnt wohl jedem Mediciner inne, und das Erscheinen dieses Buches ist mit Freuden zu begrüssen. Die scharfe Kritik Ribberts setzt zunächst an den Vorstellungen und Lehren des Schöpfers der modernen Pathologie, Virchows, an. Ohne sein unbestreitbares Verdienst um die Einführung der Cellularpathologie schmälern zu wollen, werden in dieselbe Correcturen hereingebracht, die z. T. schon von Weigert vorgebracht worden sind und einer Zusammenfassung bedurften. Ferner werden die verschiedenen Veränderungen erörtert, die für die Entstehung der Krankheiten von Bedeutung sind, und dann die Geschwulst-, Entzündungs- und Metaplasiefrage eingehend abgehandelt. Endlich wird die Descendenzlehre zur Pathologie herangezogen. Jetzt, wo das Facit der Errungenschaften des vergangenen Jahrhunderts gezogen worden, ist dies Buch für den Mediciner und den Arzt von actuellem Interesse.

Ucke.

I. Dsirne. Docent der Moskauer Universität. Zistoskopija. Rukowodstwo dlja wratschei i utschaschtschichsja. Die Cystoskopie. Leitfaden für Aerzte und Studenten. St. Petersburg. K. L. Ricker. 1909.

Das vorliegende Buch bildet die erste in russischer Sprache erschienene Originalabhandlung über Cystoskopie. Der Verfasser, dem in der chirurgischen Klinik von Prof. Diakonoff ein grösseres cystoskopisches Material zur Verfügung stand, bringt in diesem Buch in sehr klarer und knapper Form Alles, was ein Arzt, der sich mit der Cystoskopie beschäftigen will, nötig hat. Dabei ist das Buch mit sehr übersichtlichen Bildern ziemlich reich ausgestattet, so dass es allen Aerzten aufs wärmste empfohlen werden kann. Ausser der Beschreibung des Instrumentariums und der Technik der cystoskopischen Untersuchung wird in kurzen Zügen das cystoskopische Bild bei den verschiedensten Erkrankungen der Harnblase wiedergegeben. Illustriert werden diese Erkrankungen durch eine Reihe von Photographien, die mit dem cystophotographischen Apparat von Casper aufgenommen worden sind. Es bleibt nur zu bedauern, dass die farbigen Abbildungen, die sehr gut gelungen und äusserst demonstrativ sind, so gering an Zahl sind. Ein besonderes Capitel ist der cystoskopischen Untersuchung der Blase auf Harnsteine gewidmet, wobei der Verfasser die Vorzüge hervorhebt, die die cystoskopische Untersuchung vor der gewöhnlichen in der Chirurgie üblichen Untersuchung mit der Steinsonde hat. Bei der Besprechung der Katheterisierung der Ureteren hebt der Verf. ausdrücklich hervor, dass dieser Eingriff namentlich bei bestehender Cystitis nicht vollständig indifferent ist, und deshalb nur bei speciell ausgearbeiteten Indicationen ausgeführt werden soll.

Weber.

Prof. B. Salge. Einführung in die moderne Kinderheilkunde. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1909. 356 Seiten.

Verfasser, zur Zeit Professor in Freiburg i. B., wurde zu dem Plane, eine Einführung in die moderne Pädiatrie zu schreiben, angeregt durch Unterhaltung mit den Aerzten, die an seinen Feriencursen in der Kinderklinik an der Charité zu Berlin teilnahmen. Das Werk soll kein erschöpfendes Lehrbuch oder ein Nachschlagewerk sein, sondern eine kurzgefasste Darstellung der heutigen Auffassung der Kinderheilkunde. Der leitende Gedanke des Verfassers war, möglichst nicht die Krankheiten, die im Kindesalter vorkommen, als solche zu beschreiben, sondern die Eigenart der Reaction des jugendlichen Organismus und die dadurch bedingte Beeinflussung des Krankheitsbildes in den Vordergrund zu rücken. Diese Aufgabe hat Salge mit viel Geschick und Sachkenntnis gelöst. Die Darstellung ist überall anregend nicht nur für den Studierenden und practischen Arzt, sondern auch für den Specialcollegen. In allen Capiteln sind die Ergebnisse der neuesten Forschungen berücksichtigt und leicht verständlich wiedergegeben. Besonders die wichtigen Capitel der Säuglingsernährung und der Verdauungs- und Ernährungsstörungen, die in den letzten Jahren dank den Arbeiten deutscher Kinderärzte grosse Umwandlungen erfahren haben, sind klar und genügend ausführlich dargelegt. Vielleicht wäre es übersichtlicher für den Anfänger, wenn die durch Infectionen bedingten Erkrankungen des Darms (Dysenterie, Colitis) auch

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

in das Capitel der Verdauungsstörungen aufgenommen würden. Die chronischen Ernährungsstörungen sind zeitgemäss in Milchnährschaden und Mehlnährschaden geteilt. Unter den acuten Exanthemen hat die «vierte Krankheit» (Dukes) sich nicht der Gunst des Verfassers erfreut; er bezweifelt ihre Existenzberechtigung und reiht sie der scarlatinösen Rubeola an. Allerdings wird wohl jeder Kinderarzt, der Gelegenheit gehabt hat, grössere Scharlach- und Rubeolaepidemien genau zu beobachten, zugeben müssen, dass aus den so wechselnden klinischen Bildern dieser Infectionen leicht eine «vierte Krankheit» construiert werden kann. Schon der Name dieser Krankheit ist so unglücklich wie möglich gewählt. Immerhin bedarf sie noch weiterer genauer klinischer Beobachtung. In Bezug auf die Aetiologie des Scharlachs meint Verfasser, dass die Annahme, der Streptococcus sei die Ursache, sehr unwahrscheinlich sei, und folgerichtig wird auch die Serumbehandlung des Scharlachs nicht berücksichtigt. So skeptisch stehen wir dieser Frage doch nicht gegenüber und hätten wenigstens eine kurze kritische Beleuchtung dieser Behandlungsweise erwartet. Schliesslich mag noch erwähnt sein, dass die exsudative Diathese in einem besonderen Capitel besprochen wird, und Verfasser dabei den Untersuchungen Czernys folgt. Angeschlossen ist eine kurze Schilderung des «sogenannten Status lymphaticus», während die «sogenannte Skrophulose» im Capitel der Tuberculose abgehandelt wird. Wir können nicht behaupten, dass dadurch das Bild dieser Krankheitsgruppe an Klarheit gewonnen hat, das wohl erst nach eingehenden pathologisch-anatomischen Studien zu seinem Recht kommen dürfte.

Diese kurzen Erwägungen sollen keineswegs den Wert des Buches schmälern, das hoffentlich zahlreiche Leser unter Studierenden und Aerzten finden wird. Vielleicht ändert der Verfasser bei einer neuen Auflage den Titel des Lehrbuchs dahin, dass er das Epitheton ornans «modern» weglässt, denn was heute modern ist, kann morgen veraltet sein. Die wissenschaftliche Forschung soll ja überhaupt nichts mit der Mode gemein haben.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, wie wir das beim Springerschen Verlag gewöhnt sind.

Weyert.

Schmorl, G. Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Fünfte, neu bearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von F. G. W. Vogel. 1909.

Der vierten Auflage dieses in Laboratorien unentbehrlichen Buches ist jetzt nach zwei Jahren die fünfte gefolgt und bringt ausser den alteingebürgerten Methoden manches Neue, was sich in der Praxis seitdem bewährt hat. Das durch die Schnelligkeit verlockende Verfahren der Acetonfixation findet z. B. die entsprechende Würdigung, wenngleich der Verlust der Tinctionsfähigkeit der Kerne vielleicht etwas mehr betont werden könnte.

Entsprechend dem Aufschwunge, den die Hämatologie in der letzten Zeit genommen hat, ist auch dies Capitel bedeutend erweitert, und sowohl die Herstellung der Ausstrichpräparate, wie die neueren Färbungen im Schnitt sind detaillierter abgehandelt.

In dem bakteriologischen Teil hat die Antiforminmethode des Tuberkelbacillennachweises Erwähnung gefunden.

Diese wenigen Hinweise dürften genügen, um zu zeigen, dass das Werk auf der Höhe seiner Aufgabe geblieben ist.

Ucke.

Prausnitz, W. Atlas und Lehrbuch der Hygiene mit besonderer Berücksichtigung der Städtehygiene. Lehmanns medicinische Atlanten. Bd. VIII. München. J. K. Lehmanns Verlag. 1909. Preis 18 Mk.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass bei Ausführung von Bauten die Forderungen der Hygiene häufig nicht genügend berücksichtigt werden, weil sie einerseits dem Bauunternehmer und wohl auch dem Mieter nicht genügend bekannt sind, andererseits der Techniker meist nicht genügend orientiert ist, will dieses Buch zwischen beiden vermitteln und eine Verständigung erzielen, die zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse führt. Naturgemäss wird hier nicht das ganze weite Gebiet der Hygiene abgehandelt, sondern nur, wie auch der Titel besagt, die Städtehygiene. Wir finden daher nach einer Einleitung, in der der Herausgeber die Aufgabe der Bauordnung kurz fixiert, die einzelnen Capitel von Specialisten abgehandelt.

Zunächst erfahren wir, wie Städte und in diesen Strassen, Plätze und Anlagen beschaffen sein müssen, wie Bauten ausgeführt sein müssen und welche Baustoffe zur Verwendung kommen. Die Versorgung mit Wasser, die Heizung und Beleuchtung, die Beseitigung der Abfallstoffe und die Entstaubung durch Apparate werden in einzelnen Capiteln genau besprochen, was aber sehr wichtig ist, auch mit zahlreichen Abbildungen belegt. Weiter findet die Schule, das Krankenhauswesen, die Heil- und Erholungsstätten, das Rettungswesen und die Desinfection entsprechende Würdigung. Endlich erfahren wir das Nötige über Bestattungsanlagen, Schlachthöfe und Markthallen.

Die vielen Abbildungen illustrieren den Text in ausgezeichneter Weise und stellen einen wichtigen Factor für das Verstehen sowohl als für die Verständigung dar. Die Ausstattung des Werkes ist, wie wir sie schon lange an Lehmanns Atlanten gewöhnt sind, eine vorzügliche. Wir können nur hoffen, dass das Buch in interessierten Kreisen Freunde und Anerkennung findet.

Ucke.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. October 1909.

Anwesend 42 Mitglieder und als Gäste die DDr. Boettcher, Keuchel, Michelson, Pfeifer, Sarfels. Stieda, Swenson, Werner.

1. Dr. von Mühlen demonstriert eine Dermoidcyste des Halses, die er am selben Tage exstirpiert hatte. Vortragender nahm anfangs an, dass es sich um ein Lymphom handele. Der cystische Tumor sass tief, und die Operation war daher nicht leicht, doch ging sie ohne Zwischenfall von statten. Die Cyste ist ungefähr eigross und hat den für Dermoide typischen Inhalt.

2. Dr. Paul Klemm demonstriert an einer Reihe von Kindern Ellbogenbrüche, die auf unblutigem Wege oder durch Naht zur Heilung gebracht wurden. Obgleich die Behandlung der Brüche seit alters her geübt wird und verschiedene Methoden dazu bekannt sind, so hat man sich doch nicht für eine entschieden. Das ist erklärlich durch die Schwierigkeiten, die bestehen, im Besonderen bei Gelenkbrüchen. Das Gelenk muss bewegt werden, die Fractur muss Ruhe haben, damit die Fragmente sich nicht an einander verschieben. Seit Einführung der Asepsis ist der chirurgischen Therapie in der operativen Behandlung der Brüche ein grosses Terrain eingeräumt worden. Immerhin hat die blutige Behandlung ihre Gefahren. Die Hämatome, die sich in der Umgebung von Fracturen finden, bieten einen guten Nährboden für Bakterien. Redner war in früheren Jahren ein Gegner der blutigen Behandlungsmethode der Brüche, erkennt jetzt aber das Bestreben an, durch Naht eine gut reponierte Fractur in dieser Stellung zu erhalten. Die verschiedenen Arten der Ellbogenbrüche werden darauf besprochen: die Fractur des Humerus über der Epiphyse und die häufigere Fractur in der Epiphysenlinie, durch die die Gelenkflächen ausser Contact mit radius und ulna kommen, dann das Abbrechen der Condylen einzeln oder beider zusammen; ferner die Y- oder T-förmigen Brüche, die auch bei Röntgencontrolle schwer zu reponieren sind. An 4 jugendlichen Patienten, die letztere Bruchformen aufwiesen, hat Vortragender die blutige Behandlung angewandt und die Fragmente nach Reposition mit Seidennähten fixiert.

Es werden 10 Kinder vorgestellt, an denen die verschiedenen Formen der Ellbogenbrüche nach ihrer Heilung zu sehen sind.

1) Abriss des Epicondylus medialis, expectativ behandelt mit gutem Resultat.
2) Abbruch des ganzen Condylus medialis, volle Function.
3) Eine gleiche Fractur aus dem Jahr 1902.
4) Ebenfalls aus dem Jahr 1902: der abgebrochene Condylus externus ist nach hinten verlagert, die Streckung ist daher nicht vollkommen; für die Arbeit reicht die Function aus.
5) Vom Jahr 1909: Fractur beider Condylen: volle Beugung ist nicht möglich.
6) Aus dem Jahr 1907: beide Condylen mussten secundär reseciert werden, es besteht leichter cubitus valgus, die Function ist durchaus gut.
7) Ein Y-Bruch vom Juli 1906, mit fast voller Function ausgeheilt.
8) Eine Fractura supracondylica vom Jahr 1907: sie wurde genäht, darauf trat eine Parese des Nervus radialis auf: die Nachbehandlung übernahm Dr. Thilo: die Parese ist geschwunden, es besteht gute Beweglichkeit.
9) Eine Verletzung vom August 1909. Der Condylus externus und internus waren abgebrochen und wurden primär durch Naht wieder befestigt; es fehlt nur wenig an vollkommener Streckung.
10) Die Fractur der jüngsten Patientin im Alter von 2 Jahren war auch genäht worden. Die Beweglichkeit im Gelenk ist frei.

Vortragender zeigt zahlreiche Röntgenphotogramme von Ellbogenfracturen bei Kindern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. von Sengbusch. Die Röntgendiagnose begegnet bei Fracturen des Ellbogens kleiner Kinder grossen Schwierigkeiten. Bei Patienten im Alter von 3 und 4 Jahren ist am Gelenk im Röntgenbilde noch nichts nachweisbar. Im 5. oder 6. Jahr erscheint der Kern der Eminentia capitata; im 6. oder 7. der des Capitulum radii; im 8. oder 9. Jahr der Kern des Epicondylus internus, dann die Kerne des Olecranon, der Trochlea und des Epicondylus externus. Man sieht also im letzteren Stadium 5—6 Epiphysenlinien auf kleinem Raum. Eine Orientierung ist sehr schwer, und falsche Deutungen dürften nicht selten sein. So leicht es ist, klinisch nach Druckpuncten eine Fractur am Ellbogen zu bestimmen, so schwer ist es röntgenologisch. Anders ist es bei einer Fractur in der Humerusdiaphyse. Die lässt sich leicht im Röntgenbild erkennen.

Dr. von Mühlen referiert über einen Fall von compliciertem Ellbogenbruch bei einem Gymnasiasten, der mit guter Function im Verbande ausheilte.

Dr. Paul Klemm demonstriert eine Nierengeschwulst. Der Patient, dem Klemm die Geschwulst exstirpierte, war ein kleines Kind, rachitisch, abgemagert, mit kuglig aufgetriebenem Leib. Der Tumor, der in der Nierengegend sass, reichte bis an die Mittellinie und füllte das Abdomen stark an. Er war im Verlauf eines Jahres entstanden. Das rapide Wachstum und die Kachexie des Patienten liessen die Diagnose maligner Nierentumor gerechtfertigt erscheinen. Da ein Lumbalschnitt zu wenig Raum gegeben hätte, entschloss sich Vortragender zur Laparotomie und entfernte so die kindkopfgrosse zerreissliche Geschwulst, in der noch Reste von Streptococceneiter gefunden wurden.

Dr. Paul Klemm demonstriert einen Knaben, der schon im Mai a. c. der Gesellschaft vorgestellt wurde. Vortragender hatte ihm den abgehackten linken Daumen durch die grosse Zehe ersetzt. Die Operation fand im März statt. Bemerkenswert ist, dass das Gefühl im angesetzten Glied sich allmählich eingestellt hat. Der Knabe unterscheidet an der Fingerspitze Berührung mit spitzen und stumpfen Gegenständen. Die Strecksehne functioniert, doch kann das Endglied des Daumens nicht gebeugt werden, was Klemm auf eine fehlerhafte Anheftung der Beugesehne zurückführt. Patient kann den Daumen gut gebrauchen.

Dr. A. von Bergmann demonstriert einen Patienten, dem er ein Aneurysma am Oberschenkel durch Naht der durchschossenen Gefässe geheilt hat. Es bestand anfangs keine Blutung, nur Schwellung. Erst nach einigen Tagen konnte man aneurysmatisches Schwirren am Einschuss und weiter unten am Bein hören. Am 7. October a. c. wurde die Operation vorgenommen. Das Aneurysma wurde im Adductorenschlitz frei gelegt. Arterie und Vene waren getroffen und hatten ein kastaniengrosses Aneurysma gebildet; auffallend ist dabei die geringe Grösse. Bei Esmarchscher Blutleere wurden Arterie und Vene getrennt und vernäht, und darauf die ganze Operationswunde durch Naht geschlossen. Der Puls in der A. dorsalis pedis und tibialis postica wurde am 15. October (8 Tage nach der Operation) wieder gefühlt. Er ist auch jetzt noch kleiner als auf der gesunden Seite, aber deutlich vorhanden. Patient geht bereits umher. Durch die alte Methode der Ligatur wäre eine so schnelle Heilung nicht zu erreichen gewesen. Bei der queren Trennung von Gefässen werden 2 Methoden der Wiedervereinigung geübt: die Naht oder Magnesiumprothesen nach Art des Murphyknopfes.

Dr. A. von Bergmann berichtet über 2 Fälle von Magenresection wegen Carcinom und demonstriert die betreffenden anatomischen Präparate.

Statt der Operation nach Billroth I. und Billroth II. näht Vortragender gegenwärtig das Duodenum mit dem Magen direct zusammen, wo die Spannung nicht zu stark ist, und zwar wird das Duodenum durch eine Serosanaht an den Magen fixiert, ehe das Carcinom, welches am Duodenum reseciert worden war, nun auch cardiawärts abgetragen wird. Es wird dadurch die Naht erleichtert. Ist die Serosanaht angelegt und das Duodenum am Magen fixiert, so erfolgt jetzt cardiawärts die Abtragung des zur Resection bestimmten Teils, worauf Magen und Duodenm durch fortlaufende Naht mit einander vereinigt werden; trotz des verschiedenen Durchmessers gelingt diese Vereinigung ganz gut. Wo das zu resecierende Stück des Magens zu gross ist, wird das Duodenum nach seiner Durchtrennung blind vernäht, und darauf eine Schlinge an die Serose der hinteren Magenwand befestigt, deren Lumen dann, nachdem es durch einen Längsschnitt eröffnet worden, mit dem Magenlumen direct vereinigt werden kann, nachdem nun auch cardiawärts die Resection vorgenommen.

Muss man sehr hoch an der kleinen Curvatur mit der Resection hinaufgehen, so empfiehlt es sich, den zurückbleibenden Teil derselben durch Sero-Serosanähte zu verlängern, i. e. das Magenlumen dadurch zu verkleinern und die Vereinigung mit dem Darmlumen zu erleichtern.

Von 8 so operierten Fällen sind 4 geheilt entlassen worden (einer davon ist jetzt 1 Jahr 3 Monate p. op. an Metastase zu Grunde gegangen); 2 sind an den Folgen der nicht zu umgehenden Pankreasverletzung gestorben, und Vortragender ist dadurch in der Lage, die durch die Operation hergestellte Communication zwischen dem resecierten Magen und dem Darm zu demonstrieren. 2 Patienten wurden von den Angehörigen nach Hause genommen und sind wahrscheinlich ihrer Pneumonie erlegen.

Dr. Paul Klemm. Die von Dr. von Bergmann vorgetragene Methode bedeutet einen grossen Fortschritt in der Vereinigung von Magen und Darm bei Resectionen. Das Schwierige bei dieser Operation ist die Ueberwindung der Spannung beider Organe. Durch diese Methode kann sie vermieden werden.

Dr. C. Brutzer,
d. z. Secretär.

Feuilleton.

Brief aus Breslau.

In der «Medicinischen Section» der «Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Cultur zu Breslau» sprach am 9./22. October Prof. Hinsberg: Ueber die anatomischen Grundlagen der Schwerhörigkeit. Die langsamen Fortschritte der otologischen Forschung sind nach dem Vortragenden auf die enormen Schwierigkeiten, die sich dem Forscher auf diesem Gebiete entgegen stellen, zurückzuführen: beschränkte Untersuchungsmöglichkeit am Lebenden, Schwierigkeit der pathologisch-anatomischen Beurteilung durch die postmortalen Veränderungen der feineren Elemente des Cortischen Organs etc.

Daher vieles auch bezüglich der anatomischen Grundlagen der Schwerhörigkeit bis jetzt unaufgeklärt bleibt. Von den Veränderungen am äusseren Ohr kann man hierbei absehen; wird doch selbst bei völligem congenitalen Mangel beider Muscheln und Gehörgänge noch laute Sprache gehört. Die Entzündungen des Mittelohres in ihren verschiedenen Formen mit ihren Folgeerscheinungen am Trommelfell und an den Gehörknöchelchen stehen in nahen Beziehungen zur Schwerhörigkeit, und hier ist es namentlich die Fixation der Gehörknöchelchen und ganz speciell des Steigbügels, die Schwerhörigkeit bedingt. Hier seien auch die Hörstörungen bei Tubenverschluss durch vergrösserte Rachenmandeln oder durch Tubenkatarrhe einzureihen.

Vortragender streift dann die Otosclerose, die heute als eine Krankheit sui generis, eine nach Politzer, Bezold u. A. auf einem eigentümlichen Process der knöchernen Labyrinthkapsel beruhende zur Spongiosierung des Knochens führende, histologisch durch völlige Verlötung des Stapes in der Fenestra ovalis charakterisierte Affection aufgefasst wird. Ob die Erkrankung mit Manasse als entzündlicher Process oder, wie Alexander-Wien auf Grund seiner Untersuchungen an Cretins und Taubstummen annehmen zu müssen glaubt, als ein congenitaler Zustand anzusprechen sei, bleibt vorläufig dahingestellt.

Die Frage der Beziehungen der isolierten Labyrintherkrankungen zur Schwerhörigkeit ist durch die Arbeiten von Wittmaack-Yoshii wesentlich gefördert. Lässt man durch längere Zeit hindurch auf Meerschweinchen laute Töne einwirken, so lassen sich nach Yoshii ausgedehnte degenerative Processe am Cortischen Organ, die bis zur völligen Vernichtung der Sinneszellen führen können, nachweisen. Die Möglichkeit einer primären Erkrankung der Cortischen Organe ist somit nachgewiesen. Aehnliche Beziehungen liessen sich auch beim Menschen feststellen. (Alexander, Habermann). Primäre Erkrankung der Ganglienzellen ist bis jetzt nur bei Tieren nachgewiesen (Wittmaack). Vortragender streift alsdann die Neuritis acustica, die Beteiligung des Labyrinths bei Blutungen im Gefolge von Trauma, Arteriosclerose, Leukämie, Menièrscher Erkrankung, die von Meyer und Herzog festgestellte seröse Labyrinthitis und schliesst mit einer Erörterung über die Taubstummheit, die fast ausnahmslos durch Labyrintherkrankung bedingt ist.

In der Sitzung am 6./19. November sprach Priv.-Doc. Danielsen über die Erfolge der Transplantation drüsiger Organe mit Demonstration einer erfolgreichen Epithelkörperchenüberpflanzung beim Menschen. Ueberpflanzungsversuche auto-, homoio- und heteroplastischer Art wurden zu verschiedenen Zeiten mit den verschiedensten Organen (Leber, Niere, Speicheldrüse, Milz, Mamma, Hoden, Hypophysis, Nebenniere) angestellt. Der Erfolg war sehr wechselnd. Die besten Resultate sah man beim Ovarium, nicht allein bei autoplastischer (Knauer), sondern auch bei homoioplastischer Ueber-

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

tragung. Bekannt ist nach dieser Richtung hin ein eklatanter Fall, wo bei einer 21-jährigen Frau nach operativer Entfernung beider Ovarien und sorgfältiger Ausschliessung der Möglichkeit eines dritten Ovariums die Transplantation zweier keilförmiger Stücke aus dem Ovarium einer dreissigjährigen Frau in eine Falte des Ligamentum lat. einen ausgezeichneten functionellen Erfolg zeitigte. — Vortragender demonstriert den Fall einer Patientin, wo eine Strumaoperation die nachfolgende Ueberpflanzung der Glandula parathyreoidea angezeigt erscheinen liess, die auch mit Erfolg ausgeführt wurde. Für die Tatsache, dass Kocher nach Strumaoperationen nur das Myxoedème opératoire beobachtete, während andere Operateure (Billroth) mit der Gefahr der Tetanie zu rechnen hatten, blieb lange Zeit hindurch eine genügende Erklärung aus. Man begnügte sich mit der Erklärung Wölflers, der Verlust der Schilddrüse bedeute für einen Patienten Billroths einen schwereren Eingriff und rufe infolgedessen auch schwerere Erscheinungen hervor als bei einem Bewohner der Schweiz, wo der Kropf zu Hause ist und wo die Schilddrüse sozusagen minderwertiger ist. Erst die nähere Kenntnis der Epithelkörperchen, der Function der Glandula parathyreoidea brachte Licht in diese Frage, und man darf wohl heute die verschiedenen Operationsresultate in dem Umstande erblicken, dass die Operationsmethode des Einen (Billroth) die Epithelkörperchen mitnahm, während die des Anderen (Kocher) sie verschont liess. Damit war eine zwanglose Erklärung gegeben; die zurückgebliebenen Epithelkörperchen bewahrten den Patienten vor Tetanie.

In dem Falle des Vortragenden traten 4 Tage nach der Strumaoperation heftige Schmerzen ein. Der 6. Tag kündigte den Ausbruch einer Tetanie an; es traten Muskelkrämpfe, positiver Trousseau, gesteigerte mechanische und elektrische Erregbarkeit ein, die Lähmung der Atemmuskulatur steigerte sich immer mehr und mehr, die Atempausen wurden immer länger. Es wurde nun die Ueberpflanzung einiger Epithelkörperchen vorgenommen. Von nun ab erholte sich Patientin merklich, sie genas, und die Heilung hält bis heute — ½ Jahr nach der Operation — an.

Landois fügt einige Notizen bezüglich der anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Glandula parathyreoidea beim Menschen und bei Tieren hinzu. Auch beim Hunde wurde Tetanie unter ähnlichen Umständen beobachtet, während sie beim Kaninchen unter gleichen Verhältnissen ausblieb. Die Erklärung dafür liegt in der Tatsache, dass beim Hunde die Epithelkörperchen der Schilddrüse unmittelbar anliegen und somit mit der Schilddrüse mitgenommen wurden, während sie beim Kaninchen von der Schilddrüse weiter entfernt gelagert sind.

Die durch die medicinische Presse verbreitete Nachricht von einer Berufung Prof. v. Pirquets als Nachfolger Czernys nach Breslau erscheint verfrüht. Der medicinischen Facultät in Breslau ist nichts davon bekannt.

Dr. Schless.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die Budget-Commission der Reichsduma hat die Ausgabe von 3493186 Rbl. der Kriegs-Medicinal-Verwaltung bewilligt, hierbei aber den Wunsch geäussert, dass das Sanitätswesen in der Armee möglichst bald reformiert werde, entsprechend den Erfahrungen des letzten Krieges.

— Prof. Dr. Dm Ott ist zum Ehrenmitglied der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaften in München und Buenos-Aires erwählt.

— In Tomsk ist eine Bezirksirrenanstalt für 1050 Personen eröffnet, die zur Aufnahme von Geisteskranken aus ganz Sibirien mit Ausnahme des Küstengebiets und des Gebietes Jakutsk bestimmt ist. Gegenwärtig befinden sich in der Anstalt schon 500 Kranke.

— Berlin. Angesichts der Möglichkeit einer weiteren Ausbreitung der Cholera haben die Behörden an der Nordostgrenze des Reichs eine obligatorische ärztliche Besichtigung von Leichen angeordnet. An der Mündung des Niemen sind an zwei Puncten, in Lapinen und Pokaln, Cholerahospitäler und ausserdem sieben Stationen zur Beobachtung der Schiffe und Flösse eingerichtet worden. Sämtliche russische Holzflösser und Auswanderer werden einer sorgfältigen Besichtigung unterzogen.

— In der letzten Nummer der Berliner klinischen Wochenschrift findet sich folgende Notiz: «Bekanntlich hatten einige Angehörige der Berliner medicinischen Facultät beim Ministerium den Antrag gestellt, gegen sie das Disciplinarverfahren in der bekannten Angelegenheit der russischen Consultationen einzuleiten. Die Herren v. Leyden, Senator und Ewald haben nunmehr vom Herrn Minister die Mitteilung erhalten, dass diesem Antrag nicht stattgegeben werden könne, da die Voruntersuchung ergeben habe, dass zur Einleitung des Verfahrens ein ausreichender Grund nicht vorhanden sei». (Berliner klin. Wochenschr. 1909 Nr. 48. p. 2175).

— Königsberg. Prof. Dr. K. Stieda, Oberarzt der Chirurgischen Klinik, tritt am 1. December von seinem Amt zurück und an seine Stelle tritt der Privatdocent Dr. Wrede.

— Strassburg. Prof. Dr. Schirmer, Director der Augenklinik, tritt von seinem Amt zurück.

— Heidelberg. Prof. Dr. Hermann Kossel in Giessen ist an Stelle von Prof. Dr. F. Knauff zum ordentlichen Professor der Hygiene und zum Director des hygienischen Instituts an der Universität ernannt.

— Professor von Franqué, Director der Frauenklinik in Giessen, hat den Ruf als Nachfolger Runges nach Goettingen abgelehnt.

— Die kürzlich in Frankfurt a. M. verstorbene Philanthropin Franziska Speyer hat für medicinische Zwecke ein Kapital von 2395000 Mark hinetrlassen.

— Die medicinische Nationalakademie Brasiliens hat einen Preis von 10000 Rbl. ausgesetzt für die Entdeckung des Erregers des Flecktyphus und des betr. Heilserums.

— Der 3. Balneologencongress wird unter dem Vorsitz von Prof. Brieger vom 29. Januar bis zum 21. Februar 1910 im Anschluss an die Centenarfeier der Hufelandischen Gesellschaft in Berlin stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Dr. Brock, Berlin Thomasiusstrasse, 24.

— Deutsches Centralcomitee für ärztliche Studienreisen. In der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses des Deutschen Centralcomitees für ärztliche Studienreisen am 17. November 1909, dessen neue Büroräume sich jetzt Berlin W. 9, Potsdamerstrasse 134 b. befinden, wurde beschlossen, im Jahre 1910 eine Studienreise nach der Schweiz und einigen französischen Bäderns und eine zweite nach dem Harz, Thüringen und den Taunusbädern zu veranstalten. Für das Jahr 1911 ist eine Reise nach Amerika anlässlich des Internationalen Hygienecongresses projectiert. Mit den Vorbereitungen für diese Reisen soll unverzüglich begonnen werden.

— Verbreitung der Pest. In Britisch-Ostindien erkrankten vom 3. bis zum 9. October 5209 Personen und starben 4123. In Deutsch-Ostafrika erkrankten und starben 7 Personen. Den Erkrankungen der Menschen ging eine Epizootie unter den Ratten voraus.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich. In Andreischken (Regierungsbezirk Gumbinen) wo bereits mehrere Choleraerkrankungen stattgefunden haben, fand in der Woche vom 7. bis zum 13. November wieder 1 Erkarnkung statt. In Batavia starben vom Juni bis September 2200 Personen an der Cholera.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 11. Nov.	des 12. Nov.	1	0	8	65
» 12. »	» 13. »	2	0	3	64
» 13. »	» 14. »	3	0	3	62
» 14. »	» 15. »	3	1	3	61
» 15. »	» 16. »	1	0	4	58
» 16. »	» 17. »	0	0	4	54
» 17. »	» 18. »	0	0	6	48

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 8. bis zum 14. Nov.		Erkrankt und gestorben: Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	14	(6)	6277	(2399)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg	9	(6)	1344	(745)	27. »
» Estland	—	(—)	90	(54)	5. Aug.
» Witebsk	2	(—)	3395	(1315)	16. Juni
» Kowno	8	(3)	166	(81)	9. Aug.
» Jaroslaw	—	(1)	992	(519)	24. Juni
» Kostroma	3	(4)	417	(223)	6. »
Stadt Baku	10	(7)	126	(62)	16. Sept.
Gouv. »	4	(3)	60	(37)	18. Oct.
» Pskow	10	(—)	470	(176)	28. Juni
» Kursk	3	(—)	43	(14)	28. Oct.
» Ekaterinoslaw	4	(1)	100	(43)	6. Sept.
» Taurien	14	(4)	138	(74)	28. Aug.
Stadt Wladiwostok	—	(—)	148	(95)	4. Sept.
Im Ganzen	81	(35)	13766	(4837)	

Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 11. October in Orenburg Dr. B. N. Issaenko, geb. 1875, approbiert 1906. 2) In St. Petersburg Dr. A. P. Alenew, geb. 1853, approbiert 1877. 3) In Warschau Dr. E. I. Kornilowicz, geb. 1848, approbiert 1873. 4) Dr. G. E. Stubbs, Prof. der Chirurgie am Medico-Chirurgical College in Philadelphia. 5) Dr. X. Ch. Scott, Prof. der Augen-, Ohren- und Kehlkopfheilkunde an der Western Reserve University in Cleveland. 6) Dr. med. P. Merlou, bevollmächtigter Gesandter Frankreichs bei der Republik Peru, früher Finanzminister. 7) Dr. Charles H. Cobb, Prof. der Therapie an dem College of Physicians and Surgeons in Boston. 8) Am 17. (30.) November der bekannte Ophthalmologe Karl Theodor, Herzog in Bayern, geb. 1839, zum Dr. med. promoviert und durch besonderen Erlass des Reichskanzlers zur Ausübung des ärztlichen Berufs zugelassen 1880. In demselben Jahre veröffentlichte er in Gräfes Archiv für Ophthalmologie die Abhandlung «Beiträge zur Anatomie und Physiologie des Glaskörpers». Seitdem hat er die augenärztliche Praxis in menschenfreundlichster Weise zum Wohle vieler Leidenden ausgeübt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 1. bis zum 7. Nov. 1909 528 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 25, Typh. exanth. 5, Febris recurrenz 5, Pocken 52, Windpocken 27, Masern 108, Scharlach 98, Diphtherie 112, Cholera 24, acut. Magen-Darmkatarrh 44, an anderen Infectionskrankheiten 28.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12341. Darunter Typhus abdominalis 223, Typhus exanth. 18, Febris recurrens 43, Scharlach 313, Masern 85, Diphtherie 243, Pocken 187, Windpocken 4, Cholera 111, crupöse Pneumonie 103, Tuberculose 594, Influenza 112, Erysipel 120, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 84, Syphilis 591, venerische Krankheiten 420, acute Erkrankungen 2090, chronische Krankheiten 1600, chirurgische Krankheiten 1541, Geisteskrankheiten 3341, gynäkologische Krankheiten 269, Krankheiten des Wochenbetts 50, verschiedene andere Krankheiten 108.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 718 + 61 Totgeborene + 50 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 5, Typh. exanth. 1, Febris recurr. —, Pocken 16, Masern 41, Scharlach 23, Diphtherie 24, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 17, katarrhalische Pneumonie 62, Erysipelas 8, Influenza 6, Pyämie und Septicaemie 7, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 0, Cholera 6, Magen-Darmkatarrh 24, andere Magen- und Darmerkrankungen 30, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 50, Marasmus senilis 22, andere Todesursachen 263.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 24. Nov. 1909.

Tagesordnung: 1) Stuckey: Zur Casuistik der metastatischen Nieren- und Leberabscesse (mit Krankenvorstellung).
2) Hesse: Ueber combinierte Erkrankung an hereditären multiplen Enchondromen und Exostosen (mit Krankenvorstellung).
3) Hecker: Ueber die Erfolge der Behandlung chirurgischer Tuberculose in Leysin.

Geschäftliche Sitzung: 1) Verlesung des Entwurfs der neuen Haus- und Geschäftsordnung.
2) Beschlussfassung über die Einforderung rückständiger Mitgliedsbeiträge.
3) Besprechung der Bibliothekfrage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Dec. 1909.

Tagesordnung: 1) Serck: Ueber exsudative Pleuritis im Kindesalter.
2) Dr. Ucke: Neueres über Blutuntersuchung.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

F. Fromme. Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. Verlag von S. Karger. Berlin. 1910. M. 8.40.

J. Fein. Rhino- und Laryngologische Winke für praktische Aerzte. Verlag von Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1910.

G. Nobl. Der varicöse Symptomencomplex. Verlag von Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1910.

E. Gaupp. Die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909. M. 1.50.

Th. Meyer. Theodorus Priscianus und die römische Medicin. Verlag von G. Fischer. Jena. 1909. M. 7.

A. Moeller. Lehrbuch der Lungentuberculose. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1910. M. 7.

K. Turban. Tuberculose-Arbeiten 1890—1909 aus D. Turbans Sanatorium in Davos. Buchdruckerei Davos A. G. Davos. 1909.

H. Determann. Die vegetarische Lebensweise bei Gesunden. Beihefte zur Medicinischen Klinik. H. 3. 1909.

Internationale Beiträge zur Phathologie und Therapie der Ernährungsstörungen, Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. Red. von A. Bickel-Berlin. Probeheft. Verlag von A. Hirschwald. Berlin. 1909. M. 3.

Jakowlew, Zabolotnyi, Zlatogeroff et Koulecha. Epidémie actuelle de Cholera à Saint-Pétersbourg, d'après les renseignements des laboratoires municipaux. Paris. Masson & Cie. 1909.

С. И. Златогоровъ. О холерѣ 1907 г. въ Саратовской губерніи. Separatabdruck aus «Wratschebnaja Gazeta». Nr. 13. 1908.

E. G. Pope, K. Pearson and E. M. Elderton. A Second Study of the Statistics of Pulmonary Tuberculosis. Marital Infection. London. 1908.

G. Herschell. Soured Milk and Pure Cultures of Lactic Acid Bacilli in the Treatment of Disease. H. J. Glaischer. London. 1909.

H. Determann. Röntgenuntersuchungen der Dickdarmlage bei Darmstörungen, besonders bei Verstopfung. Sonderabdruck aus den Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 1909. Wiesbaden. Bergmann.

M. Joseph. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. Verlag von G. Thieme. Leipzig. 1909. M. 7.20.

N. Zuntz und A. Loewy. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Verlag von C. Vogel. Leipzig. 1909. M. 24.

R. Tigerstedt. Handbuch der physiologischen Methodik. Bd. III. 2. Abteilung. Sinnesphysiologie II. Verlag von S. Hirzel. Leipzig. 1909.

H. Sattler. Die Basedowsche Krankheit. I. Teil. Symptomatologie. Verlag von W. Engelmann. Leipzig. 1909.

P. J. Möbius. Nietzsche. Verlag von J. A. Barth. Leipzig. 1909. M. 3.

J. E. Mayer. Heizung und Lüftung. Verlag von B. Teubner. Leipzig. 1909. M. 1.25.

K. v. Bardeleben. Statik und Mechanik des menschlichen Körpers. Der Anatomie des Menschen V. Teil. Verlag von B. Teubner. Leipzig. 1909.

E. Aufrecht. Zur Pathologie und Therapie der Arteriosclerose. Verlag von A. Hölder. Leipzig u. Wien. 1910. M. 1.25.

M. T. Schnirer. Taschenbuch der Therapie. Verlag von A. Stuber. Würzburg. 1910. M. 2.

Ph. Biedert. Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkranke. Verlag von F. Enke. Stuttgart. 1909. M. 4.20.

W. Weichardt. Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. Bd. IV. Bericht über das Jahr 1908. Verlag von F. Enke Stuttgart. 1909.

L. Jankau. Taschenbuch für Kinderärzte. Verlag von M. Gelsdorf. Eberswalde b/Berlin. 1909. M. 6.

W. Alexander und R. Kroner. Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Bd. IV. Fischers medicinische Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin. 1910. M. 3.50.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. **Dr. E. Blessig**, St. Petersburg. **Dr. O. Brehm**, Libau. **Dr. X. Dombrowski**, St. Petersburg. **Dr. J. Dsirne**, Moskau. **Dr. C. Frankenhäuser**, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. **Dr. H. Hildebrand**, Mitau. **Dr. W. Kernig**, St. Petersburg. **Dr. P. Klemm**, Riga. **Prof. O. v. Petersen**, St. Petersburg. **Dr. O. v. Schiemann**, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. **Prof. G. Tiling**, St. Petersburg. **Dr. R. Wanach**, St. Petersburg. **Dr. H. Westphalen**, St. Petersburg. **Dr. C. Wiedemann**, St. Petersburg. **Dr. R. v. Wistinghausen**, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 48 St. Petersburg, den 28. November (11. Dec.) 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Ueber die localen Tuberculinreactionen.

Von

Dr. H. Krannhals, Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem I. baltischen Aerztecongress in Dorpat, August 1909).

M. H.! Bereits vor Jahresfrist, gelegentlich des letzten livl. Aerztetages, hatte ich Ihnen meine bis dahin gewonnenen Beobachtungen und Erfahrungen bezüglich der conjunctivalen und kutanen Tuberculinreaction mitgeteilt. In der seither verflossenen Zeit habe ich nun an dem reichen Material meiner Krankenhausabteilung diese practisch und theoretisch gleich wichtige und interessante Angelegenheit weiterverfolgt und glaube nunmehr über eine genügende persönliche Erfahrung zu verfügen, um auf Grund derselben Technik, Verlauf und Verwertbarkeit der in Rede stehenden Reactionen erörtern zu dürfen. Ich werde hierbei die zu einer wahren Flut angewachsene Literatur nicht näher berücksichtigen, wozu ich mich um so mehr berechtigt glaube, als meine Resultate in allem Wesentlichen mit denen der Mehrzahl anderer Beobachter, namentlich mit denen Wolff-Eisners, des Entdeckers der Conjunctivalreaction, sich in Uebereinstimmung befinden. Ich verweise auf das bekannte Werk des eben genannten Autors: Frühdiagnose und Tuberculose-Immunität, Würzburg 1909.

Mein Material bezieht sich ausschliesslich auf Erwachsene (Personen über 15 Jahren). Ich hebe dieses hervor, weil die Reactionen und spec. die Kutan-Reaction im Kindesalter eine andere Bedeutung haben als beim Erwachsenen.

Wie Sie wissen, besteht die Ophthalmo- oder conjunctivale Reaction (C-R.) in einer katarrhalischen Reizung der Conjunctiva nach Einträuflung einer schwachen Tuberculinlösung in das Auge, die kutane Reaction, Pirquet-Reaction, (K-R.) in einer kleinen, umschriebenen Hautentzündung nach Application von Tuberculin auf die Haut nach Art einer Kuhpockenimpfung. Zu ersterer verwendet man in der Regel eine 1procentige, zu letzterer eine 25procentige Lösung von Alt-Tuberculin-Koch. Zur C-R. habe ich mich ebenfalls stets einer einprocentigen Lösung (Hoechst a/M) bedient, zur K-R. jedoch einer stärkeren Lösung als sie sonst üblich ist, nämlich einer 33procentigen (2 Teile physiolog. Kochsalzlösung, 1 Teil Tuberculin). Ich meine, dass hierdurch keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich zu einer 25procentigen Lösung in den Resultaten bedingt worden sind.

Selbstverständlich müssen die Lösungen stets frisch zubereitet und absolut steril sein. Die Impfstelle der Haut ist durch Waschen, Alcohol und Aether unmittelbar vorher zu desinficieren.

Zu C-R. wird die Tuberculinlösung in bekannter Weise vermittelst eines Tropfenzählers in das Auge gebracht, wobei darauf zu achten ist, dass der Tropfen sich gut im Bindehautsack verteilt und nicht etwa durch reflectorischen Lidschlag allzuschnell wieder herausgepresst wird. Dem Kranken ist anzusagen, das Auge nicht zu reiben oder zu scheuern. Für die K-R. bringt man am besten zuerst einen Tropfen der Tuberculinlösung auf die Haut und legt dann innerhalb des letzteren mit der Impflanzette einen kleinen ca. 1 mm. im Durchmesser haltenden Epitheldefect an. Ich habe stets an zwei nebeneinander liegenden Stellen an der Aussenseite des Oberarmes geimpft; practisch ist es, an einer dritten Stelle als Controlle nur reine physiologische Kochsalzlösung zu impfen, wozu eine besondere Lanzette zu verwenden ist oder dieselbe nur nach sorgfältigstem Ausglühen. Der Kranke hat den Arm 10 Minuten ruhig zu halten, bis die Lösung ein wenig eingetrocknet ist. Nach Verlauf dieser Zeit sieht man dann gewöhnlich schon die sog. „traumatische Reaction" an den beiden Impfstellen und an der Controllstelle auftreten — eine Rötung oder eine flache, Urticaria-ähnliche Quaddel, oder beides, welche Hautveränderungen mit der specifischen Reaction aber nichts zu tun haben und in einigen Stunden wieder verschwinden. Zwischen der Intensität

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der traumatischen und der später einsetzenden specifischen Tuberculinreaction scheinen keinerlei Beziehungen zu bestehen: die erstere kann sehr hochgradig und lebhaft sein und die specifische Reaction negativ ausfallen und umgekehrt.

Die erste Besichtigung habe ich fast stets erst nach 24 Stunden vornehmen können, und in dieser Lage werden sich wohl die meisten practischen Aerzte befinden. Es ist schon möglich, dass mir hierbei dann und wann eine sehr flüchtige, schnell auftretende und schnell wieder verschwindende positive C-R. („Schnell-Reaction"), wie sie namentlich bei vorgeschrittenen Phthisikern vorkommt, entgangen ist. Doch scheinen mir derartige flüchtige Reactionen selten zu sein. Häufiger mag es allerdings passieren, dass nach 24 Stunden der Höhepunct der Reaction schon überschritten ist, die Reaction als schwächer imponiert als sie tatsächlich gewesen. Die kutanen Reactionen sind nie so flüchtiger Art, sie erreichen ihren Höhepunct gewöhnlich erst nach 1—2 mal 24 Stunden.

Für die Besichtigung der Augen möchte ich, namentlich dem noch Ungeübten, folgende Vorsichtsmassregeln empfehlen: vor Allem bringe man den Kranken in eine gute Beleuchtung; man vergleiche dann, zunächst ohne die Augenlider irgend wie zu berühren, die Carunkeln der beiden Augen; oft wird man schon so Rötung und Schwellung der Carunkel und Plica semilunaris des instillierten Auges wahrnehmen, besonders bei Aussenrotation und Vergleich mit dem anderen Auge. Sodann besichtige man, die beiden Unterlider gleichzeitig, a tempo, abziehend mit einem schnellen Blick die Conjunctiva beider Seiten. Höhere Grade von Rötung sind ja auch dem Ungeübten sofort erkennbar, bei geringen Graden kann es jedoch passieren, dass durch ungeschicktes Manipulieren das nicht instillierte Auge sich bis zu dem Grade rötet, dass eine Differenz beider Seiten nicht mehr constatiert werden kann.

Wie überall, wo es sich um Sinneswahrnehmungen handelt, sind auch bei den uns beschäftigenden Reactionen die geringsten Intensitätsgrade ganz besonders schwierig zu beurteilen und ist manches dem subjectiven Ermessen anheimgestellt. Es besteht noch keine feste Norm dafür, was noch als negativ, was vielleicht schon als geringster Grad des Positiven anzusehen ist. Dem Unerfahrenen möchte ich raten, namentlich in diagnostischer Beziehung, nur die zweifellos ganz ausgesprochenen Reactionen als positive anzusehen.

Aus der practischen Erfahrung haben sich mir folgende Intensitätsgrade ergeben bei deren Bezeichnung ich mich mit Wolff-Eisner und mit Pirquet in möglichste Uebereinstimmung zu setzen versucht habe:

I. Conjunctivale Reaction.

1. „Negativ" (—): Carunkel und Plica semilun., Conj. palp. und bulbi des instillierten Auges unterscheiden sich in Nichts von den betr. Teilen der anderen Seite.

2. „Spur", d. h. Spur positiv: Rötung und (event.) Schwellung beschränken sich auf die Carunkel und Plica, die Conj. palp. erscheint beiderseits gleich. Diese Veränderung bleibt zuweilen mehrere Tage sichtbar und ist dann wohl sicher als positiv anzusehen, zuweilen aber ist sie schon am nächsten Tage wieder vollkommen geschwunden, und dann ist man nicht selten vor die Frage gestellt, ob man sie als positiv oder negativ (etwa rein traumatisch) deuten und bezeichnen soll. Ich meine, so lange man beim manifesten Tuberculösen diese flüchtige Reaction als positiv ansieht, muss man beim „Suspecten" und beim „Gesunden" dasselbe tun.

3. „Positiv I. Grades" (+): Ausser Rötung und Schwellung von Carunkel und Plica (zuweilen auch ohne eine solche) ist auch noch eine schwache nur bei Vergleich mit dem anderen, nicht instillierten Auge wahrnehmbare Rötung der Conj. palp. (event. auch der unteren Uebergangsfalte) vorhanden; (schwach positiv).

4. „Positiv II. Grades" (+ +): Die Rötung der betr. Teile ist eine sofort als abnorm in die Augen fallende, auch schon ohne Vergleich mit dem anderen Auge; (positiv).

5. „Positiv III. Grades" (+ + +). Die Rötung ist intensiv, deutliche Schwellung auch der Conj. palp., der Uebergangsfalte vorhanden, event. auch Rötung der Conj. bulbi. In einzelnen Fällen stärkere Secretion; (stark positiv).

6. Ungewöhnlich starke Reactionen: Chemosis, Blutungen etc. etc. Sehr selten bei Beobachtung der Contraindicationen. (Ich möchte hier einschaltend bemerken, dass die Herren Ophthalmologen auch nach meinen Erfahrungen mit ihren Warnungen vor der C-R. weit über das Ziel hinausschiessen. Ich halte diesen Kampf für eben so wenig berechtigt als einen solchen gegen das Chloroform, bei dem ja auch trotz sorgfältiger Berücksichtigung aller Contraindicationen Todesfälle sich nicht ganz vermeiden lassen).

Das Maximum der reactiven Rötung etc. findet man (von den seltenen, flüchtigen „Schnell-Reactionen" abgesehen) meist nach 24 Stunden, zuweilen aber auch erst am zweiten Besichtigungstage (nach 2 mal 24 Stunden) und könnte man hier, in Anlehnung an Wolff-Eisner's gleichsinnige Bezeichnung für die K-R., von einer „Spät-Reaction" reden (bei maximaler Entwickelung am ersten Besichtigungstage event. von einer „Normal-Reaction"!)

Fällt eine zu diagnostischen Zwecken unternommene C-R. wider Erwarten negativ aus, so kann man dieselbe am nächsten Tage noch einmal anstellen, aber, wohlgemerkt, nicht auf demselben sondern auf dem anderen Auge, mit einer gleichstarken oder einer etwa 2procentigen Lösung. Durch eine Tuberculininstillation scheint, auch bei anfänglich negativem Ausfall, eine erhöhte Reizbarkeit beider Augen hervorgerufen zu werden, nicht nur des instillierten — und dieselbe Lösung, auf welche das erste Auge noch nicht reagierte, ruft bei Wiederholung auf dem anderen Auge eine deutliche Rötung hervor. Auf dieses practisch wichtige und interessante Verhalten kann mit Erklärungsversuchen hier nicht näher eingegangen werden; ich will nur daran erinnern, dass man bei der Moro'schen Tuberculinsalbeneinreibung ebenfalls Reizzustände symmetrischer Körperteile beobachtet hat.

II. Kutane Reaction.

1. „Negativ" (—): An der Impfstelle ist lediglich ein von der Hautläsion herrührendes kleines bräunliches Blutkrüstchen sichtbar, es fehlt jegliche Rötung auch in der nächsten Umgebung desselben; irgend welche Härte, Infiltration ist nicht fühlbar.

2. „Negativ (Spur?)" (— Spur?), d. h. Spur, Reaction aber eher negativ: das Blutkrüstchen ist von einem schmalen, circa 1 mm. breiten roten Saum umgeben, ein Infiltrat nicht fühlbar, die rote Umrandung am zweiten Besichtigunstage gewöhnlich schon wieder geschwunden, jedenfalls nicht grösser geworden. Diese Reaction, ist höchst wahrscheinlich als negativ anzusehen, doch kommen Uebergänge zu der sub. 5 (s. u.) erwähnten Reactionsform vor.

3. „Positiv, Spur" (+ Spur). An der Impfstelle findet sich eine kleine umschriebene Rötung und ausserdem noch eine kaum eben erst deutlich als solche tastbare Härte (Infiltration) von nicht sicher messbaren Dimensionen.

4. „Positiv". Die Infiltration ist als Knoten in der Haut deutlich abgrenzbar und mit dem Millimetermaas

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:00:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

messbar, die Rötung verschieden umfangreich, meist etwas ausgedehnter als die Härte, zuweilen ebenso gross, sehr selten kleiner und noch seltener (bei sehr anämischen Individuen) ganz fehlend, bald blassrosa, bald mehr dunkel bis lividrot, mitunter hämorrhagisch. Sonstige vielfach zu beobachtende Verschiedenheiten in der Zeichnung der ganzen Impfstelle halte ich für practisch belanglos, mehr durch individuelle Verhältnisse der Haut bedingt und gehe deshalb nicht näher auf dieselben ein. Die voll ausgebildete positive K-R. besteht somit aus der sichtbaren Rötung und der fühlbaren Härte, Infiltration. Hat man an zwei Stellen zu gleicher Zeit geimpft, so kann man mitunter eine recht ungleiche Entwickelung der Reaction beobachten. Die Impfstelle mit der stärkeren Reaction ist dann die massgebende. Die Intensität derselben im Einzelfalle wird m. E. am sichersten bezeichnet durch den Durchmesser der rundlichen, fühlbaren Härte, des Infiltrats (event. auch den Durchmesser der Rötung) in Millimetern. Will man Zahlen vermeiden, mehr schätzungsweise Angaben machen, so würde ich nach meinen Erfahrungen folgende Bezeichnungen vorschlagen: Infiltrat von 2—4 mm Durchmesser = schwach positiv (+), 5—7 mm. = positiv (+ +), 8—10 und mehr mm. = stark positiv (+ + +).

Diese typische kutane Tuberculinreaction hat ihre volle Ausbildung meist bereits nach 1 mal 24 Stunden gewonnen, seltener erst nach 2 mal 24 Stunden, hält sich ein bis zwei Tage ziemlich unverändert, dann beginnt das Infiltrat kleiner und flacher zu werden, die Rötung blasst ab, verkleinert sich ebenfalls, und nach weiteren 6—8 Tagen ist nur noch ein blasser Fleck zu sehn, das Infiltrat aber vollkommen geschwunden. Sind die Hautveränderungen nach 4—5 Tagen im Wesentlichen wieder zurückgebildet oder geschwunden, so nennt Wolff-Eisner solches eine „Normal-Reaction"; persistieren Rötung und Infiltrat nahezu unverändert länger als 4—5 Tage und beginnt dann erst eine deutliche Rückbildung — „Dauer-Reaction", ist die Rückbildung schon vor Ablauf von 4 Tagen beendet — „Schnell-Reaction" [1]).

5. „Fleck-Reaction" (= Pirquet's „kachektische Reaction" [1]): An der Impfstelle entsteht ein oft recht dunkelroter rundlicher Fleck von 5—10 und mehr mm. Durchmesser, meist scharf begrenzt, aber keinerlei Infiltration. Der Fleck hält sich tagelang ziemlich unverändert, um dann, allmählich ein schmutzig-bräunliches Colorit annehmend, zuweilen mit leichter Epidermisdesquamation, zu verblassen. Trotz des fehlenden Infiltrats ist diese Reaction sicher als eine positive anzusehen, als eine specifische.

Auf aussergewöhnliche Reactionsformen gehe ich hier nicht näher ein, da dieselben als solche weder in diagnostischer noch in prognostischer Beziehung von Bedeutung zu sein scheinen und in erster Reihe bedingt sein dürften durch eine ganz besondere individuelle Vulnerabilität und Reizbarkeit des Hautorgans.

Das Maximum der K-R. ist, wie bereits erwähnt, meist nach 24 Stunden erreicht, nicht selten aber auch erst nach 2 mal 24 Stunden. Ist der Unterschied zwischen erstem und zweitem Besichtigungstage kein sehr wesentlicher, so würde der Eintritt der Reaction als ein „normaler" zu bezeichnen sein; ist jedoch nach 1 mal 24 Stunden der Befund so gut wie negativ oder nur „Spur", nach 2 mal 24 Stunden oder später charakteristisch und ausgesprochen, so kann man von einer „Spät-Reaction" reden („torpide Reaction" Pirquet's, Latenzzeit mehr als 24 Stunden).

Wie Sie wissen, m. H., sind diese Reactionen nunmehr an vielen Tausenden von Personen angestellt worden, an Tuberculösen, Suspecten und an sog. „Gesunden", d. h. klinisch nicht als tuberculoseverdächtig erscheinenden Individuen.

Die von den Autoren angegebenen Ziffern betr. der Häufigkeit des positiven und negativen Ausfalls bei den eben genannten drei Gruppen weichen von einander nicht unerheblich ab, was z. T. mit der nicht einheitlichen Concentration der angewandten Lösungen, z. T. mit der nicht einheitlichen Beurteilung der Befunde zusammenhängen dürfte.

Als feststehende Tatsache (z. T. bereits genügend gestützt durch Sectionsergebnisse) dürfte Folgendes anzusehen sein:

Die C-R. fällt positiv aus 1) bei der grossen Mehrzahl manifest (Tuberkelbacillen aufweisender) Tuberculöser (ca. 80—90 %); 2) bei der Mehrzahl suspecter Individuen (ca. 65—75 %; 3) bei einer relativ kleinen Zahl (ca. 13—18 %) sog. „Gesunder".

Die K-R. verhält sich im Wesentlichen umgekehrt. Sie fällt positiv aus bei einer sehr grossen Zahl, ja bei der Mehrzahl der „Gesunden" (die Angaben der Autoren differieren hier zwischen 50 und 90 %), bei den Suspecten

---

[1]) Wolff-Eisner legt bekanntlich der Art des Ablaufs der K-R. eine grosse practische Bedeutung bei — sowohl in diagnostischer als prognostischer Beziehung. Ich möchte mir, vor eingehender Prüfung meines gesammten Materials, wozu ich noch nicht die Zeit gefunden, eine definitive Meinungsäusserung nicht erlauben. Nach allgemeinen Eindrücken, die ich empfangen scheint mir im grossen Ganzen die Dauer der Reaction ihrer Intensität zu entsprechen — je umfangreicher und derber das Infiltrat, um so langsamer bildet sich dasselbe zurück und umgekehrt. Will man überhaupt die Art des Ablaufs der K-R. näher berücksichtigen (und vielleicht führt das eingehendere Studium dieses Ablaufs in der Tat zu practisch verwertbaren Resultaten), so müsste man m. E. in jedem Falle Eintritt, Maximum und Abklingen der Reaction angeben. Ich habe bei meinen Registrierungen unter (im Wesentlichen) Zugrundlegung der Wolff-Eisner'schen Nomenclatur folgende Unterscheidungen gemacht, welche ich der Begutachtung der sich hierfür Interessierenden vorlege:

1. Entwickelung der Reaction: a. normal (N): die Reaction ist nach 1 mal 24 Stunden bereits voll entwickelt, das Maximum ist bereits jetzt erreicht (N 1) oder erst nach 2 mal 24 Stunden (N 2). — b. verzögert (T), torpide Reaction Pirquet's, Latenzzeit mehr als 24 Stunden: die Reaction ist nach 1 mal 24 Stunden noch ganz oder nahezu ganz negativ, nach 2 mal 24 Stunden erst deutlich ausgesprochen. Das Maximum kann schon jetzt erreicht sein (T 2) oder erst nach 3 mal 24 Stunden erreicht werden (T 3), u. s. w.

Eine «Schnellreaction» im Sinn einer ganz besonders schnellen Entwickelung, etwa mit einem Maximum bereits vor Ablauf von 24 Stunden habe ich bei der K-R. nicht gesehn und scheint auch Wolff-Eisner nicht in diesem Sinn von einer «Schnellreaction» zu sprechen: seine «Normal»-, «Schnell»- und «Dauer»-Reaction fallen bezüglich ihres Beginnes zeitlich zusammen (6—15 resp. 6—12 resp. 6—15 Stunden) — Wolff-Eisner hat bei seiner «Schnell-Reaction» mehr das Abklingen, den Ablauf der Reaction gemeint.

2. Ablauf der Reaction: a. normal (N): Infiltrat und Rötung sind nach 4—5 Tagen bereits stark zurückgegangen, nachdem sie beispielsweise am ersten oder zweiten Besichtigungstage (nach 1—2 mal 24 Stunden) bei normalem Einsetzen ihr Maximum erreicht hatten (N 1 N resp. N 2 N). — b. verzögert (T): nach 4—5 Tagen sind Infiltrat und Rötung noch garnicht oder nur wenig merklich zurückgegangen. — c. ungewöhnlich schneller ausgesprochener Rückgang oder vollständiges Verschwinden der Reaction bereits vor dem 4. Tage vom Maximum gerechnet (S).

In Entwickelung und Ablauf werden nun alle möglichen Combinationen der eben genannten Typen beobachtet, die sich durch die von mir gewählte Bezeichnung kurz und klar zum Ausdruck bringen lassen. So kann z. B. eine normal einsetzende Reaction auch weiterhin normal verlaufen, sie kann aber auch verzögert abklingen (Wolff-Eisners «Dauer-Reaction») = NT. Will man die Zeit des Maximums ihrer Entwickelung andeuten: N 1 T oder N 2 T. Oder eine normal einsetzende Reaction verläuft schneller als das durchschnittlich beobachtet wird = NS. Ebenso kann eine verzögert zur Entwickelung gelangende Reaction (T) normal (TN) oder schnell (TS) oder verzögert (TT) abklingen u. s. w.

[1]) Kraus u. Levaditi, Band I pg. 1037. Wolff-Eisner, II. Aufl. pg. 87.

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ist ihre Frequenz ziemlich gleich der bei Gesunden oder doch nicht sehr bedeutend grösser als bei diesen, bei den manifest Tuberculösen sinkt ihre Frequenz, bewegt sich immerhin aber doch noch um 70 Procent.

Diese Tatsachen hat man sich nun (cf. Wolff-Eisner l. c.), vom Standpuncte strenger Specifität der Reactionen ausgehend und dieselben als Ueberempfindlichkeitsreactionen deutend, folgendermassen zu erklären gesucht: Die grosse Frequenz positiver K-R. beim „Gesunden" beruht darauf, dass diese „Gesunden" nur in klinischem Sinne gesund sind, tatsächlich aber einen latenten, meist vollkommen ausgeheilten und inactiven tuberculösen Herd, sei es nun in den Lungen, den Lymphdrüsen oder sonstwo in sich tragen, sie sind tuberculös inficiert, oder es gewesen, aber nicht tuberculös krank; die stattgehabte Infection hat genügt, in ihnen eine Ueberempfindlichkeit auf Lebenszeit zu hinterlassen. Diese Annahme wird in der Tat durch die Sectionsergebnisse grosser Städte gestützt: in bis 95 % der Leichen hat sich Tuberculose (als Haupt- oder Nebenbefund) ergeben. Hiernach muss uns die gleichgrosse Frequenz der positiven K-R. beim Suspecten ganz selbstverständlich erscheinen. Ungenügend erklärt ist aber die Frequenzabnahme der Reaction bei manifesten Tuberculösen und zwar namentlich in den vorgerückten Stadien, worauf wir noch einmal zurückkommen werden.

Der Umstand, dass die C-R. ihre grösste Frequenz beim manifesten Tuberculösen, ihre nächst grösste beim Suspecten, ihre geringste beim Gesunden aufweist führte Wolff-Eisner zu der Annahme, dass die C-R. nur oder doch wenigstens ganz vorzugsweise bei activer Tuberculose positiv ausfalle, alte, inactive, obsolete Herde aber nicht anzeige. Auf zahlreiche interessante Einzelheiten kann ich hier nicht eingehn.

Warum sich die K-R. und die C-R. so verschieden verhalten, warum die erstere auch bei inactiven, die letztere nur bei activen Processen positiv ausfällt, ist zunächst noch nicht geklärt. Vom rein klinisch-diagnostischen Standpuncte können wir uns jedoch vor der Hand mit der Erfahrungstatsache begnügen.

Bekennen wir uns zur Specifität der localen Tuberculinreactionen (und zunächst liegt noch kein genügender Grund vor, dieselbe zu bezweifeln), so besitzen wir in ihnen ein ungemein wertvolles und im Vergleich zur subkutanen probatorischen Injection bequemes und ungefährliches Mittel zur Früh- und Differentialdiagnose tuberculöser Processe.

Was nun meine persönlichen Erfahrungen anbetrifft, so habe ich mein umfangreiches Material noch nicht soweit sichten können, um heute schon über Alles zu berichten. Ich will mich auf die Gruppen der „Tuberculösen" und der „Suspecten" beschränken, die „Gesunden" späteren Mitteilungen vorbehaltend.

I. Tuberculöse, d. h. manifest Tuberculöse, mit positivem Bacillenbefund im Sputum (sämtliche Kranke mit noch so gravierendem Lungenbefunde aber ohne — selbstverständlich bei wiederholter Untersuchung — Bacillen im Sputum sind den „Suspecten" zugezählt). Es sind dies zufällig genau 100 Fälle. Die C-R. ist bei sämtlichen, die K-R. bei 85 derselben angestellt worden, die erstere fiel bei 80 Kranken = 80 % positiv, bei 20 = 20 % negativ aus, wobei „Spur +" als positiv gerechnet worden ist, die K-R. bei 64 Personen = 74 % positiv, bei 21 = 26 % negativ, wobei „— Spur?" als negativ, „Spur +" als positiv gezählt wurde. A priori sollte man annehmen, dass eigentlich eine jede manifeste Tuberculose sowohl conjunctival als kutan positiv reagieren müsse. Dem ist nun nicht so, und wir werden auf die negativen Reactionen noch zurückzukommen haben. Die berichtenden Autoren haben ihr Material vielfach nach der bekannten Turban'schen Stadieneinteilung gruppiert; ich möchte nur zum Teil ebenso verfahren, nämlich II. u. III. Stadium nicht von einander trennen, 1) um mein nicht grosses Material nicht allzusehr zu zersplittern und 2) weil ich eine scharfe Trennung von II-tem und III-tem Stadium klinisch ohnehin für nicht exact durchführbar halte.

Es reagierten:

Conjunctival (100 Fälle)

	I. Stadium.		II. und III. Stadium.	
negativ	3	= 38,1 %	— 17	= 41,8 %
Spur	5		— 16	
+	4	= 61,9 %	— 15	= 58,2 %
+ +	7		— 13	
+ + +	2		— 18	
	21		79	

Kutan (85 Fälle)

	I. Stadium.		II. und III. Stadium.	
negativ	1	= 9,5 %	— 12	= 34,4 %
— (Spur?)	1		— 7	
+ Spur	0		— 3	
+ (Infiltrat 2—4 mm.)	3	= 90,5 %	— 9	= 65,6 %
+ + (Infiltrat 5—7 mm.)	9		— 8	
+ + + (Infiltrat 8 u. mehr mm.)	6		— 11	
Rötung ohne Infiltrat	1		— 14	
	21		64	

Obgleich es sich bei den vorstehenden Tabellen um nur kleine Zahlen handelt und eine procentische Berechnung sich kaum rechtfertigen lässt, so geht aus ihnen doch auch die schon sonst bekannte Tatsache hervor, dass die stärkeren Grade der Reactionen im I. Stadium relativ häufiger sind als im II. und III. und, dass die Zahl der ganz negativ oder nur spurweise Reagierenden in den vorgerückteren Stadien zunimmt und zwar bei der K-R. in noch ausgesprochenerem Grade als bei der C-R.

Bekanntlich hat Wolff-Eisner dieses Verhalten als prognostisch sehr wohl verwertbar hingestellt. Es geht dieses auch aus meinem Material hervor und zwar mit ganz besonderer Deutlichkeit, wenn man dasselbe nicht nach klinischen Stadien sondern nach „Entlassenen" und „Verstorbenen" gruppiert. Von den conjunctival geprüften Patienten wurden 61 entlassen (gebessert, unverändert oder relativ wenig verschlimmert) und verstarben 39, von den auch kutan geprüften 85 Personen wurden 56 entlassen und verstarben 29.

Es reagierten:

Conjunctival:

	Entlassene.	Verstorbene
negativ	9	11
Spur	12 (1 Spät-R.)	9
+	16 (3 Spät-R. und 3 erst bei II. Instillat. +)	5
++	11 (3 resp. 1)	7 (3 Spät-R.)
+++	13 (2 Spät-R.)	7 (2 Spät-R.)
	61	39

Von den Entlassenen reagierten somit 21 = 34,4 % spurweise oder negativ und 40 = 65,6 % ausgesprochen positiv, während bei den Verstorbenen schwache plus ganz negativen Conjunctivalreactionen ebenso häufig waren wie ausgesprochen positive.

Noch grösser sind die Differenzen bei der K-R. Es reagierten:

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kutan:

Entlassene.			Verstorbene.	
negativ	3	= 12,5 %	10	= 58,4 %
— (Spur?)	4		4	
+ Spur	0	= 87,5 %	3	
(+) (++) (+++)	39		7	= 41,6 %
Rötung ohne Infiltrat	10		5	
	56		29	

Im vorgerückten Stadium der Tuberculose wird somit die Kutanreaction in augenfälligerer Weise schwächer als die Conjunctivalreaction und fällt oft ganz negativ aus, während die letztere immerhin noch positiv sein **kann**, ja sogar noch einige wenige Tage vor dem Exitus, wie ich das in ein paar Fällen gesehen. Die K-R. dürfte also in der Tat prognostisch verwertet werden können, in geringerem Grade wohl auch die C-R. Womit dieser Intensitätsnachlass zusammenhängt ist, noch unsicher. Ich habe den Eindruck empfangen, als, ob hier Mischinfectionen eine Rolle spielen könnten.

Wir müssen noch einmal auf die diagnostische Seite der Angelegenheit zurückkommen. Wie wir soeben gesehen haben, kommt ein negativer Ausfall einer oder der anderen oder auch beider Reactionen zugleich nicht selten in vorgerückten Stadien manifester Tuberculose vor. So starben beispielsweise von meinen 20 conjunctival negativ reagierenden Kranken 11, also mehr als 50 % im Verlauf von spätestens 30 Tagen, befanden sich klinisch 2 im III., 4 in stark vorgerücktem II. Stad. Von den 3 übrigen wird noch gleich die Rede sein.

Eine zweite Kategorie negativ reagierender Fälle besteht aus solchen mit sehr stürmischem, foudroyantem Verlauf. So ist (vergl. Wolff-Eisner I. Aufl. pg. 40) z. B. nach Angaben in der Literatur bei Miliartuberculose die Reaction meist negativ. Ich habe unter meinen Beobachtungen nur einen Fall mit rapidem Verlauf:

Sienkiewicz, 23. a. n. † 26. III. 08. Im Sputum massenhaft Tuberkelbacillen, die mehrfach wiederholte K-R. stets negativ, die C-R. links negativ, nach 10 Tagen rechts Spur positiv. Anfänglich typhusähnliche, später mehr septische Temperaturcurve. Section nicht gestattet.

Drittens endlich begegnet man hin und wieder Fällen, wo trotz positiven Bacillenbefundes, positiver K-R. und guten Allgemeinzustandes die C-R. dennoch negativ ausfällt, auf beiden Augen. Eine genügende Erklärung gibt es für dieses Verhalten noch nicht. Möglicherweise spielen rein locale Zustände der Conjunctiva hier eine Rolle. Ich habe einen derartigen Fall bei einem 21-jährigen Matrosen gesehn:

Westad, 21. a. n. entl. 16. VI. 08; geringe Haemoptoe, rechtsseitige Spitzenaffection. Bacillen im Sputum. C-R. negativ, sowohl links als rechts, K-R. stark positiv (Infiltrat 10 mm., anscheinend Dauer-Reaction).

Zwei weitere Fälle mussten insofern zweifelhaft bleiben, als aus äusseren Gründen die auf dem einen Auge negativ ausfallende C-R. auf dem andern nicht wiederholt werden konnte.

Auf eine interessante und m. E. sowohl practisch als theoretisch wichtige Tatsache möchte ich gleich hier aufmerksam machen. Die K-R., in sehr viel geringerem Grade auch die C-R., wird durch gewisse acut fieberhafte Processe beeinträchtigt; sie kann während des Bestehens dieser Processe negativ oder schwach ausfallen, um nach Verschwinden derselben positiv oder stark auszufallen. So mag es sich z. B. erklären, dass in einem meiner Fälle eine manifeste tuberculöse Spitzenaffection im ersten Stadium (M. Paul, 37. a. n. 2.V.—6.VI. 08) conjunctival nur schwach und spät, kutan ganz negativ reagierte, weil die Reactionen während eines Recurrensanfalls angestellt worden waren, und in einem anderen Falle (A. Kalleis 37. a. n. 9. VIII.—13. IX. 08) K-R. nur schwach, C-R. sowohl links als rechts negativ ausfiel, weil die Reactionen im remittierendem Stadium eines Abdominaltyphus angestellt worden waren.

Auf diese Fragen werde ich demnächst in einer speciellen Arbeit näher eingehn.

II. Suspecte. Die Zahl derselben beträgt in Summa 107 und setzt sich aus folgenden Gruppen zusammen:

1. Lungenkranke mit auf Tuberculose verdächtiger Anamnese und verdächtigem Lungenbefund aber ohne Tuberkelbacillen im Auswurf; einige dieser Kranken machten durchaus den Eindruck ausgesprochener Phthisiker.
2. Kranke mit verdächtiger Anamnese aber nicht verdächtigem Lungenbefund oder umgekehrt.
3. Allgemeine Schwächezustände und ähnliches bei negativer Anamnese und Lungenbefund.
4. Erkrankungen, deren Ursache erfahrungsgemäss ganz vorzugsweise eine Tuberculose ist, wie z. B. Spondylitiden, Lymphadenitiden etc.

Die C-R. wurde bei sämtlichen, die K-R. bei 98 dieser Kranken angestellt. Die erstere fiel bei 81 Personen = 75,5 % positiv aus und zwar mit 4 Ausnahmen zugleich mit der K-R. (natürlich abgesehn von den Fällen, wo diese letztere überhaupt nicht angestellt worden war); bei 26 Personen = 24,5 % fiel die C-R. negativ aus, bei diesen 3 Mal auch die K-R. negativ (in einem Fall war letztere nicht angestellt worden). Es ergeben sich also 22 Fälle mit negativer C-R., aber positiver K-R.

Die K-R., in Summa bei 98 Suspecten angestellt, fiel 91 Mal = 92,8 % positiv aus (69 Mal mit positiver, 22 Mal mit negativer C-R.) und nur 7 Mal = 7,2 % negativ (4 Mal bei positiver, 3 Mal bei ebenfalls negativer C-R.).

Wir sehen also auch an dem vorliegenden Material, wie solches im Allgemeinen schon weiter oben erwähnt worden ist, bei den Suspecten im Vergleich zu den manifest Tuberculösen die Frequenz der positiven C-R. etwas sinken (von 80 % auf 75,5 %), die Frequenz der positiven K-R. hingegen steigen (von 74 % auf 92 %). Es ist das ganz selbstverständlich. Einerseits braucht ja von den Suspecten nicht ein jeder tatsächlich activ tuberculös zu sein, während andererseits bei ihnen gerade in einer ganz besonders grossen Zahl inactive, ausgeheilte tuberculöse Processe anzunehmen sind.

Die Gruppe der Suspecten wäre am ehesten geeignet, über den diagnostischen Wert der Reactionen zu entscheiden, wenn wir nämlich nach Verlauf einiger Zeit dieselben Kranken mit nunmehr manifester Tuberculose wiederzusehen bekommen. Bei meinem Material hat sich solches im Laufe von $1^1/_2$ Jahren nur ein einziges Mal ereignet. Hingegen verfüge ich über 5 Sectionen bei Suspecten;

1. Chr. Endrichkeit, 50 a. n. † 24. XI. 08. Carcinoma hepatis. Klinisch suspecte linke Spitze. C-R. +, K-R. ++ (8 Tage ante mortem). Sect: an linker Lungenspitze geringe Reste schiefriger Induration in der Umgebung eines erbsengrossen Käseherdes mit reichlich Tuberkelbacillen. Sonst Lungen normal. Bronchialdrüsen normal.

2. J. Eriksohn, 44 a. n. † 1. I. 08. Gibbus. Lungen klinisch frei. C-R. + (35 Tage ante mortem), K-R. nicht gemacht. Sect.: Tuberc. column. vert., Lungen sowie mediastinale und bronchiale Lymphdrüsen frei.

3. R. Toll, 15 a. n. † 15. II. 09. Klinisch: Meningitis tuberc. (im Lumbalpunctat ganz vorzugsweise Lymphocyten) C-R. Spur +, K-R. + (3 Tage ante mortem) Sect: Typische Meningit. basilar tuberc.; in der Milz kleinste Käseknötchen. Lungen frei.

4. A. Lossew, 20 a. n. † 10. II. 09. Klinisch: subacute Peritonitis, wegen eines mit der Haut verbackenen Halsdrüsentumors als tuberculös verdächtig. C-R. ++, K-R. Spur + (17 Tage ante mortem) Sect.: Peritonit. tub., Ulcera tub. intest., Lymphadenit. tub. mesenterii. Die Brusthöhle durfte nicht seciert werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Ch. Wilhelmsohn, 14 a. n. † 3. VI. 08. Klinisch: Meningitis tuberc. C-R. (30 Stunden ante mortem) negativ, K-R. nicht angestellt. Sect.: Meningit. tuberc., Brust- und Bauchhöhle durften nicht seciert werden.

Wie aus dem die manifest Tuberculösen und die Suspecten betreffenden Material hervorgeht, kann ich im Allgemeinen die Resultate früherer Beobachter und spec. diejenigen Wolff-Eisners nur bestätigen. Auf einige interessante Differenzen hier im Detail einzugehen, würde zu weit führen und muss anderer Gelegenheit vorbehalten bleiben. Meine an „Gesunden" gewonnenen Erfahrungen sprechen ebenfalls zu Gunsten der diagnostischen Verwertbarkeit der Reactionen: Ich habe dieselben an zahlreichen „Gesunden", d. h. klinisch nicht ohne weiteres als „suspect" zu bezeichnenden, anderer Erkrankungen wegen aufgenommenen Personen angestellt; sie fielen ganz vorzugsweise bei solchen positiv aus, bei welchen sehr wohl die Möglichkeit einer activen oder inactiven Tuberculose vorlag resp. eine solche wahrscheinlich wurde nach abermaliger sorgfältigster Anamnese und klinischer Untersuchung mit allen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln.

In dieser Beziehung sei hier (nähere Mitteilungen vorbehalten) nur folgendes hervorgehoben:

Nach den Ergebnissen der localen Tuberculinreactionen wäre die Pleuritis exs. serosa in der übergrossen Mehrzahl der Fälle tuberculösen Ursprungs (womit das cytologische Verhalten der Ergüsse übereinstimmt).

Die Beziehungen gewisser meist noch als „rheumatisch" bezeichneter Gelenkaffectionen zur Tuberculose scheinen noch viel häufiger vorzukommen als man bisher (in Anschluss an die bekannte Poncet'sche Lehre) solches anzunehmen geneigt gewesen.

Dasselbe gilt von gewissen Magenaffectionen, namentlich auch dem „Ulcus rotundum" und einem hier zu Lande nicht seltenen Symptomencomplex, welcher sich im Wesentlichen aus Anämie, epigastrischen von der Mahlzeit unabhängigen Schmerzen, verminderter Acidität des Magensaftes und ausgesprochener Druckempfindlichkeit längs der Aorta abdominalis zusammensetzt.

Auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen und Eindrücke möchte ich mich bezüglich der localen Tuberculinreactionen zunächst folgendermassen äussern:

Die Kutan-Reaction fällt bei Verwendung der bis jetzt üblich gewesenen Verdünnungen des Tuberculins unter gewöhnlichen Verhältnissen fast stets positiv aus. Sie ist daher für sich allein diagnostisch nicht verwertbar. Pflichtet man der Annahme bei, dass sie in jedem Fall von Tuberculose, auch bei ausgeheilten, inactiven Herden, positiv ausfalle, so kann man sie zur Diagnose solcher Herde verwenden, nicht aber zur Entscheidung der Frage, ob ein activer Process vorliege oder nicht.

Die Intensität ihres Ausfalls steht im Allgemeinen in umgekehrtem Verhältnis zur Dauer und zur Schwere der tuberculösen Erkrankung: je frischer und je gutartiger diese, um so lebhafter ist sie, je weiter vorgeschritten und je bösartiger der Verlauf, um so schwächer pflegt sie auszufallen oder bleibt ganz negativ. Hierdurch wird sie bei uncomplicierter Tuberculose prognostisch sehr wohl verwertbar und übertrifft in dieser prognostischen Beziehung die Conjunctival-Reaction.

Die Conjunctival-Reaction fällt ganz vorzugsweise bei activer Tuberculose (auch in complicierten Fällen) positiv aus. Sie ist daher ein überaus schätzbares diagnostisches Hilfsmittel zur Aufdeckung latenter Tuberculosen. Ihre Intensität geht bei frischer Erkrankung im grossen Ganzen derjenigen der Kutan-Reaction parallel, in vorgeschrittenen Fällen ist sie jedoch nicht selten noch ausgesprochen positiv, wo die letztere bereits negativ ausfällt. Sie ist daher prognostisch weniger zuverlässig als diese.

Zur Physiologie und Pathologie der Epithelkörper.

Von

Dr. med. E. Fuhrmann.

M. H. Gestatten Sie mir, Ihnen heute in einer möglichst knappen Literaturstudie über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse der Epithelkörperchen zu berichten.

Das Vorkommen von kleinen Körperchen in unmittelbarer Nähe der Schilddrüse, mit sehr wechselnden Aussehen, Anzahl und Lage war schon lange verschiedenen Forschern aufgefallen. Sie fanden aber keine wesentliche Beachtung. Man hielt sie für embryonale Keimreste der Schilddrüse, und nur von diesem Gesichtspunct aus widmet Ihnen Virchow in seinem Werke über die krankhaften Geschwülste eine gewisse Beachtung, indem sie als Zellhaufen embryonalen Charakters gelegentlich einmal den Boden abgeben können für verschiedene Neubildungen. Erst im Jahre 1880 machte Sandström die kleinen drüsenartigen Gebilde, die er glandula parathyreoidea nannte, zum Gegenstande einer eingehenden Arbeit; er suchte und fand sie nicht nur beim Menschen, sondern auch bei sämtlichen von ihm untersuchten Wirbeltieren mit auffallender Beständigkeit. Aber auch für Sandström blieben sie von untergeordneter Bedeutung, auch er sah in ihnen nur versprengte Keimanlagen der Schilddrüse. Sandströms Arbeit fand in engeren Fachkreisen wenig Beachtung, weitere Kreise konnte die Frage, sowie sie damals lag, überhaupt nicht interessieren. Es vergingen darauf 15 Jahre, und erst im Jahre 1895 studierte Kohn die feinere Histologie des Organs, dem er in Anbetracht des äusserst typischen mikroskopischen Bildes den Namen „Epithelkörper" beilegte. Seither ist das Epithelkörperchen in seiner Beziehung zum allgemeinen Haushalt des Organismus, in seiner Stellung, im Stoffwechsel und seiner Beziehung zu gewissen krankhaften Erscheinungen oft und eingehend studiert worden, so dass die Literatur über dasselbe viele Bände füllen könnte. Dennoch rückt es erst in allerletzter Zeit mehr in den Vordergrund des Interesses. Es ist eine alte Tatsache, die immer wieder beobachtet werden kann, dass, wenn eine Erscheinung lange Zeit hindurch unbeachtet geblieben war und dann plötzlich in den Vordergrund rückt, sie in bedeutendem Masse überschätzt wird, und dass man sie dann leicht mit den verschiedensten, früher beobachteten Erscheinungen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen bestrebt ist. Wir sehen es auch auf einem anderen Gebiet, dem der Tuberculose, das in unseren Tagen zu ungeahnter Actualität emporgeschnellt ist, dass eine ungeheure Anzahl von Erkrankungen, localer und allgemeiner Natur, heute dem Tuberculoseerreger zugeschoben wird, häufig mit auffallend geringer und wenig stichhaltiger Begründung. So ist es auch mit dem Epithelkörperchen gegangen. Vor wenigen Jahren war es noch gänzlich unbekannt. Heute wird von vielen Seiten der Versuch gemacht, jede mit Krämpfen einhergehende Erkrankung als eine Ausfallserscheinung der Function des Epithelkörpers hinzustellen, nachdem man einmal den zweifellosen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Parathyroidectomie und der postoperativen Tetanie festgestellt hatte. Ich wende mich nun der Embryologie des Organes zu. Wie es mit der Berechtigung dazu aussieht, soll uns z. T. weiter unten beschäftigen.

In den Epithelkörpern haben wir ein Organ vor uns von — phylogenetisch — sehr hohem Alter und hoher Differenzierung. Es findet sich — ebenso wie die Schilddrüse — bei allen Vertretern der Wirbeltiere bis auf den Lancetfisch hinab, in analoger Anordnung. Dementsprechend finden wir seine Anlage auch schon in sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

frühem Alter, es ist bei menschlichen Embryonen bei einer Embryolänge von 14 mm. schon deutlich vorhanden. Beim erwachsenen Säugetier ist die Anzahl und die genaue Lage grossen Schwankungen unterworfen, in der embryonalen Anlage aber ist das Bild sehr beständig. Auf der schematischen Zeichnung habe ich versucht, Ihnen die Verhältnisse vorzuführen (Fig. I.).

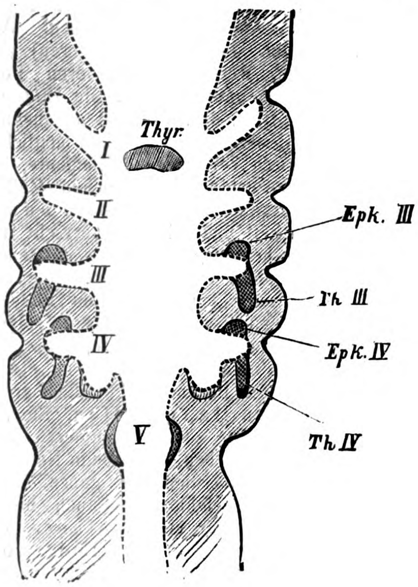


Fig. I.

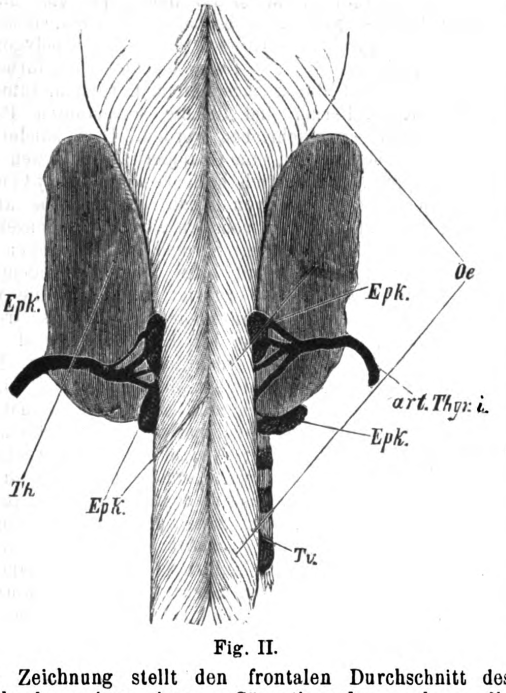


Fig. II.

Die Zeichnung stellt den frontalen Durchschnitt des Schlundes eines jungen Säugetierembryo dar, die punctierte Linie bezeichnet das Epithel, die Ausbuchtungen mit den römischen Zahlen I—IV sind die Schlundspalten, die ununterbrochene Linie von aussen bezeichnet die Hautdecken mit den eingestülpten Kiementaschen. Der Raum zwischen beiden soll die vom mittleren Keimblatt stammenden Elemente darstellen. In der Mitte der Tafel, auf der Höhe zwischen der I. und II. Schlundspalte bezeichnet das bohnenförmig — ovale, schraffierte Feld die Ausstülpung des Epithels, die sich zur Schilddrüse ausbildet und die auch bei der reifen Frucht und während des ganzen Lebens als Foramen coecum weiterbesteht, während bekanntlich der verbindende Teil zwischen Schilddrüse und Foramen coecum hin und wieder einmal als zelliger Strang (der ductus thyreoglossus) bestehen bleibt, meist aber schon im embryonalen Leben vollständig verschwindet. Die kreuzweise schraffierten gefärbten Ausstülpungen des Epithels der III. und IV. Schlundspalte sind es nun, auf die es uns hier besonders ankommt. Und zwar sind die kopfwärts gerichteten die Anlagen der Epithelkörper, die caudalwärts gerichteten die Anlagen der Thymus und des sogenannten IV. Thymusmetamers. Die von der dritten Schlundspalte ausgehende Thymusanlage wächst nun rasch und machtvoll, senkt sich nach unten und wächst zu der bei Embryo und Neugeborenem so sehr entwickelten Thymus aus. Die nach unten sich ausbreitenden Hörner der Thymus ziehen nun die Anlage des Epithelkörpers nach sich, und so sinkt das ursprünglich als oberes angelegte Epithelkörperchen unter das von der IV. Schlundspalte ausgegangene. Das letztere entwickelt sich zu dem sogenannten oberen Epithelkörperchen, das neben ihm sich entwickelnde IV. Thymusmetamer beginnt nach vorübergehender Entwicklung sich zurückzubilden und ist späterhin nur als sogenanntes Thymuskörperchen in engstem Zusammenhang mit dem oberen Epithelkörperchen zu finden. Zwischen der ziemlich flachen IV. Schlundspalte und dem Lumen des schon stark verjüngten Schlundes befindet sich noch eine sackförmige, caudalwärts gerichtete Ausstülpung (deren wucherndes Epithel ich durch einfache Schraffierung angegeben habe), in der man früher allgemein die jetzt fast von allen verleugnete seitliche Anlage der Schilddrüse erblickte. Es ist das der sogenannte postbranchiale Körper, der als kleines Bläschen mit einer Reihe wandständiger, cylindrischer Zellen vielfach im Parenchym der Schilddrüse gefunden wird, dessen genaueres Schicksal und dessen Bedeutung vollständig unbekannt sind; wahrscheinlich handelt es sich um ein rudimentäres Organ, das nur bei einigen niederen Fischen zu namhafter Entwicklung gelangt.

Im Verlaufe des Schlundes habe ich noch eine auf beiden Seiten wahrnehmbare Ausbuchtung der Schlundwand (mit einer V bezeichnet) angegeben, es ist dieses eine rudimentäre Schlundspalte, deren Epithel übrigens zum Ausgang für Zellgruppen werden kann, die im Bindegewebe des Halses dazwischen versprengt aufgefunden werden und in ihrem Verhalten als accesorische Epithelkörperchen angesehen werden müssen. Aehnliche Gruppen, aber von den oberen Schlundspalten (III und IV) ausgehend, finden sich auch oft im Gewebe der Schilddrüse. Hier möchte ich hervorheben, dass das obere Epithelkörperchen auch als inneres bezeichnet wird, indem es bei gewissen Trägern stets im Parenchym der Schilddrüse eingeschlossen erscheint, bei der Katze, beim Hunde, als Ausnahme wohl auch beim Menschen. Das untere Epithelkörperchen wird in diesem Sinne auch als äusseres bezeichnet.

Damit können wir direct zur Anatomie der Epithelkörper übergehen. Beim Neugeborenen und im späteren Leben finden sich beim Menschen, wie auch bei den meisten Säugern, je zwei Epithelkörperchen von jeder Seite. Sie liegen beim Menschen am hinteren Rande der Schilddrüse, in der Rinne zwischen diesem und dem Oesophagus (Fig. II). Sie lassen sich nach Petersen am besten finden, wenn man die herausgeschnittenen Halsorgane mit der Trachea nach unten und dem Oesophagus nach oben auf den Tisch vor sich legt. Präpariert man dann den Rand des Oesophagus frei und folgt

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

man der art. tyreoïdea inferior, die sich als ziemlich grosses Gefäss leicht auffinden lässt, so findet man gewöhnlich das obere Epithelkörperchen an der Stelle, wo die Endverzweigungen der art. thyreoïdea sich in das Gewebe der Drüse versenken; das andere Epithelkörperchen hat nun eine wechselnde Lage. Bald liegt es in unmittelbarer Nähe des oberen, bald liegt es weiter unten am unteren Pol der Schilddrüse, bald liegt es auch weiter unten, wo seine Auffindung viel Schwierigkeiten bereiten kann. Eine ausgesprochene Symmetrie zwischen den rechten und linken Körperchen besteht auch nicht. Das obere Epithelkörperchen liegt manchmal innerhalb der Kapsel der Schilddrüse, hin und wieder sogar im Parenchym der letzteren, so dass es nur bei der Zerlegung der Schilddrüse in Serienschnitte zu finden ist. Die Grösse der Epithelkörperchen ist sehr wechselnd, und schwankt zwischen 3 mm und höchstens 1,5 mm, doch sind so grosse Körperchen, wie es scheint, sehr selten, meistens beträgt der grössste Durchmesser etwa 5,7 mm. Auch die Form ist sehr unbeständig, einmal spindelförmig, ein anderes Mal fast kugelig, oder linsenförmig, oft anscheinend mit einem Hilus versehen. Ebenso verschieden ist die Farbe, meist gelblich braun, kann sie in ihrer Intensität erheblich wechseln. Daher ist es oft äusserst schwer, die Organe zu finden, und jedenfalls gehören sich eine grosse Uebung und möglichst ungestörte anatomische Verhältnisse, um zu einem positiven Erfolg zu gelangen. Von den Lymphdrüsen unterscheiden sie sich durch geringere Transparenz, vom Fett durch ihre bedeutend derbere Consistenz, doch sind sie oft in einen Fettklumpen eingehüllt, was dann ihr Auffinden ungeheuer erschwert. Ueberhaupt gibt hier oft erst die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag. Trotz genauester, vorsichtigster Präparation lassen sich in vielen Fällen doch nicht alle vier Epithelkörper auffinden. In seiner Dissertation sagt M i l e w s k y, dass er die Körperchen meistens in ungerader Zahl gefunden habe. Leider lässt sich, ohne lückenlose Serienschnitte der ganzen Region von dem Zungenbein bis in die apertura thoracis hinab angefertigt zu haben, nie mit Sicherheit behaupten, dass auch in der Tat nur die makroskopisch gefundene Anzahl vorhanden war. Damit wird aber die genaue Feststellung fast bis zur Grenze des Möglichen erschwert. So liegen die Verhältnisse beim Menschen. Bei manchen Tieren ist sowohl in der Anzahl als in der Lage eine bei weitem grössere Beständigkeit wahrzunehmen, so besonders bei der Katze, die daher auch am geeignetsten für das experimentelle Studium erscheint.

Auch im mikroskopischen Bau herrscht eine recht bedeutende Mannigfaltigkeit. Wir unterscheiden jetzt allgemein 4 Typen: 1) das ungegliederte Epithelkörperchen, 2) das netzförmige, 3) das lobuläre, 4) das spongiöse. Der Unterschied liegt lediglich in dem quantitativen Verhältnis zwischen den specifischen Zellen und dem Bindegewebe und in der Anordnung des letzteren. Auch scheint hier das Alter eine dominierende Rolle zu spielen. Während bei dem Neugeborenen und jungen Kinde das ganze Körperchen fast ausschliesslich aus epithelioiden Zellen besteht mit einer Menge unmittelbar an die Zellen herantretender feinster Capillaren, so dass von einer auffallenden Lagerung der Zellen nicht die Rede sein kann, entwickelt sich im späteren Leben reichlicheres Bindegewebe, zwischen dem sich Zellstränge hinziehen, so dass sich der netzförmige Typus entwickelt. Die Zellstränge nehmen allmählich eine gewundene Gestalt an und imponieren dann auf Querschnitten als Lobuli — der lobuläre Typus. Hat sich endlich so viel lockeres Bindegewebe entwickelt, dass die charakteristischen Zellen nur noch verhältnismässig kleine Gruppen bilden, so haben wir den letzten Typus, der für das Alter besonders charakteristisch ist — den spongiösen Typus vor uns. Es gibt nun Uebergänge zwischen den einzelnen Typen sowohl als auch ein Vorkommen der verschiedenen Typen in ein und demselben Körperchen. Während es leicht erscheint, das allgemeine histologische Bild in der obengeschilderten Weise zu begrenzen, herrscht hinsichtlich der Zellen selbst eine weit geringere Uebereinstimmung. Es geht mit Sicherheit hervor, dass die beobachteten Zellen ein recht verschiedenes Aussehen haben können. Während die einen (namentlich die älteren Autoren) zweierlei Zellen unterscheiden, werden von neueren Forschern drei oder vier Arten unterschieden. Die Einteilung ist aber so wenig einheitlich, dass es wohl anzunehmen ist, es handle sich um Uebergangsformen und möglicherweise nicht um morphologisch verschiedene Elemente, sondern um Arbeits und Ruhezustände der gleichen Zellen und eine Folge von Uebergangsstadien zwischen den extremen Zuständen. Einmütigkeit und Klarheit herrscht in dieser Frage allerdings bisher nicht, und es entstehen auch einige Bedenken, ob nicht vielleicht doch eine verschiedene Function den verschiedenen Zellen obliegt. Die drei auffallendsten Typen sind: 1) grosse polyedrische Zellen mit scharf tingibler Zellgrenze, ganz oder fast ganz unfärbbarem Protoplasma und grossem, etwas länglichem, meist excentrisch liegendem gut, färbbarem Kern — d i e s o g e n a n n t e n H a u p t z e l l e n. Sie erinnern an die zelligen Elemente der Nebenniere, was von einigen Autoren hervorgehoben wird. Beim Neugeborenen bilden sie fast ausschliesslich die ganze Masse des Epithelkörperchens, doch fehlen sie auch bis in das späteste Alter nicht. 2) Sehr viel k l e i n e r e Z e l l e n mit gut färbbarem Kern, gut mit Eosin färbbarem Protoplasma und deutlich markierten Zellgrenzen. Ihre Anzahl ist in den einzelnen Schnitten sehr wechselnd. 3) Die sehr charakteristischen oxyphilen Zellen, die erst jenseits des 10 Lebensjahres aufzutreten pflegen, von da ab aber bis ins späte Alter beobachtet werden, sie zeichnen sich aus durch ihre Grösse, ihre deutlich polygonale Gestalt, durch das sich mit Eosin leuchtend rot färbende Protoplasma und durch ihren kleinen, runden, intensiv tingiblen Kern. Ferner sind 3) die sogenannten P a l l i s a d e n z e l l e n beschrieben worden. Doch handelt es sich hier anscheinend um eine Gruppierung der Zellen vom zweiten Typus; und endlich noch 4) die s y n c y t i u m ä h n l i c h e n Z e l l e n, von denen ich dasselbe anzunehmen geneigt bin, wie von den sog. Pallisadenzellen. Fügt man hinzu, dass im Stroma oft Mastzellen gefunden werden, so ist damit alles über die eigentümlichen Zellen gesagt. Es erübrigt noch, auf die Versorgung mit Blutgefässen einzugehen. Die Gefässe treten an verschiedenen Stellen aus der Kapsel ein und zerfallen bald in ein ausserordentlich verzweigtes Netz feinster Capillaren. Oft dringt das Gefäss mit einem Strang von Bindegewebe ein, der sich dann, allmählich mit den Gefässen verzweigend, fast vollends verschwindet. Auffallend ist die ungeheure Anzahl feinster Haargefässe, die nur aus Endothel bestehend, sich unmittelbar an die Epithelzellen schmiegen. Bisweilen strotzen diese feinsten Gefässchen von Blut, was dann dem mikroskopischen Bilde etwas ungewöhnlich Charakteristisches verleiht.

Zwischen den einzelnen Zellgruppen ist von manchen Autoren ein kolloidähnliches Secret beschrieben worden, das hin und wieder in Klümpchen auftrat, die von mehreren Zellen umgeben waren, so dass sich ein Bild ergab, das in gewissem Sinne an die Schilddrüse erinnert. In frischen Präparaten ist Glycogen in den Zellen nachgewiesen worden. Sehr reichlich pflegen schon im frühen Alter Fetttropfen in den Zellen aufzutreten, die an Zahl und Grösse mit dem Alter zunehmen, so dass bei alten Leuten die Epithelkörper im Zustande erheblicher Verfettung erscheinen.

Ist es im allgemeinen schwer, bei den Drüsen mit

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

innerer Secretion die Erfüllung ihrer physiologischen Obliegenheiten direct experimentell zu studieren, und wir sind vielmehr darauf angewiesen, aus den Ausfallserscheinungen auf ihre Tätigkeit zu schliessen, so ist dieses im besondern bei den Epithelkörpern der Fall, dank ihrer Kleinheit einerseits, anderseits aber und nicht zum mindesten dank ihren nahen Beziehungen zu der Schilddrüse, über deren Functionen ja auch noch lange nicht der letzte Schleier gelüftet ist, endlich aber dank der ungeheuren Schwierigkeit, die Drüsen beim lebenden Tier aufzufinden und mit absoluter Sicherheit in der gewünschten Menge zu entfernen. Die Functionsmöglichkeiten sind vorhanden, es kann sich handeln um 1) eine secretorische Tätigkeit, oder 2) um eine entgiftende oder 3) um eine regulatorische Tätigkeit. Diese Einteilung kann für die Hypothesen über die Function der Schilddrüse aufgestellt werden, sie ist in der Arbeit von Melnikow auch auf die Hypothesen über die Epithelkörperfunction ausgedehnt worden. Hier muss wieder etwas Geschichte eingeschaltet werden. Nachdem das Interesse der Forscher für die Epithelkörper geweckt war, veröffentlichte Gley eine Reihe experimenteller Arbeiten, in denen er nachzuweisen sucht, dass die Epithelkörper bei vorhandener Schilddrüse überhaupt nicht functionierten, und erst nach Entfernung der letzteren vikariierend deren Functionen zum Teil übernehmen, wobei sie sich in richtiges Schilddrüsengewebe verwandeln. Es entspann sich nun eine heftige Polemik zwischen Gley und Moussu, indem letzterer zunächst den Epithelkörpern überhaupt jegliche Bedeutung absprach. Nach vielen Studien und eifrigster Polemik einigten sie sich dahin, dass nach einer completten Thyreoidectomie, bei der Schilddrüse und Epithelkörper entfernt wurden, sich zwei Gruppen von Symptomen entwickelten: 1) chronische trophischer Natur, die dem Ausfall der Schilddrüsenfunction, und 2) acute nervöse, die einem solchen der Epithelkörper zur Last gelegt werden müssen. Damals war das eine bedeutende Errungenschaft, denn es herrschte noch die Meinung vor, dass sich die herbivoren und die fleischfressenden Tiere verschieden zur Parathyreoidectomie verhalten. Während nähmlich letztere prompt an postoperativer Tetanie mit meist tötlichem Ausgang zu erkranken pflegten, vertrugen die ersteren die Operation entweder unbeschadet oder erkrankten nur leicht an vorübergehender Tetanie. Erst später wiesen Vassale und Generali nach, dass auch die Herbivoren an einer completten Parathyreoidectomie unter tetanischen Erscheinungen zu Grunde gehen, wenn man nur die bei diesen Tieren ziemlich weitabliegenden äusseren Epithelkörper — sie liegen an der Bifurcation der Carotis — entfernt. Ferner wiesen sie nach, dass es auch innere Epithelkörper gebe, die in den ersten Arbeiten übersehen wurden. Unter Zuhilfenahme all dieser Erkenntnisse ist nunmehr durch eine Reihe vorzüglicher, grundlegender Arbeiten die Frage im wesentlichen geklärt. Ich kann hier nicht auf die einzelnen Arbeiten eingehen, darf aber die Namen der Forscher nicht umgehen, deren Experimente zu Marksteinen auf dem Gebiet geworden sind. Es sind dies ausser den bereits genannten Erdheim, Pineles, Hagenbach, Mayer, Pfeiffer, v. Eiselsberg u. A. Aus den Arbeiten dieser und vieler anderer geht hervor, 1) dass die complette Entfernung der Epithelkörper den Tod der operierten Tiere an Tetanie verursacht und dass die Mitentfernung der Schilddrüse dabei gar keine Rolle spielt. Es sind die mannigfaltigsten Combinationen versucht worden stets mit dem gleichen Erfolg. Besonders beweisend und einwandfrei erweisen sich folgende Experimente. Es werden bei einer Katze die äusseren Epithelkörper zerstört, die Katze bleibt gesund, nun werden nach Verlauf von einigen Tagen die Schilddrüsenteile mit den inneren Epithelkörpern entfernt, das Resultat—prompte, tötliche Tetanie. Es werden ferner die äusseren Epithelkörper der Katze mit aller Vorsicht exstirpiert und sofort in die Sehnenscheide des musculus rectus abdominis transplantiert, wo sie gut einheilen. Das Tier hat sich gut erholt. Nun wird in einer zweiten Operation die volle Thyreoidectomie gemacht. Die Katze erholt sich und zeigt keinerlei tetanische Erscheinungen. Nun folgt nach abermaliger völliger Genesung die dritte Operation: die transplantierten Epithelkörper werden entfernt, die Katze geht am 2.—3. Tage an acuter Tetanie ein. In einem Falle, wo die Katze bereits nach der zweiten Operation an Tetanie eingegangen war, erwiesen sich die transplantierten Epithelkörper nekrotisiert. Aehnliche Resultate hatte v. Eiselsberg schon früher an Ziegen beobachtet. Diesen Arbeiten entstanden auch Gegner. Ich will hier die Namen von Kishi, Caro, Blumreich und Jacoby anführen. Leider fehlt in sämtlichen Arbeiten der mikroskopische Nachweis an Serienschnitten, wie es sich mit den entfernten und etwa zurückgelassenen Epithelkörpern verhalten habe. Die Diät der Tiere scheint von Einfluss auf die Intensität und auf die Frist der Erkrankung zu sein. Das ganze Bild trägt deutlich den Character einer Intoxication. Es sind auch Versuche mit der Transfusion von Blut von parathyreoidectomierten tetanischen Tieren an normale Tiere und an frisch Parathyreoidectomierte gemacht worden. Während die ersteren gesund blieben, erkrankten letztere sofort an Tetanie ohne die übliche Latenzperiode. Es ist bisher nicht gelungen, irgend eine Secretion eines für das Leben notwendigen Stoffes oder überhaupt eine Secretion nachzuweisen. Allerdings meint Petersen, eine solche annehmen zu dürfen auf Grund tinctorieller Verhältnisse an den mikroskopischen Schnitten. Er hat nämlich gefunden, dass die in den Kapillaren der Drüse gestauten Erythrocyten sich mit Eosin auffallend grellrot färben, so dass sie in ihrer Färbung an das Protoplasma der oxyphilen Zellen der Drüse erinnern. Allein, soweit mir die Literatur bekannt ist, sind solche Beobachtungen nicht wieder gemacht worden, und es ist auch gegenwärtig nicht möglich, aus diesem Befund irgend einen Schluss zu ziehen.

Die Entgiftungstheorie nun hat die meisten Anhänger. Es scheint am wahrscheinlichsten, dass das Organ irgend einen Stoff bereitet, der gewisse Gifte, die sich im Organismus bilden, unschädlich macht. Diese Gifte können dem intermediären Stoffwechsel entstammen und tun dieses wohl auch, oder sie können aus dem Darm resorbiert werden, was weniger wahrscheinlich erscheint. Es entsteht nun die Frage, wie entgiftet das Organ: durch Abgabe des Stoffes in die Blutbahn oder aber durch unmittelbare Einwirkung auf das durchströmende Blut, etwa in der Art wie die Leber gewisse giftige Salze im Blut in Harnstoff überführt. Diese Frage ist bisher nicht mit Sicherheit zu beantworten. Bei der auffallenden Winzigkeit der Organe dürfte eher an den ersteren Modus zu denken sein. Doch ist, dank dem ungeheuren Reichtum an Gefässen, auch der letztere nicht ganz von der Hand zu weisen. Endlich wurde die Hypothese einer regulatorischen Tätigkeit von Mac Callum und Voigtlin vorgeschlagen, die recht dunkel ist und darin gipfelt, dass bei tetanischen Tieren das Blut auffallend arm an Ca-Salzen ist, und dass durch Zufuhr von grossen Mengen von Ca-Salzen der tetanische Anfall behoben werden könne. Die Epithelkörper sollen nun in noch nicht aufgeklärter Weise diesen Ca-Stoffwechsel regeln.

Geistreich und einleuchtend ist die Hypothese von Mayer und Pfeiffer, die eine dreifache Entstehungsmöglichkeit für die Tetanie annehmen. Für das Zustandekommen der Tetanie sind drei Factoren erforderlich: 1) das tetanieerregende Gift, 2) das hypothetische Secret der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Epithelkörper und 3) die Empfindlichkeit oder Reactionsfähigkeit des Nervensystems. Es kann nun bei normaler Menge von Gift die Drüse nicht genügend oder überhaupt kein Secret liefern, z. B. nach Parathyreoidectomie, oder bei etwaiger herabgesetzter Function—Aparathyreoidismus, oder 2) die Epithelkörper producieren zwar die gewöhnliche Menge Secret, dasselbe langt aber nicht zur Bindung des in übermässiger Weise vorhandenen Giftes, Hypo- oder Dysthyreoidismus, und endlich 3) die beiden ersten Factoren sind normal, allein die Reizbarkeit des Nervensystems ist eine erhöhte, in diesem Falle reden die Autoren von Tetanismus. Es ist klar, dass es in jedem einzelnen Fall schwer fallen dürfte, zu entscheiden, welche Form wir vor uns haben.

Ehe ich das Gebiet der Physiologie verlasse, um mich kurz der Pathologie zuzuwenden, möchte ich noch auf die noch sehr dunkeln Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Drüsen mit innerer Secretion hinweisen, die vorderhand mehr geahnt werden, als dass sie wirklich nachweisbar wären, die aber doch in Zukunft wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen werden. Besonders auffallend sind diese Beziehungen zwischen der Thyreoidea und, wie es scheint, auch der Parathyreoidea und dem Geschlechtsapparat. Hier liegen schon sehr geistreiche Beobachtungen vor, auf die ich aber hier leider nicht eingehen kann. Die citierte Hypothese von Mayer und Pfeiffer leitet mich nun direct auf das Gebiet der Pathologie hinüber. Wie jedes andere Organ, kann selbstredend auch das Epithelkörperchen sowohl selbstständig erkranken als auch an eventuellen sich in seiner unmittelbaren Nähe abspielenden Krankheitsprocessen teilnehmen. An den Erkrankungen der Schilddrüse pflegt das Epithelkörperchen meist nicht teilzunehmen, besonders in den Fällen angeborener Thyreoaplasie, wie im Falle Maresch, erwies sich die Parathyreoidea als normal, was angesichts der geschilderten embryologischen Verhältnisse auch nicht mehr als verständlich ist. Während wir nun nichts Bestimmtes über die Veränderungen der Parathyreoidea im Verlauf verschiedener Erkrankungen wissen, und es auch schwer erscheint, hier vor der Hand sichere Befunde zu erheben, angesichts der grossen Veränderlichkeit des anatomischen Bildes im normalen Zustande, sind mehrere Fälle beschrieben worden von Tumoren der Drüse. Zu Lebzeiten waren Epilepsie und Krämpfe dunkler Provenienz beobachtet worden, es handelte sich um Adenome des Organs, und hervorzuheben ist, dass neben der erkrankten Drüse keine weiteren Epithelkörperchen gefunden wurden. Ferner sind die Epithelkörper oft der Sitz recht erheblicher Blutungen, diese Blutungen scheinen besonders häufig unter der Geburt zu entstehen, und sie oder vielmehr, das durch sie gesetzte Trauma, und die aus demselben resultierende Functionsschädigung werden heute von vielen Autoren für die Tetanie des Kindes verantwortlich gemacht. In der Tat spricht Vieles dafür—vor allen Dingen die Aehnlichkeit im klinischen Bilde zwischen der Kindertetanie und der postoperativen parathyreoipriven Tetanie, — dass es sich bei der kindlichen Tetanie um Aparathyreoidismus gewissen Grades handelt. Ich kann hier nicht näher darauf eingehen und möchte mir erlauben, diese Frage zum Gegenstand einer späteren Mitteilung zu machen.

An der Hand einiger Sectionen Epileptischer ist der Versuch gemacht worden, auch die Epilepsie mit den Epithelkörpern in Beziehung zu bringen. Es handelte sich z. B. um Tumoren in den Epithelkörpern. In einem Falle sieht Jeaudelize einen ominösen Zusammenhang zwischen hochgradigem Struma der Mutter und der Epilepsie ihrer beiden Kindern. Doch sind solche Arbeiten zur Zeit wenig zahlreich und leider noch weniger beweisend. Dasselbe bezieht sich auf die Veränderungen, die an den Epithelkörpern Tetanuskranker gefunden wurde.

Endlich aber ist auch die Eklampsie der Schwangeren und Gebärenden auf die Epithelkörper zurückgeführt worden. Es wurde zunächst die Tetanie und die Eklampsie der Graviden und Kreissenden nicht recht auseinander gehalten. Die erstere wird wohl mit gutem Recht den Epithelkörpern zur Last gelegt. Dafür sprechen in beredter Weise die Tierexperimente. Zum Teil ihrer Epithelkörper beraubte Hunde und Katzen erfreuen sich einer guten Gesundheit, werden sie aber gravid, — so tritt sowohl in der Gravidität als auch besonders später beim Stillen leicht mehr oder weniger heftige Tetanie auf. Vassalle hat nun angenommen, dass auch die Eklampsie auf dem gleichen Boden entstehe, und hat versucht, seine Hypothese therapeutisch ex juvantibus zu unterstützen. Er verabreicht Eklamptischen Parathyreoidinextract und aus der auftretenden Besserung zog er dann die Schlüsse auf die Bedeutung der Parathyreoiden. Zu ähnlicher Auffassung gelangte auch Zanfragnini. Die Frage ist von capitalem Interesse, und es ist daher merkwürdig, dass wir in der deutschen gynäkologischen Literatur nur zwei Arbeiten sich mit ihr beschäftigen sehen. Eine kleine ältere Studie von Frommer und ganz neuerdings ein Aufsatz von Seitz. Auf letzteren möchte ich noch etwas eingehen. Seitz weist mit grosser Berechtigung die ungeheuren Schwächen der Vassalleschen Argumentation nach, er ist aber selbst nicht imstande, nachzuweisen, dass die Epithelkörperchen nicht die Schuld an dem Krankheitsbilde trugen. Wenn er nämlich behauptet, dass er in zwei Fällen die Epithelkörper bei Eklamptischen untersucht habe und in beiden Fällen die oxyphilen (chromophilen) Zellen vermindert oder vollständig verschwunden gefunden habe, so ist das noch kein Grund, die Veränderung a priori als secundär hinzustellen, weil es bei dieser Erkrankung Veränderungen am Herzen, an der Niere, der Leber u. s. w. gebe, die durch die Erkrankung hervorgerufen würden, also secundärer Natur seien. Mindestens ebenso berechtigt wäre auch die Hypothese, dass durch die vom veränderten Epithelkörper nicht mehr neutralisierten, im Körper sich bildenden Gifte die Krampferscheinungen und mit ihnen Bewusstseinstörung und das ganze klinische und pathologische Bild gesetzt werde. Der Einwand ferner, dass die Parathyreoidinbehandlung resultatlos verläuft, kann leider nach keiner Richtung hin verwertet werden, da erstens das Parathyreoidin jedenfalls kein Stoff ist von chemisch beständigem Bau, und andererseits selbst in den Tierexperimenten erst erhebliche Mengen Parathyreoidin ausschlaggebend wirken, bei intravenöser Application. Die perorale Einführung von geringen Mengen des Präparates kann also nicht als beweisend angesehen werden. Wenn also bisher der Beweis nicht erbracht ist, dass die Epithelkörper Schuld an der Eklampsie tragen, so ist der Gegenbeweis gegen die Hypothese auch nicht geführt, die Frage ist demnach als durchaus offen zu betrachten.

Trotzdem nun der Zusammenhang zwischen Tetanie und Entfernung der Schilddrüse zweifellos bewiesen ist, tauchen auch noch in letzter Zeit hin und wieder Arbeiten auf, die diesen Zusammenhang leugnen und im Ausfall der Schilddrüsenfunction den Grund für die postoperative Tetanie suchen. Es handelt sich, wie z. B. auch in der letzten Arbeit dieser Art von Djedow, um ein Uebersehen der durch die Operation verursachten indirecten Schädigungen der Epithelkörperchen durch Gefässzerrung und Gefässverletzung der feinen arteriae parathyreoideae. Melnikow, der als Chirurg der Frage der postoperativen Tetanie experimentell nahe getreten ist, gibt ein Operationsverfahren an, durch welches die Epithelkörper und namentlich

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deren Blutversorgung bei der Exstirpation der Schilddrüse geschont werden sollen. Zieht man aber die ungeheure Schwierigkeit in Betracht, mit welcher die winzigen, in ihrer Lage so veränderlichen Epithelkörper schon bei der Leiche aufgefunden werden, so scheint es mir höchst fraglich, wie in aller Welt dieses Ziel am Lebenden erreicht werden kann.

Indem ich nun schliesse, ist es mir eine angenehme Pflicht, den Herren Doctoren Hase und Lunin meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen für die Freundlichkeit, mit der sie mir gestattet haben, im Laboratorium des Elisabethhospitals meine Beobachtungen zu machen, und dem Leiter dieses Laboratoriums, Herrn Dr. Ssyssoew für die freundliche Unterstützung durch Rat und Tat; desgleichen Herrn Dr. Ucke für das von den Leichen Erwachsener gewonnene Material.

Referate.

Prof. Albu: Zur diätetischen Behandlung des Magengeschwürs. (Monatsschrift für die Physikal.-diätetischen Heilmethoden. August 1909.

Mehr als anderswo kommt die vis medicatrix naturae beim Ulcus rotundum zum Ausdruck. Wie oft zeigt die Section ein vernarbtes Magengeschwür in Fällen, wo die Anamnese gar keine Anhaltspuncte für die Existenz eines Ulcus gegeben hatte, und wie oft diagnosticiert man intra vitam Pylorusstenosen und andere Complicationen, ohne dass die Präexistenz eines Geschwürs dem Arzt oder dem Patienten jemals zum Bewusstsein gekommen wäre.

Die Wiesbadener Discussion zeigte deutlich, dass es sich bei den 2 Behandlungsmethoden Leube-Lenhartz) nicht um verschiedene Principien sondern nur um verschiedene Anwendungsformen desselben Princips handle. Die Vorzüge, die die Lenhartzsche Methode der andern gegenüber für sich in Anspruch nimmt: bessere Chancen für die Verhütung des Verblutungstodes und bessere Dauerresultate, haben noch nicht genügende Beweiskraft erlangt. Will man statistisch die Resultate vergleichen,—als Massstab muss hierbei die Heilungs- und nicht die Mortalitätsziffer herangezogen werden — so ergeben sich Zahlen, die zugunsten des Lenhartzschen Verfahrens sprechen. Um möglichst wenig durch Dehnung und Zerrung des Magens durch Nahrungszufuhr die Epithelneubildung hintan zu halten und möglichst die Thrombosierung blutender Gefässe zu begünstigen, muss nach Albu der Rectalernährung breiteter Raum gegeben werden. Dringend geboten erscheint diese bei profusen Blutungen und bei häufig recidivierenden Fällen. Dauer 3—10 Tage. Wo Rectalernährung nicht durchführbar erscheint, da tritt das Leubesche Schema, zu dem A. wieder zurückgekehrt ist, in seine Rechte.

Ein sehr wesentliches Verdienst der Lenhartzschen Kostform besteht schon darin, gezeigt zu haben, dass das offene Magengeschwür eine weit consistentere Nahrung verträgt als man bisher angenommen hat. A. führt seine Kostordnung, die den Charakter einer lactovegetabilen Diät in Breiform mit möglichster Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr trägt, an. Die auf 1500 Calorien berechnete für die ersten acht Tage ausreichende Nahrung besteht aus 3/4 L. Milch oder Sahne mit Bisquits oder Cakes, 2 weichen Eiern, 20 g. Butter, dickem Milchreis oder Griesbrei oder Porridge, durchgeseihter dicker Erbsensuppe oder Sago-, Haferschleim- oder Eiergraupensuppe mit Butter und Eigelb. In der zweiten Woche Verdopplung der Zahl der Eier und Cakes, leichte Aufläufe. Nach drei Wochen Kalbs- oder Hühnergelee, geschabter Schinken, Kalbsmilch, zartes Geflügel und dergleichen mehr. Bei dieser Kost verweilt Albu längere Zeit und geht erst im dritten Monat zur Normalkost, unter Ausschluss schwer verdaulicher und reizender Nahrungsmittel, über. Neben der diätetischen Behandlung ist die Bettruhe für die ersten 8—14 Tage unbedingt notwendig. Von der üblichen Therapie mit Karlsbader Salz und Wismut hat A. keine Erfolge gesehen.

Dr. Ferdinand Winkler: Ueber die Einwirkung von thermischen Hautreizen auf das Gehirnvolumen. (Monatsschrift für die Physikal.-diätetischen Heilmethoden. August. 1909).

Die im Basch schen Laboratorium an Hunden ausgeführten Untersuchungen führten zu folgenden Ergebnissen: die Application eines Kältereizes auf die Bauchhaut eines Hundes führt ebenso wie die Application eines Wärmereizes eine Vermehrung des Gehirnvolumens herbei, die beim Kältereiz viel bedeutender ist. Lässt man local Kälte auf den Kopf eines Hundes einwirken, so ergibt sich eine Verminderung, bei der localen Anwendung von Wärme eine Vermehrung des Gehirnvolumens. Letzteren Befund versucht W. mit der bekannten Wirkung des heissen Wassers (in Wasser von 30° getauchte und wieder ausgerungene um die Stirn gelegte Handtücher) auf die Symptome der Seekrankheit —wenn man mit Binz annimmt dass Seekrankheit durch acute Hirnanämie bedingt ist—in Einklang zu bringen. Verfasser gibt zu, dass man aus diesem Befund keine Rückschlüsse nach der therapeutischen Richtung ziehen kann, glaubt aber, dass diese und ähnliche Versuche uns das Verständnis mancher klinischen Tatsache näher rücken können.

Dr. A. Bum: Die „Infiltrationstherapie" der subacuten und chronischen Ischias. (Monatsschrift f. d. physikal.-diätetischen Heilmethoden. Juli. 1909.

Bum verfügt über ein Material von 258 statistisch verwertbaren Ischiasfällen, bei denen über 400 Mal die Langesche Methode angewandt wurde. Im Laufe der 4 Jahre änderte der Verfasser die Anwendungsweise verschiedentlich und fand schliesslich, dass sich am besten eine sterile physiol. Kochsalzlösung ohne Eucaïnzusatz bei Anwendung einer grossen, 100--120 ccm. fassenden Spritze, in einem intensive Druckwirkung erzeugenden Zuge appliciert, bewährt.

Die Vermutung, dass es sich hierbei ausschliesslich um mechanische Wirkung handle, wurde durch die zusammen mit Tandler angestellten Leichenversuche bestätigt, bei denen mit Methylenblau verfärbtes Wasser, unter entsprechendem Druck in die Nervenscheide des Ischiadicus eingespritzt, sehr bald die Erweiterung der Scheide durch die blaue Flüssigkeit erkennen liess und so deutlich zeigte, wie auf diese Weise perineuritische Adhäsionen der Nervenscheide — die häufige Ursache der subacuten und chronischen Ischias — gedehnt bzw. gesprengt werden können. Chemische Einwirkung liess sich nur bei Alcoholinjectionen nachweisen; die klinische Erfahrung im Verein mit der Leichenuntersuchung ergab, dass sich als Einstichsort jene Stelle am besten eignet, wo die lange Sehne des biceps femoris vom unteren Glutaealrand getroffen wird — in unterstützter Knieellenbogenlage.

Am besten geeignet erscheinen Bum die Fälle von uncomplicierter peripherer, subacuter und chronischer Ischias. In acuten Fällen konnte Autor im Gegensatz zu Jérome Lange keine Erfolge sehen. Diagnostisch wichtig ist der positive Ausfall des Lasègneschen Verfahrens und das Erbensche Zeichen (heftiger Schmerz bei kräftiger Betätigung der Bauchpresse).

Dr. Fr. Winkler: Die Röntgentherapie des praktischen Arztes. Monatsschrift für die physikal.-diätet. Heilmethoden. August. 1909.

Jeder praktische Arzt ist in der Lage, sich mit sehr einfachen Mitteln auch die Röntgentherapie nutzbar zu machen, und kann, vorsichtige Anwendungen und geeignete Dosierung vorausgesetzt, selbst bei ambulanter Behandlung in seinem Hause sehr befriedigende Resultate erzielen. Vor allem eignet sich hierzu das grosse Heer der Hauterkrankungen, wie Warzen, oberflächliche Hautkrebse, Epitheliome und Ulcus rodens, der Herpes tonsurans, Sycosis, Folliculitis; ebenso die Akne vulgaris und rosacea, das nässende und schuppende Ekzem und Pruritus, die Onychomykosis. Gut bewährt hat sich die Röntgenbehandlung auch bei leukämischen- und — allerdings ohne Dauererfolge — bei pseudoleukämischen Veränderungen.

Prof. v. Luzenberger: Ueber die Wichtigkeit einer raschen Beurteilung von Unfallverletzungen mittels elektrodiagnostischer und röntgenologischer Untersuchung zwecks Hintanhaltung traumatischer Neurosen. Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden. August. 1909.

Eine «Neurose infolge verspäteter Liquidation» nennt L. die traumatische Neurose, die psychisch in den in die Länge gezogenen gerichtlichen Streitigkeiten mit all ihren Hoffnungen und Enttäuschungen begründet ist. Eine exactere erste Untersuchung und promptere Entscheidung würde einen grossen Procentsatz der traumatischen Neurosen erst gar nicht aufkommen lassen. Wie oft stellt es sich — z. B. in Fällen von Spätfolgen einer Neuritis — nach einem Jahr und noch später heraus, dass eine neurologische Untersuchung da ausgeblieben war, wo eine rechtzeitige Erkennung des Zustandes in kürzester Zeit die Heilung erzielt hätte. Nicht selten beobachtete Verfasser diese Verhältnisse in Fällen, wo nur Chirurgen die ersten Begutachter waren. Viele Mängel liessen sich durch die Aenderung der ärztlichen Studienordnung, in der bis jetzt die Elektrodiagnostik sehr stiefmütterlich behandelt wird, beseitigen. Aus der ungenügenden Vertrautheit mit einem Wissenszweige resultiert häufig in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der späteren praktischen Tätigkeit eine Geringschätzung der betreffenden Disciplin.

Arbeitsunfähigkeit nach einem Unfall lässt sich nach Luzenberger auf folgende drei Ursachen zurückführen: 1) die Schmerzhaftigkeit infolge von Zerrungen, Flüssigkeitsansammlungen zwischen den Muskeln und localen Cirkulationsstörungen überhaupt. 2) Die psychogenetische Lähmung (Traumasthenie, traumatische Hysterie). 3) Die neuritischen Lähmungen: durch Quetschung, Riss oder Druck auf die peripherischen Nerven.

Privat-Docent Alois Strasser und M. Berliner: Duschemassage bei Beschäftigungsneurosen, Neuritiden und ähnlichen Zuständen. Monatsschrift für die Physikal.-diätetischen Heilmethoden. September. 1909.

Zur Duschemassage wurden Wassertemperaturen von 35°—40°, später bis auf 50° steigend, benutzt. Nach 5—12 Minuten andauernder Massage werden die behandelten Körperteile, wohl verhüllt, einer halbstündigen Ruhe überlassen. Diese Form der Massage bewährte sich ausgezeichnet bei Beschäftigungsneurosen, unter denen Strasser jene Muskelinnervationsstörung versteht, die sich nur bei einer bestimmten complicierten Tätigkeit der Muskulatur einstellt, wobei als Ursache dieser Störung mit Oppenheim eine centrale Coordinationsstörung angenommen wird.

Wie beim Schreibkrampf, Klavierspielerkrampf, Näherinnenkrampf und bei anderen Formen der Beschäftigungsneurose, war die Duschemassage auch bei Combination der Beschäftigungsneurose mit Arbeitsparesen von ausgezeichneter Wirkung. Nur in einem Fall von Akroparästhesie war ein Misserfolg zu verzeichnen. Die Duschemassage wirkt ganz entschieden schmerzlindernd, die gestörte coordinatorische Leistung der befallenen Muskelgruppen wiederherstellend, die Nervenernährung hebend.

Prof. Fr. Lange: Die orthopädische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Monatschrift für die physical.-diätetischen Heilmethoden. November. 1909.).

Selbst über die elementarsten Fragen der orthopädischen Behandlung gehen die Ansichten der einzelnen Autoren weit auseinander. In einem Fall, wo dem einen Orthopäden ruhige Bettlage indiciert erscheint, verordnet der andere Gipsverbände und empfiehlt der dritte abnehmbare Apparate, wie die Hessingschen Schienenhülsenapparate. Wo die einen sich für Fixierung ausgesprochen, da ziehen die Andern Entlastung vor. Lorenz legt jetzt — im Gegensatz zu seiner früheren Anschauung — das Hauptgewicht auf die Fixation. Selbst der Begriff der Fixierung ist bis jetzt nicht scharf begrenzt. Lange bekennt sich als Anhänger der conservativen Behandlung. Seine Methode besteht im Wesentlichen in der Anlegung von Gipsverbänden und orthopädischen Apparaten, um eine möglichst ausgedehnte Freiluftbehandlung zu ermöglichen. Die Aufgabe des Orthopäden bei der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose besteht nach L. 1) in der Bekämpfung der Disposition zur Tuberculose, 2) Ausheilung der entzündlichen Processe und 3) in der Verhütung der Contracturen. Ad. 1) die Neigung zur Tuberculose ist durch Allgemeinbehandlung, in erster Linie durch Freiluftbehandlung zu bekämpfen. Luft und Sonne, wenn möglich Aufenthalt im Gebirge oder an der See — in erster Linie. Ernährung kommt erst an zweiter Stelle in Betracht: viel frisches Obst, Salate, Gemüse und abgekochte Milch neben täglichen, aber geringen Fleischrationen. Schliesslich tritt in der Nachbehandlung die Balneotherapie in ihre Rechte: Soolbäder, Seifeneinreibungen etc. Ad. 2) Im Gegensatz zu Lorenz und Dollinger, die beim Hüft- und Fussgelenk nur eine unvollständige Entlastung wirken lassen, spricht Lange zugunsten einer völligen Entlastung, zum mindesten in den ersten Monaten, bei schweren Tuberculosen selbst bis zu zwei Jahren. Der Kalksalzgehalt des Knochens, wie ihn das Röntgenbild zeigt, kann hier als exakter Indicator für die Frage der Anwendung der Entlastung gelten. Mit dieser Behandlung wird erst aufgehört, wenn die scharfen Knochenconturen im Röntgenbild für eine erhebliche Zunahme des Kalksalzgehaltes sprechen. Besprechung der einzelnen Massnahmen (das Lorenzsche Gipsbett, der Calotsche Gipsverband etc.) Technik des Gipsverbandes. Ad. 3) Nur solange die Gelenkenden bei Beginn der Behandlung völlig intact sind, lässt sich eine Contractur sicher verhüten. Die Versteifung selbst erfolgt am Schulter-, Hand- und Fussgelenk in der Regel in Mittelstellung, am Hüft-, Knie- und Ellbogengelenk in ungünstigeren Stellungen. Als schonendste Methode bei Contracturen im Hüftgelenk bezeichnet L. das Dollingersche Verfahren. Hier ist mit Rücksicht auf die geringe Angriffsfläche, am Becken von den redressierenden Apparaten, wie den Hessingschen Schienenhülsenapparaten, wenig zu erwarten. Bei älteren Contracturen ist zwischen Redressement und der Osteotomie zu wählen, die guten Angriffsflächen am Ober- und Unterschenkel geben für die Behandlung des Kniegelenks eine besonders gute Prognose; etwas schwieriger bei spitzwinkligen Contracturen, die meist mit einer Subluxation einhergehen. In gewissen Fällen erscheint hier die supracondyläre Osteotomie indiciert.

Dr. Schless (Marienbad).

Bücherbesprechungen.

Jahrbuch der Practischen Medicin. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. M. Cloetta in Zürich, Geh. Medicinalrat Prof. Dr. A. Cramer in Göttingen, Prof. Dr. A. Dennig in Stuttgart, Geh. Medicinalrat Prof. Dr. F. Fürbringer in Berlin, Regierungsrat Prof. Dr. J. Glax in Abbazia, Prof. Dr. E. Grawitz in Charlottenburg, Medicinalrat Prof. Dr. F. Gumprecht in Weimar, Prof. Dr. H. Hochhaus in Köln, Prof. Dr. C. Horstmann in Berlin, Obersanitätsrat Prof. Dr. F. Hueppe in Prag, Prof. Dr. J. Jadassohn in Bern, Prof. Dr. A. Jurasz in Lemberg, Prof. Dr. J. Klein in Strassburg i. E., Dr. M. Levy-Dorn in Berlin, Prof. Dr. H. Lorenz in Graz, Prof. Dr. H. Neumann in Berlin, Prof. Dr. E. Redlich in Wien, Prof. Dr. H. Ribbert in Bonn, Prof. Dr. P. F. Richter in Berlin, Prof. Dr. A. Schittenhelm in Erlangen, Geh. Sanitätsrat Dr. D. Schwabach in Berlin, Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Privatdocent Dr. P. Wagner in Leipzig, Prof. Dr. E. Ziemke in Kiel, herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe in Berlin. Jahrgang 1909. Mit 58 Abbildungen. VIII + 669 Seiten. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1909. Preis 15,40 Mark.

Das altbewährte Schwalbesche Jahrbuch wird bei jedem neuen Erscheinen von dem praktischen Arzt freudig begrüsst, dem daran gelegen ist, die Fortschritte und Leistungen der Wissenschaft in übersichtlicher Zusammenfassung zum Nachschlagen vor sich zu haben, um sich rasch über den Stand einer «Frage» zu orientieren und auch die wichtigsten literarischen Angaben leicht zu finden. In dem neuen Jahrgang sind die im vorigen Jahr eingeführten Illustrationen noch um Etliches vermehrt, wofür Herausgeber und Verleger des Dankes der Leser gewiss sein können. Im Stabe der Mitarbeiter ist manche Veränderung vor sich gegangen: an Stelle des verstorbenen Prof. Hoffa ist Prof. Vulpius (Heidelberg) getreten, die acuten allgemeinen Infectionskrankheiten hat dieses Mal Prof. Schittenhelm (Erlangen) bearbeitet (früher Prof. H. Vierordt-Tübingen), als neuer Mitarbeiter Prof. Fürbringers für das Capitel der Krankheiten der Harnorgane ist Dr. A. Citron (an Stelle von Dr. Stettiner) hinzugekommen. — Wie in den früheren Auflagen, so ist auch in dieser die Einheitlichkeit der Redaction und die gleichmässige Bearbeitung des Stoffes rühmend hervorzuheben. Wir wünschen dem Jahrbuch zu den zahlreichen alten Freunden nicht minder zahlreiche neue. Es entspricht wirklich einem realen Bedürfnis des praktischen Arztes und wird von diesem immer mit Nutzen zu Rate gezogen werden.

F. Dörbeck.

Dr. W. Liepmann. Das geburtshilfliche Seminar. Praktische Geburtshilfe in 18 Vorlesungen. XXIV + 333 Seiten. Berlin. 1910. Verlag von A. Hirschwald.

An der Hand von 52 geburtshilflichen Fällen bespricht der Verfasser in 18 Vorlesungen wohl alle möglichen Situationen, in welchen sich der praktische Geburtshelfer schnell zurechtfinden muss, um zweckentsprechend der Kreissenden seine Hilfe angedeihen lassen zu können. Das Buch weicht in seiner Form von der üblichen Darstellungsweise der Lehrbücher der Geburtshilfe ab, soll auch keineswegs diese ersetzen, führt aber den Leser mitten in die praktische Tätigkeit des Geburtshelfers hinein, weswegen sein Inhalt an Interesse nur gewinnt. Theoretische Erörterungen sind dementsprechend nur wenig vorhanden, dagegen ist alles das, was der Praktiker wissen muss, eingehend berücksichtigt und nach allen Seiten besprochen. Die Dilatationsmethoden und das enge

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Becken nehmen einen breiten Raum ein, von neuen Methoden wäre der combinierte Handgriff zur Extraction kleiner Früchte und der Momburgsche Schlauch zu erwähnen. Durch Einlegen des Metreurynters bei Hydramnios soll dem zu schnellen Abfliessen des Fruchtwassers vorgebeugt werden, auch die Extractionsmethode von Müller ist berücksichtigt. Alle neuen Methoden des Kaiserschnitts findet der Leser beschrieben, und die für den Praktiker so wichtige Abortbehandlung ist wohl ausführlicher als in den Lehrbüchern an zahlreichen Fällen und auch den dabei möglichen Fehlern in der Therapie abgehandelt. Ueberall ist auf die Situation des Geburtshelfers im Privathause und speciell im Proletarierhaushalt Rücksicht genommen, was ja um so wichtiger ist, als der Comfort der Klinik dem praktischen Arzt meist fehlt. Mit einem Worte: aus der Praxis für die Praxis, so könnte man dies Buch charakterisieren, das dabei den allerneusten geburtshilflichen Anschauungen und Tagesströmungen entspicht. Wenn der Verf. im Vorwort die Collegen fragt, ob es ihm gelungen ist, wirklich «praktische Geburtshilfe» zu schreiben, so kann man das nur bejahen und seinem Buch einen grossen Erfolg voraussagen. Ref. glaubt, dass die für den Anfänger scheinbar uninteressante und schwierige Materie wirklich in höchst interessanter lebenswahrer Form dargestellt ist, so dass das Studieren der Geburtshilfe dadurch wesentlich erleichtert wird. Dieses wird noch durch die mitgegebenen 212 lebenswahren und gut ausgewählten Zeichnungen erreicht, die neben der vornehmen Ausstattung des Buches dasselbe auch äusserlich den besten Lehrbüchern gleichstellen.

W. Beckmann.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 4. Mai 1909.

Anwesend 22 Mitglieder und 1 Gast.

P. 3. Greiffenhagen demonstriert einen Jungen, welchem er vor 13 Tagen eine Struma von 320 gr. Gewicht exstirpiert hat. Die Struma war im Laufe mehrerer Jahre langsam gewachsen und bildete schon durch ihre Grösse eine Lebensgefahr. Die Hautwunde wurde nicht genäht, sondern mittelst Michelscher Klammern geschlossen. Die Narbe ist nur als feiner Strich bemerkbar. Augenblicklich besteht beiderseitige Recurrensparese infolge localen Drucks auf die Nerven, die voraussichtlich bald vergehen wird.

P. 4. Dehn demonstriert:

1. Das Röntgenbild einer Schrumpflunge (cf. den von Haller auf der vorigen Sitzung demonstrierten Fall P. 4):

Die ganze linke Thoraxhälfte ist verdunkelt, bis auf die Spitze, welche wenig durchsichtiges Gewebe zeigt. Die rechte Lunge ist stark gedehnt, reicht nach links bis über die Wirbelsäule hinüber, welche sehr deutlich zu sehen ist; gar kein Hilusschatten. Auf der Wirbelsäule fällt ein hellerer Streifen in der Längsrichtung auf; er entspricht nach Vortr. wohl dem Wirbelcanal, während hier das Mediastinum mit der Speiseröhre — die von einigen Autoren als Ursache dieser hellen Partie auf der Wirbelsäule angesehen wird — ganz auf die linke Seite der Wirbelsäule verschoben ist.

2. Das Röntgenbild eines malignen Tumors des Thorax. Es handelt sich um ein recidivierendes Sarcom, zuerst an der Haut, dann Recidiv an der 8. und 9. linken Rippe (operiert von H. Hoffmann); späterhin trat linksseitige Pneumonie und Pleuritis auf. Das Röntgenbild zeigt an der äusseren Contur der l. Thoraxhälfte einen halbrunden Schatten, der sich mit der Convexität nach innen in die Lunge stülpt. Auf dem Röntgenschirm zeigte dieser Schatten Bewegungen analog der Rippenatmung. Es handelt sich also offenbar um ein Sarcomrecidiv an den Rippen. Dehn meint, therapeutisch käme hier eine Röntgenbestrahlung in Frage, welche in solchen Fällen manchmal von Erfolg ist.

P. 5. Greiffenhagen erstattet seinen angekündigten Bericht über die Congresse, die er in der diesjährigen Osterwoche in Berlin mitgemacht hat. Es waren dies der Orthopäden-, der Chirurgen-, der Röntgen- und der Urologen-Congress.

2. Secretär: Hirsch.

Sitzung am 14. Sept. 1909.

Anwesend 15 Mitglieder und 4 Gäste.

P. 5. Wistinghausen: Bericht über die Tätigkeit der estländischen Landessanitätscommission unter besonderer Berücksichtigung der Maassnahmen gegen die Cholera.

Seit dem Herbst 1908, wo die Choleragefahr für Estland acut wurde, bis jetzt hat die estl. Landessanitätscommission 7390 Rbl. zu Cholerabekämpfungsmassregeln verausgabt; sie hat 2 Sanitätskolonnen ausgerüstet, die beide in Tätigkeit sind, und eine 3. in Bereitschaft, die in einem Tage reisefertig gemacht werden kann. Die Kolonne besteht aus dem leitenden Arzt, einer oder zwei Schwestern und mehreren Sanitären; sie sind mit Wäsche, Pflegeartikeln, Medicamenten und Desinficientien reichlich ausgerüstet und functionieren zur Zufriedenheit. Schwierigkeit hat nur die Localfrage gemacht, da es nicht leicht ist, zum Hospital passende Häuser ausfindig zu machen und die Besitzer zu bestimmen, sie zu dem Zweck abzugeben. Ein fliegendes bacteriologisches Laboratorium unter Chemiker v. Winkler ist ebenfalls geschaffen und mehrmals in Action getreten. In Cursen für Sanitäre, die im Colleg. der allg. Fürsorge abgehalten wurden, sind jetzt 18 Sanitäre ausgebildet worden; im Herbst 1908 wurden 32 ausgebildet, doch nur 12 von diesen haben sich jetzt wieder eingefunden, so dass die Estl. Landes-Sanitäts-Commission eben insgesammt 30 Sanitäre zur Verfügung hat.

Die 1. Kolonne unter Dr. Haudelin, die jetzt in Joachimsthal bei Narva steht, wurde im Juni d. J. zum ersten Mal alarmiert: es wurde ein Cholerakranker in Jewe gemeldet. Die bacteriol. Untersuchung wies aber nach, dass es keine Cholera asiatica war, und die Kolonne konnte zurückgerufen werden. Seit Anfang Juli traten in Hungerburg vereinzelte Cholerafälle auf; hier (es ist Territorium der Stadt Narva) versorgte Dr. Salzmann mit einem Studenten die von der Stadt Narva errichtete Cholerabaracke (die Sanitäts-Commission zahlte nur eine Subvention); im August wurde aber um Hülfe gebeten, und am 21. Aug. ging die 2. Kolonne unter Dr. Kruse nach Hungerburg ab, wo sie eben noch steht.

Im Juli wurde aus Pallas bei Baltischport ein Cholerakranker (ein aus dem Innern des Reichs angekommener Arbeiter) nach Reval gebracht; es erfolgten dort keine weiteren Erkrankungen, nachdem eine Desinfection und längere Beobachtung der Mitarbeiter stattgefunden hatte.

Im Juli wurde aus Korps-Ampel ein Cholerafall gemeldet, der Bacteriologe und ein Desinfector hingeschickt und der Fall als Dysenterie klargestellt.

Im Ganzen sind bis zum 1. Sept. in Estland (Land) 26 Erkrankungen festgestellt worden; nach dem 1. Sept. sind in Joachimsthal noch 7 Fälle gemeldet. Dort zeigt die Epidemie steigende Tendenz in Form verstreuter Fälle.

Als Infectionsquelle werden für Hungerburg von den dortigen Aerzten schwach gesalzene Petersburger Gurken angesehen; es könnte aber auch das Ballastwasser Petersburger Schiffe schuld sein, das oberhalb der Wasserentnahmestelle Hungerburgs in die Narowa gelassen wird.

Erschwerend für die Bekämpfung der Epidemie ist der Umstand, dass die Stadt Narva zum Petersburger Gouvernement gehört und so, obwohl vielfach mit Estland verknüpft, doch dem Machtbereich der hiesigen Gouvernementsregierung entzogen ist. Die Wasserverhältnisse Narvas erscheinen jedenfalls nicht gut geordnet.

Die hygienischen Verhältnisse Joachimsthals sind sehr ungünstig, doch ist darin durch Regelung der Abwasserkanäle und durch Anlage einer Klärgrube vieles gebessert worden.

Da das Dorf Syrenitz durch Ingermanland sehr gefährdet ist, so ist dort ein Arzt stationiert worden; ebenso ist in Werpel (Wiek) ein ärztlicher Beobachtungsposten eingerichtet.

Discussion:

Weiss: nach Zeitungsberichten erscheint die Mortalität an Cholera in Hungerburg und Joachimsthal auffallend hoch.

Wistinghausen: Das ist richtig; die Mortalität unter den Kindern ist in Joachimsthal besonders hoch. Leider erfolgen die Meldungen dort auch sehr langsam und spät infolge Mistrauens und Furcht der Bevölkerung.

P. 6. H. Hoffmann: 2 Fälle von Harnröhrenruptur.

Ein 33-jähriger Bahnarbeiter wurde zwischen einer stehenden Plattform und einem in Bewegung befindlichen Zuge derart gequetscht, dass er eine Fractur beider Aeste des r. Schambeins und eine Zerreissung der Harnröhre nahe der Blase erlitt. Etwa 12 Stunden nach dem Unfall wurde er operiert. In der mit Blut gefüllten Trümmerhöhle war das centrale Ende der rupturierten Harnröhre besonders schwer zu finden, auch rissen die Nähte immer wieder aus. Endlich hielten 3 Nähte, die wenigstens die vordere Wand der Urethra einigermassen wieder herstellten. Dauerkatheter, Tamponade. Der Verlauf war wider Erwarten gut. Am 4. Tage schon enthielt der Harn kein Blut mehr und war ziemlich klar; nach 14 Tagen konnte der Urin gehalten werden (anfangs floss er auch neben dem Dauerkatheter ab). Nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten wurde Pat. völlig geheilt entlassen, eine mässige Strictur macht ihm keine Beschwerden.

Im 2. Fall hatte ein Arbeiter durch einen Erdsturz dieselben Verletzungen erhalten. Am 2. Tage nach dem Unfall

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde er in die Diaconissenanstalt eingeliefert, verweigerte standhaft die Operation und starb an Harninfiltration und Sepsis.

P. 7. M. Hoffmann: 2 operativ geheilte Fälle von Perforationsperitonitis.

Beim 1. Patienten erfolgte die Operation 19 Stunden nach der überraschend eingetretenen Perforation (Pat. gab an, stets gesund gewesen zu sein) und ergab: im Peritonialraum getrübte Flüssigkeit von saurem Geruch, Därme überall speckig belegt, Appendix ohne Verwachsungen. In der Pylorusgegend Speisereste (Reis, Kartoffeln) in gelblich zelliger, makroskopisch kein Blut enthaltender Flüssigkeit. Beim Anheben der Leber sicht- und hörbares Austreten von Darminhalt. Die Perforationsöffnung sass an der kleinen Curvatur, war c. 1 ctm. gross und hatte brüchige Ränder. Doppelte Etagennaht, Salzwasserspülung, Tampon. Wegen schlechten Allgemeinzustandts keine Gastroenterostomie. Am 1. Tage nach der Operation starke Schmerzen, schneller Puls, Temperatur 37°, am 2. Tage Temperatur 38°, Puls langsamer, einige Winde. Am 3. Tage: reichlicher Gasabgang, Theerstuhl, der Puls fiel von 120 auf 88. Jetzt, einen Monat nach der Operation ist der Pat. geheilt und beschwerdefrei entlassen.

Der 2. Pat. kam in sehr verfallenem Zustand etwas über 24 Stunden nach der Perforation zur Operation. In der Bauchhöhle 2 Lit. übelriechender Flüssigkeit; der Dünndarm injiciert und speckig belegt. Der Appendix zeigt Verwachsungen, in seiner Umgebung dicker grüner Eiter, die Perforationsöffnung aber nicht zu finden. Resectio appendicis, Salzwasserspülung, Wundnaht, Tampon. 60 Stunden nach der Operation Winde und Stuhl. I. Intentio, aber Narbenhernie, die ein Jahr später operiert wurde. Hierbei zeigten die sichtbar werdenden Därme nur ganz geringfügige Verwachsungen.

Discussion:

Haller: Diese 2 Fälle stützen die Erfahrungen und Ansichten Bornhaupts, die er eben auf dem I. Balt. Aerztecongress mitteilte, und beweisen, dass auch allgemeine schwere Peritonitiden operativ heilbar sind.

Greiffenhagen: Bei Peritonitis infolge von Appendicitis steht die Tübinger Schule ganz radical: sie greift in jedem Falle, auch dem aussichtslosesten, zum Messer. Nach Gr.-s Erfahrungen kommt es darauf an, den Ausgangspunct der Peritonitis zu finden und die Ursache fortzuschaffen. Gelingt das, so sind die Genesungsaussichten, auch wenn die Peritonitis allgemein und hochgradig, noch günstig. Gelingt das aber nicht, so ist die Prognose stets pessima auch trotz der Operation.

P. 9. H. Hoffmann: Demonstration eines Stücks einer Femoralis, in deren Wand sich dicke Kalkplättchen finden, die das Rohr absolut starr machten. Bei der Operation (Amputation des Unterschenkels wegen gangränösen Ulcus) gelang die Durchschneidung der Femor. mit dem Messer nicht, es musste zur Scheere gegriffen werden.

I. Secretär: Haller.

Protocoll der X. Jahresgeneralversammlung

der livl. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 25. August 1909 im Saale der Bürgermusse in Dorpat.

Der Präses, Dr. J. Bernsdorff, eröffnet die Sitzung, darauf hinweisend, dass nach § 24 der Statuten die heutige Versammlung in jedem Falle beschlussfähig sei, da die zum 18. August a. c. in Riga einberufene Generalversammlung wegen ungenügender Anzahl der erschienenen Mitglieder nicht zustande gekommen war. Der Präses begrüsst die Anwesenden und heisst den Delegierten der Nachbarprovinz Estland, Dr. v. Middendorff, besonders willkommen.

Der Präses tut des besonderen Charakters des letzten Geschäftsjahres Erwähnung, welcher gekennzeichnet ist durch die Ueberführung der Verwaltung der Gesellschaft von Dorpat nach Riga. Der neue Vorstand sieht sich veranlasst, den früheren Vorstandsmitgliedern für die rastlose Tätigkeit und musterhafte Amtsführung warmen Dank auszusprechen und ersucht Herrn Dr. Truhart, der 9 Jahre an der Spitze der Verwaltung gestanden hat, diesen Dank entgegen nehmen zu wollen.

Hiernach gedenkt der Präses der verstorbenen Mitglieder des letzten Jahres: Dr. C. Bock-Bathen und Dr. L. v. Sacken-Mitau und fordert die Anwesenden auf, das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren.

Von einer Verlesung des Protocolls der letzten Jahresversammlung wird Abstand genommen, da das in der St. Pet. med. Wochenschrift zur Veröffentlichung gelangte Prot. als Separatabdruck allen Mitgliedern übersandt worden ist. Die Fassung des Prot. wird von der Versammlung genehmigt.

Tagesordnung: 1) Cassabericht des Cassaführers Dr. Dietrich pro 1908/09.

Einnahmen vom 1. Juli 1908—30. Juni 1909.

	Rbl.	Cop.
189 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl.	945	—
Nachzahlung von Mitgliedsbeiträgen . .	15	—
Procente von beigetriebenen Honoraren.	4	60
Vom Giro entnommen	962	98
Verkaufte Wertpapiere	607	22
Saldo zum 1. Juli 1908	209	15
Zinsen	92	80
	2836	75

Ausgaben vom 1. Juli 1908—30. Juni 1909.

	Rbl.	Cop.
Der «Unterstützungscasse» überwiesen .	500	—
Gewährte Unterstützungen	430	—
Zinsfreies Darlehn	100	—
Rechtsanwalt und Gerichtskosten . . .	377	42
Diverse Unkosten	81	13
Dem Giro gutgeschrieben	454	90
Gekaufte Wertpapiere	893	30
	2836	75

Vermögensstand am 1. Juli 1909.

	Rbl.	Cop.
Wertpapiere	1400	—
1 Wechsel	400	—
Giro-Conto	163	—
1 zinsfreies Darlehn	100	—
	2063	—

Die Wertpapiere sind angelegt:

	Rbl.	Cop.
4% Staatsrente nom.	600	—
4½% Charkower Agrarpfandbriefe nom.	800	—
	1400	—

Von der Vereinscasse abgesondert wird der «Notstandsfond» verwaltet, der zum 1. Juli 1909 1050 Rbl. betrug.

Der Cassaführer wies darauf hin, dass unser Vermögensstand zum 1. Juli 1909 leider mit einem Unterschuss von 153 Rbl. 82 Cop. gegenüber dem vorigjährigen Abschluss valiert, was durch die im laufenden Geschäftsjahre notwendig gewordenen Gerichtskosten seine Erklärung findet. Durch dieses Deficit ist unsere Casse nicht in der Lage, der «Unterstützungscasse» pro 1909/10 eine Subsidie zu gewähren.

2) Bericht der Revisionscommission.

Am heutigen Tage haben wir die Bücher, den Bestand der Wertpapiere und das Giro-Conto revidiert und haben uns überzeugt, dass die Bücher ordnungsmässig geführt, die Wertpapiere in angegebener Anzahl vorhanden waren und das Giro-Conto dem gebuchten Betrage entsprach.

Riga den 10. Juli 1909.

Dr. M. Schmidt.
Dr. Alex. Keilmann.
Dr. A. v. z. Muehlen.

Nach Entgegennahme des Berichtes der Revidenten wird der Casseverwaltung Decharge erteilt.

3) Verlesung des Jahresrechenschaftsberichtes über die Tätigkeit des Vorstandes, verfasst vom I. Secretär. Dr. R. v. Engelhardt, der verhindert ist, der Versammlung bei zuwohnen.

Rechenschaftsbericht pro 1908—1909.

Die Anzahl der Mitglieder betrug im verflossenen Jahr 192 gegen 182 im Jahre vorher. Durch den Tod hat der Verein 2 Mitglieder verloren. Dr. Carl Bock-Bathen und Dr. L. v. Sacken-Mitau. Für das nächste Geschäftsjahr haben ihren Austritt angemeldet 2 Mitglieder: Dr. Swirsky-Dorpat und Dr. Gaehtgens-Wenden. Als ausgetreten gelten, weil sie ihren Mitgliedsbeitrag nicht gezahlt haben, 22 Mitglieder. Neu eingetreten sind 40 Mitglieder und zwar: 1. Dr. Tankull-Wenden. 2. Dr. Koppe-Pernau. 3. Dr. Kleinberg-Baldohn. 4. Dr. Kapp-Windau. 5. Dr. Kurt Waeber-Grundsahl. 6. Dr. Ado Linnis-Werro. 7. Dr. Dreybladt-Laisholm. 8. Dr. Christiani-Libau, ferner aus Riga die DDr. 9. Georg Schulze. 10. R. Siegmund. 11. A. v. z. Muehlen. 12. R. v. Sengbusch. 13. Hedenstroem. 14. Emil Kroeger. 15. L. Gauderer. 16. Eugen Svenson. 17. Stender. 18. Carl Demme. 19. Harry Pander. 20. Buchholz. 21. A. Rasewsky. 22. Treu. 23. O. Gerich. 24. R. v. Engelhardt. 25. F. Voss. 26. Brutzer. 27. A. Berg. 28. Edgar Mey. 29. G. Kieseritzky. 30. V. Hellmann. 31. H. Jansen. 32. Hensel. 33. J. Redlich. 34. Pacht. 35. Praetorius. 36. F. Hach. 37. L. Schoenfeld. 38. J. Eliasberg. 39. W. Demme. 40 Aug. Bekgholz.

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lebenslängliche Mitglieder sind: 1. Adolph Sedding-Hasenpoth. 2. Jaennes-Narwa. 3. P. Schneider-Pernau.

Die Zahl der Mitglieder verteilt sich folgendermassen: In Livland — flaches Land und kleinere Städte — 81, in Riga 62, in Kurland 32, in Estland 8, im weiteren Russland 9.

Vertrauensmänner des livl. Rechtsschutzvereines sind zur Zeit die DDr. 1. Carstens-Arensburg. 2. Pfaff-Dorpat. 3. A. Schwartz-Fellin. 4. Stillmarck-Pernau. 5. O. Lezius-Poelwe. 6. Kiwull-Wenden. 7. Reichardt-Werro. 8. Apping-Wolmar. 9. v. Lutzau-Wolmar. 10. Kupffer-Goldingen. 11. Otto-Mitau. 12. Bienemann-Friedrichstadt. 13. Zoepffel-Libau. 14. Kapp-Windau.

Unterstützungen wurden aus der Kasse des Vereins bewilligt: laut früherem Beschluss Frau Dr. H. im Betrage von 80 Rbl., Frau Dr. M. in A. im Betrage von 150 Rbl. und dem Collegen Dr. S. in Riga zur Sicherstellung seiner Existenz im Süden 200 Rbl. Anleihen sind im verflossenen Jahre im Betrage von 100 Rbl. vom Collegen Dr. R. in W. zum Zweck einer Badereise gemacht worden, und ist ferner die Anleihe des Collegen Dr. H. im Betrage von 400 Rbl. bis zum Januar 1910 prolongiert worden.

Im verflossenen Jahr ist der Vorstand 10 Mal (gegen 7 im vorigen Jahre) zusammengetreten. Das Ehrengericht des Vereins hatte im letzten Jahre 1 Mal Veranlassung, zusammenzutreten.

Der Vorstand wurde in 4 Fällen von Mitgliedern um seinen Beistand zur Erlangung rückständiger resp. verweigerter Honorare gebeten. 3 Mal erfolgte die Zahlung auf Vorstellung von Seiten des Vorstandes oder Juriscousulten, ein Fall wird auf gerichtlichem Wege erledigt werden.

In einer den Vorstand längere Zeit beschäftigenden Affaire, die ihm von einem Mitgliede übergeben war, musste der Vorstand in voller Uebereinstimmung mit dem Collegen eine Verletzung seiner Standesehre durch eine ausserhalb des Vereins stehende Persönlichkeit erblicken. Die Verhandlungen von Seiten des Vorstandes, die darauf hinzielten, entweder ein privates Ehrengericht zwischen den Parteien zustande zu bringen oder die beklagte Persönlichkeit zu veranlassen, sich dem Ehrengericht des Vereins zu fügen, blieben erfolglos. Andererseits war eine befriedigende Lösung der Angelegenheit auf gerichtlichem Wege nach dem Gutachten des Juriscousulten nicht zu erwarten. So sah sich der Vorstand veranlasst, von einer weiteren Verfolgung der Sache Abstand zu nehmen, insbesondere, da Aussage gegen Aussage stand und eine Vernehmung beider Parteien durch die Weigerung des einen Teils ausgeschlossen war.

Ein zweiter Fall, der eine Schadenersatzklage der Hinterbliebenen eines Patienten gegen den behandelnden Collegen betrifft, harrt noch der Erledigung vor dem Gericht und wird vom Juriscousulten des Vereins, Rechtsanwalt P. Erdmann, geführt.

Der Vorstand kann sich nicht verhehlen, dass Privatklagen gegen Mitglieder des Vereins die Vereinskasse in hohem Masse gefährden können, wenn der Verein verpflichtet ist, **unabhängig von der Höhe des strittigen Objectes** für die Processkosten in jedem Falle aufzukommen. Obgleich in das Jahresbudget die Summe von 250 Rbl. als maximum für Mühewaltung des Juriscousulten eingestellt ist, so werden sich im oben erwähnten Falle die Processkosten (incl. Expertise, Fahrgelder der Experten, Zeugen etc.) auf ca. 500 Rbl. belaufen. Die einzige Möglichkeit, solchen Eventualitäten gegenüber gesichert zu sein, ist die Festigung der finanziellen Lage des Vereins durch Zunahme seiner Mitgliederzahl oder durch Erhöhung der Mitgliedsbeiträge.

Eine zweite Frage von principieller Bedeutung erwuchs dem Vorstand aus dem Umstand, dass ein Mitglied, obgleich es auf die Aussichtslosigkeit seiner Klage gegen eine Gemeinde vom früheren Juriscousulten des Vereins aufmerksam gemacht worden war, auf eigene Rechnung und Gefahr den Process führte und gewann. Der Vorstand glaubte aus diesem Umstande schliessen zu dürfen, dass die Ablehnung von Seiten des Juriscousulten wohl nicht genügend fundiert gewesen sei, und er hielt sich daher für verpflichtet, dem Collegen die Processkosten wieder zu erstatten.

Ferner ist durch ein Circularschreiben des St. Petersb. Hauptvereins an die Filialen die Frage nach der Selbständigkeit oder Abhängigkeit der Filialien vom Hauptverein wieder acut geworden. Der St. Petersburger Verein behauptet nämlich, bei der Auflösung einer Filiale das alleinige Verfügungsrecht über ihr restierendes Vermögen zu besitzen und schlägt vor, diese Frage auf dem demnächst stattfindenden Pirogow-Congress zu entscheiden.

Im Anschluss an den soeben verlesenen Bericht ersucht der Präses die Versammlung, sich darüber zu äussern, ob der Verein verpflichtet werden könne, den Mitgliedern auch in solchen Processen Beistand zu leisten, in welchen es sich bei Berücksichtigung unserer beschränkten Mittel um relativ grosse Unkosten handelt.

Dr. Truhart bemerkt hierzu, dass allerdings der Verein bisher in scheinbar aussichtsvollen Fällen den Gliedern seine Hilfe nicht verweigert hat, will jedoch anerkennen, dass wir gezwungen sind, auf unsere Mittel Rücksicht zu nehmen.

Dr. Sintenis wirft die Frage auf, ob es nicht zweckmässig für die Glieder des Rechtsschutzvereins wäre, eine Collectivversicherung gegen «Schaden» zu entrieren, wie sie in Deutschland an vielen Orten durchgeführt ist.

Dr. Truhart weist darauf hin, dass eine derartige Frage schon vielfach ventiliert worden ist und empfiehlt dem Vorstande, sich hierüber mit Prof. O. v. Petersen-Petersburg in Relation zu setzen, dem Kenner in solchen Fragen.

Die Versammlung beschliesst, dem Vorstande die jeweilige Entscheidung über Annahme oder Abweisung von Processen zu überlassen, und bestimmt ferner, den bisherigen Jahresbeitrag von 5 Rbl. beizubehalten.

4) Verlesung eines Circulars des «St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe» an seine Filialen.

Zu dieser Zuschrift, deren Inhaltsangabe im Jahresbericht des Secretärs schon Berücksichtigung gefunden hat, äussert sich Dr. Truhart in eingehender Weise. Er referiert über schon im Jahre 1902 auf einem Delegiertentage in St. Petersburg über diesen Gegenstand gepflogene Verhandlungen, während welcher durch unsere Deputierten (Prof. Zoege-Manteuffel und Dr. Truhart) die Anschauung zur allseitigen Anerkennung gebracht wurde, dass in casu die Abteilungen selbst die Entscheidungen zu treffen hätten. Allerdings ist diese Auffassung gar nicht in das Protocoll der betreffenden Sitzung gelangt, und schon auf der nächsten Generalversammlung des Hauptvereins bezeichnete eine grosse Majorität der Anwesenden jene Selbständigkeit der Filialen als einen «nonsens». Da weitere Auseinandersetzungen mit dem Vorstande des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe offenbar zu nichts führen würden, so proponiere er, Dr. Truhart, die heutige Versammlung wolle beschliessen, dem St. Petersb. ärztlichen Verein anzuzeigen, dass wir uns der Auffassung des Hauptvereins nicht anschliessen können, sondern in jedem Falle eine möglichst selbständige Tätigkeit den Filialen eingeräumt sehen wünschen, also ebenfalls in Bezug auf die jetzt angeregte Frage, was mit der Kasse einer sich auflösenden Filiale zu geschehen habe.

Dieser Vorschlag Dr. Truharts wird acceptiert und der Vorstand beauftragt, hiervon dem Präsidium des St. Petersb. Hauptvereins Mitteilung zu machen.

5) Verlesung des Berichtes des abwesenden Dr. v. Engelhardt über die Verhandlung mit der estländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 11. December 1908 in Reval.

An Stelle des erkrankten Dr. Sokolowsky-Riga, der auf der letzten Generalversammlung (31. VIII 1908) in Riga zum Commissionsgliede zwecks Constituierung eines «baltischen ärztlichen Rechtsschutz- und Hilfsvereins» erwählt worden war, hatte sich Dr. R. v. Engelhardt nach Reval begeben; das zweite Commissionsglied, Dr. Otto-Mitau, war verhindert, an den Unterhandlungen Teil zu nehmen.

Die Verhandlungen auf der Generalversammlung des estl. Rechtsschutzvereins am 11. December 1908 führten zum Beschluss, den bisherigen Modus aus verschiedenen Gründen formaler und sachlicher Natur beizubehalten.

Berichtigung. Dieser Beschluss ist von der Generalversammlung der estländischen Abteilung des St. Petersburger Rechtsschutzvereins **nicht** gefasst worden, hingegen lautet der betreffende Protocollpunct (sub. 5, p) der Jahresversammlung des estländischen Rechtsschutzvereins vom 6. December 1908 folgendermassen:

5) Der Präses (Dr. Weiss) fasst die Meinungsäusserungen welche die Vorstandsglieder in ihrer Vorberatung in dieser, Sache (betr. Fusion der Einzelvereine) bereits vorgebracht haben, wie folgt, zusammen:

1. Im Princip ist eine Lösung vom «Petersburger Verein zur gegenseitigen Hilfeleistung» und Gründung eines sich über die Ostseeprovinzen erstreckenden neuen Vereins zur Wahrung der ärztlichen Standesinteressen durchaus wünschenswert.

2. Der zu gründende Verein muss in den 3 Provinzen locale Verwaltungsorgane — analog dem jetzigen Vorstand — mit möglichst weitgehender Actionsfreiheit haben.

3. Die örtlichen (provinziellen) Gruppen müssen ihre gesonderte Cassenverwaltung haben.

Letzterer Punct hat für den estländischen Verein practische Bedeutung durch die hier bestehende «Dr. Carl Berg-Stiftung», eine Witwen-Waisenversorgungscasse, welche laut Statuten nur für in Estland practicierende Aerzte bestimmt ist.

6) Die Versammlung schliesst sich.... diesen Ausführungen an und beschliesst, die Gründung eines «Baltischen ärztlichen

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Rechtsschutzvereins» anzustreben und betraut den Präses, Dr. E. Weiss, mit der Vertretung des Vereins auf den Commissionssitzungen, welche der livländische Verein zur weiteren Förderung dieser Angelegenheit event. anberaumen wird.

Dr. v. Engelhardt-Riga
d. z. Schriftführer des Vorstandes des livl. Rechtsschutzvereins.

Dr. v. Middendorff—Reval erkennt ebenfalls die Schwierigkeiten an, die sich der projectierten Fusion entgegenstellen würden, macht jedoch darauf aufmerksam, dass die erwählte Commission überhaupt noch nicht zusammen getreten sei, da Dr. Weiss, der als 3. Glied der Commission im estländischen Verein erwählt worden sei, an Commissionsverhandlungen noch nicht Teil genommen habe.

Auf Grundlage dieser Mitteilung wird von der Versammlung beschlossen, Herrn Dr. v. Engelhardt zu ersuchen, bis zur Rückkehr des von Riga abwesenden Dr. Sokolowsky die Verhandlungen zwecks Fusion noch fortzuführen.

6) Zu Gliedern der Revisions-Commission pro 1909—1910 werden erwählt DDr. v. Kruedener, v. Rimscha und Ruth.

7) Eingabe der Herren DDr. Lackschewitz und Otto. Der Präses berichtet der Versammlung, dass Herr Dr. Lackschewitz gewillt sei, in seinem und des ortsabwesenden Dr. Ottos Namen die Interpellationsschrift zurück zu ziehen. In Uebereinstimmung mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern ersucht nun der Präses, diesem Ansinnen Folge zu leisten. Der Vorstand hat das weitschichtige Material gewissenhaft durchgearbeitet und ist zu dem Resultat gelangt, dass Grund zu einer Anklage nicht vorliegt. Daher glaubt er, den allerdings etwas ungewöhnlichen Weg, auf diese Weise die Angelegenheit aus der Welt zu schaffen, jetzt nur warm befürworten zu dürfen.

Prof. Dehio wendet sich energisch gegen diesen vom Präses eingebrachten Vorschlag. Das in Frage kommende Schriftstück ist auf der letzten Generalversammlung zur Verlesung gekommen, es ist im Verlauf des verflossenen Geschäftsjahres immer wieder Gegenstand von Erörterungen gewesen, so dass es als ein Act der Gerechtigkeit gegen die so stark angegriffenen Vorstandsglieder und speciell gegen den damaligen Leiter, den zur Zeit nicht in Dorpat anwesenden Prof. Kessler wäre, die Angelegenheit jetzt hier zu klären und eine definitive Entscheidung herbeiführen zu lassen.

Nach dieser von Prof. Dehio abgegebenen Erklärung hält der Präses seinen Vorschlag nicht weiter aufrecht und verliest die Eingabe der Herren DDr. Lackschewitz und Otto vom 28. August 1908. Hiernach erfolgt die Verlesung eines vom gegenwärtigen Vorstande veranlassten Antwortschreibens auf diese Eingabe, gez. Prof. L. Kessler, Secretär Dr. K. Pfaff und Cassaführer Dr. A. Lezius. Nachdem solcherweise das Tatsachenmaterial festgestellt und von niemandem bestritten wird, teilt der Präses der Versammlung eine Vorlage des Vorstandes in Sachen der Interpellation der Herren DDr. Lackschewitz und Otto mit. Diese Vorlage des Vorstandes läuft in die Proposition aus, unter folgender Formel zur Tagesordnung überzugehn:

«Da die Interpellation der Herren DDr. Lackschewitz und Otto auf der irrtümlichen Voraussetzung beruht, die in den Zeitungen veröffentlichte Erklärung sei auf das Votum eines illegalen Ehrengerichts erfolgt, ein solches aber nicht stattgefunden hat, sondern es sich um eine officielle Kundgebung von Seiten des damaligen Vorstandes (mit beratender Stimme der Ehrenrichter) gehandelt hat, so erblickt die Generalversammlung in diesem Vorgehn keinen Verstoss gegen die Satzungen des Vereins. Die Interpretation des § 1 (Hilfeleistung in allen Notlagen) nebst p. 3 (Schutz gesetzlicher Interessen) — von Seiten des damaligen Vorstandes, hält die Generalversammlung für zulässig, nicht aber für geboten».

Diese Uebergangsformel wird von der Versammlung einstimmig angenommen.

Im Anschluss hieran gibt der Präses die Erklärung ab, dass dem derzeitigen Vorstande eine präcisere Umgrenzung des strittigen § 1 für die Zukunft durchaus notwendig erscheint und bittet die Versammlung sich dazu zu äussern, was sie unter «gesetzlichen Interessen» verstanden wissen will. Ein Teil des Vorstandes neigt dazu, darunter nur solche Interessen zu verstehen, welche in directem Zusammenhang mit dem ärztlichen Beruf geltend gemacht werden können.

Dr. Svenson glaubt, dass es wohl im Sinne aller Mitglieder geschehe, wenn der Vorstand ersucht wird, zur nächsten Generalversammlung eine präcisere Interpretation des § 1 auszuarbeiten. Er neige entschieden dazu, den Paragraph nur so weit in Anwendung kommen zu lassen, als specielle Angriffe auf das berufliche Leben vorliegen.

Prof. Dehio, Dr. K. Pfaff und Dr. Truhart vertreten eine andere Auffassung. Unser Verein habe höhere Aufgaben als bloss die der materiellen Unterstützung. In jeder Notlage solle er dem Collegen beispringen, besonders aber bei ideellen Schädigungen, gegen die der einzelne sonst machtlos wäre. Dr. Truhart weist speciell noch darauf hin, dass solche Fragen nicht durch redactionelle Statuteninterpretationen jemals gelöst werden könnten, das sei nur von Fall zu Fall möglich. Daher muss der Verein sich vertrauensvoll auf das Tactgefühl des jeweiligen Vorstandes verlassen.

Dem Präses scheint eine Klarstellung hierüber sehr wichtig, aber auch sehr schwierig, da die divergierendsten Anschauungen nicht nur heute hier auf der Versammlung, sondern auch sonst unter den Mitgliedern verlautbart werden. Er macht sich anheischig, ein Sentiment des Vorstandes auf der nächsten Generalversammlung einzubringen.

Da weiter keine Anträge vorliegen, so schliesst der Präses mit einem Dank an die erschienenen Mitglieder die Jahresgeneralversammlung.

Feuilleton.

Chirurgische Eindrücke in London.

Von

Dr. W. Schaack.

Wenn ich im nachstehenden über meine Eindrücke in London, die ich dort während meines 3-monatlichen (Aug. Sept. Oct. 1909) Aufenthalts gewonnen, berichten möchte, so handelt es sich um eine etwas schwierigere und umfangreichere Aufgabe, als dieses nach meinem viel kürzeren Besuche in Wien der Fall war.

Zum Sehen- und Kennenlernen der englischen Chirurgie ist auch eine bedeutend längere Zeit erforderlich als dieses z. B. für eine deutsche Klinik notwendig ist, und wer sich nur mit einigen flüchtigen Besuchen der Hospitäler begnügt und nur einigen Operationen beiwohnt, nimmt bestimmt von der englischen Chirurgie, ihrem Wesen und ihren Leistungen ein falsches, oder im bestem Falle ein unvollständiges Bild mit nach Hause. Ich kann in dieser Hinsicht aus eigener Erfahrung sprechen, wenn ich an meine Meinung über die Chirurgie in London zurückdenke, welche ich nach den ersten Tagen meines Aufenthaltes dort hatte.

Die Schwierigkeit, einen Einblick in die hiesige Medicin, bezw. Chirurgie, zu gewinnen, liegt teilweise darin, dass das System des medicinischen Unterrichtes im Vergleich zum Continent ein verschiedenes ist. In England gibt es keine medicinische Facultät in unserem Sinne, es gibt auch keinen speciellen Lehrstuhl für Chirurgie und auch keine Universitätsklinik. Der medicinische Unterricht verteilt sich auf fast sämtliche grössere Krankenhäuser, in London auf 11, jedes dieser Hospitäler hat eine «Medical School», die den Studenten zum vollständigen Arzt heranbildet; ausserdem gibt es in London noch über 30 Hospitäler mit sogenannten «Ancillary Schools», in welchen Studenten nur in den klinischen Fächern unterwiesen werden.

Dieses System hat Vorteile und auch Nachteile; für den Fremden treten die letzteren zunächst besonders hervor, da es hier keine einheitliche Stelle gibt, wo man sich über das Neuste und Beste auf dem betreffenden Gebiete der Medicin schnell orientieren kann, wie das z. B. an einer Universitätsklinik Deutschlands möglich ist. Andererseits ist hier dafür wieder jedes Krankenhaus eine kleine medicinische Facultät für sich, stets auf der Höhe, ausgerüstet mit allen modernen Hilfsmitteln, die der medicinische Unterricht erfordert. Die meisten Aerzte der Hospitäler sind auf diese Weise auch stets zugleich akademische Lehrer. Nachteilig aber ist es für den Unterrichtszweck, dass das Krankenmaterial nicht so sortiert werden kann, wie in einer Universitätsklinik.

Ich glaube es auch teilweise auf dieses System und auf das damit verbundene Krankenhausmaterial zurückführen zu müssen, dass die englische Chirurgie, so weit ich es beurteilen konnte, einen conservativen Charakter trägt, conservativ im besten Sinne des Wortes. Bewährte praktische Methoden werden nicht verlassen, und es herrscht nicht ein stetes Suchen nach Neuem, nur um des Neuen willen, man sieht hier auch wenig sehr gewagte Operationsmethoden anwenden, und es wird auch keine, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, «experimentelle Chirurgie» getrieben; doch was als gut anerkannt, wird in vollem Masse angewandt und weiter ausgebaut; man darf es nicht vergessen, dass gerade dem englischen Forschen die Chirurgie den grössten Aufschwung in ihrer Entwickelung verdankt, den sie je erlebt, man denke an Lord Lister, den grossen Schöpfer der Antisepsis und somit auch der modernen Asepsis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Art und Weise der Engländer zu operieren, berührt auch äusserst sympathisch, nie wird man bei einem englischen Chirurgen die geringste Pose beobachten können, selten auch Aufregung, Ungeduld oder Aeusserungen der Unzufriedenheit. Ich habe denselben Chirurgen genau mit derselben Ruhe, Genauigkeit und demselben Interesse eine Hernieoperation, eine Magenresection und eine Exstirpation des Ganglion Gasseri ausführen sehen; das Alles wirkt auch sehr günstig auf Assistenten und Personal, und bei tadelloser Disciplin und Organisation functioniert der Betrieb vorzüglich.

Nach diesen paar allgemeinen Bemerkungen will ich nun zu dem übergehen, was ich gesehen und beobachtet habe.

Ich habe die wichtigsten und grössten Krankenhäuser Londons und deren chirurgische Abteilungen mir angesehen und auch fast überall Operationen beigewohnt; doch am regelmässigsten habe ich das London Hospital besucht, welches über das grösste operative Material verfügt. Es wird hier täglich in mehreren Operationssälen operiert; der Besuch dieses Krankenhauses erscheint mir daher auch für den Fremden am zweckmässigsten.

Das London Hospital, das grösste Krankenhaus Englands, hat 922 Betten; es verpflegte im Jahre 1908 14781 Kranke auf den Abteilungen (In-Patients), und 242875 wurden in der Ambulanz behandelt (Out-Patients), Operationen in Narkose wurden 16015 ausgeführt; diese Zahlen, die ich einem mir freundlichst überreichten Berichte des Hospitals entnehme, mögen eine Vorstellung von der hier geleisteten Arbeit geben. Das Gebäude selbst ist ein ziemlich schmuckloser, grosser, vielstöckiger, steinerner Bau, wie übrigens die meisten Hospitäler Londons; in dieser Hinsicht nimmt nur das schöne St. Thomas-Hospital eine Ausnahmestellung ein und ist wegen seiner bevorzugten, geradezu malerischen Lage, direct an der Themse, gegenüber dem prachtvollem Parlamentsgebäude, berühmt.

Ich erwähne hier nur noch den grossen schönen Neubau der Ambulanz des London Hospitals (Out-Patients Department) mit den in grossem Stil angelegten Röntgen- und Finsen-Abteilungen, sowie mit einer Abteilung für Heissluftbadbehandlung nach Tyrnauer, um zu einer kurzen Beschreibung der chirurgischen Räume und deren Einrichtungen überzugehen.

Die modernen neuen Operationssäle des London Hospital, 6 an der Zahl, nehmen mit den dazugehörigen Nebenräumen das ganze oberste Stockwerk des Gebäudes ein, die Höhe ist wegen der vielen grossen Aufzüge nicht unbequem. Alle Operationssäle (Operating Theatre) haben viel Oberlicht und eine grosse Fläche Seitenlicht nach Norden hin, am Abend taghelle elektrische Beleuchtung. Jeder Saal hat einen elektrischen Ventilator, das Wasser in allen Wascheinrichtungen der Operationsräume ist durchweg sterilisiert. Ausser den üblichen Einrichtungen eines modernen Operationssales und einem bequemen, nicht zu complicierten, aber doch alle Lageveränderungen ermöglichenden Operationstische, befindet sich noch in jedem Saal eine wenig Raum einnehmende und doch bequem 10 Zuschauer fassende, verschiebbare Metallgallerie; nur der grösste Saal hat eine feste, viele Zuschauer fassende, amphitheatralische Marmorgallerie.

Jeder Saal hat ein besonderes, geräumiges Narkosenzimmer; alle verbindenden Türen sind schwingend, ohne Handgriffe, erlauben also ein Hinaus- und Hineingehen ohne die Asepsis eines fertig Desinficierten zu gefährden. Ausser dem, in jedem Saal befindlichen elektrischem Instrumentenkocher, ist der grosse Hauptsterilisator in einem besonderen Raum untergebracht; dort wird sämtliche Operationswäsche, Verbandmaterial etc. sterilisiert. Jede dem Sterilisator entnommene Büchse erhält einen Papierstreifen aufgeklebt mit dem Datum der Sterilisation, der beim Oeffnen der Büchse zerrissen wird, — eine sehr gute Controlle.

Es wird in Gummihandschuhen und Kopfbedeckung, zuweilen auch mit Gesichtsmaske operiert, die Handschuhe werden nass angezogen. Was das übliche Instrumentarium betrifft, so bietet es einige Besonderheiten, es werden z. B. gar keine scharfen Haken gebraucht, sondern nur stumpfe, meistens einzinkige von verschiedener Breite mit umgebogener Spitze, in der Art der Langenbeckschen. Für die Gewebe sind diese Haken bestimmt schonender. Die Haut wird stets mit gerader Nadel ohne Halter genäht, die ebenso bequem zu sein scheint, wie die in der Lexerschen Klinik zu Königsberg stets gebrauchte Schlittennadel.

Im Gegensatz zu der Kocherschen und der v. Eiselsbergschen Schule, wird hier sehr viel Katgut gebraucht, alle Unterbindungen, Umstechungen, Weichteilnähte, werden mit diesem Material gemacht, ein Nachteil ist nie beobachtet worden. Die Haut wird oft mit Silkworm genäht. Die hier übliche Zubereitung des Katguts ist auf seine Keimfreiheit hin eine absolut sichere. Wer sich für diese Fragen und überhaupt für verschiedene nähere Details der englischen operativen Chirurgie interessiert, den verweise ich auf das vorzügliche, eben in dritter Auflage erscheinende Handbuch der operativen Chirurgie von Sir F. Treves und J. Hutchinson [1]), beides Chirurgen des London Hospitals.

Zum Tupfen während der Operation werden hier oft Schwämme gebraucht, ein Umstand, auf den ich hier besonders aufmerksam machen möchte, da ihr Gebrauch äusserst praktisch und zweckmässig erscheint, und es nicht richtig ist, dass in anderen Ländern die Schwämme ganz verworfen sind. Flache, grosse Schwämme werden auch viel zum Abdecken in der Bauchhöhle benutzt. Der grosse Vorteil der Schwämme besteht erstens in ihrem viel grösseren Aufsaugungsvermögen im Vergleich zu Gazetupfern und zweitens ist ihr Gebrauch viel schonender für die Gewebe und Organe; auch hinterlassen sie nicht in der Wunde die so lästigen Fäden, wie es Gazetupfer so oft tun. Der Grund des Verlassens der Schwämme besteht in der angeblich grossen Schwierigkeit, die ihre Sterilisation bietet, ausserdem verderben sie durch Kochen und büssen ihre Elasticität ein; doch gibt es sichere und einfache Methoden, sie steril zu machen. Im London Hospital werden die Schwämme, nachdem sie mechanisch gründlich gereinigt sind, in eine starke alcoholische Carbollösung (1 Teil reine Carbolsäure und 20 Teile Alcohol) getan, in der sie auch weiterhin in Glasbehältern aufbewahrt werden. Die Schwämme sind auf diese Weise fertig zum Gebrauch und werden nur vor dem Zureichen in sterilem Wasser mehrmals ausgespült und ausgedrückt, was die in Gummihandschuhen zureichende Schwester besorgt. Das Kochen vertragen die Schwämme ebenfalls, wenn sie vorher für eine Stunde in 40 pCt. Formaldehyd-Lösung gelegen haben. (Treves and Hutchinson. A Manuel of Operative Surgery, pag. 61). Was die Verbände nach den Operationen betrifft, so werden immer noch die grossen mit viel Watte, Gaze und Binden geübt. Die in Deutschland so viel verbreiteten Heftpflasterverbände sind wohl praktischer und billiger.

Hilfspersonal ist in den Operationssälen in Fülle vorhanden; die Rollen sind verteilt, jeder erledigt seine Sache schnell und gut, gesprochen wird kaum. Jeder Saal hat seinen eigenen Instrumentarius und einen Gehilfen, der nicht steril ist; ausserdem werden Tupfer, Compressen, Schwämme etc. von einer Schwester zugereicht, die wiederum als Gehilfin eine jüngere Schwester hat. Der Operateur hat meistens 2—3 Assistenten, darunter auch oft Studenten-Praktikanten.

Die Narkosen werden von besonderen Specialärzten besorgt, den sogen. «Anästhetists», jedes Hospital hat wenigstens 1 oder 2 solcher Narkotiseure, die die Narkosen entweder selbst machen, oder sie sorgfältig überwachen, wenn sie z. B. ein Student-Praktikant macht. Dieses ist eine vorzügliche Einrichtung, die Narkosen verlaufen sicher und ohne Zwischenfall und der operierende Chirurg ist der Sorge der Ueberwachung der Narkose enthoben. Die allgemeine Narkose wird meistens mit Chloroform begonnen und dann mit Aether oder einer Mischung von Alcohol, Aether und Chloroform fortgesetzt. Rückenmarksanästhesie habe ich keinmal anwenden sehen, sie wird nur gemacht, wenn stricte Indicationen vorhanden sind; dies ist der fast allgemeine Standpunkt jetzt, wie ich es auch schon aus Wien berichten konnte. Locale Anästhesie wird auch selten angewandt.

Der Patient kommt, schon im Nebenraume narkotisiert, in den Operationssal, er ist schon gewaschen und hat auf dem Operationsgebiete einen abschliessenden Verband, der unmittelbar vor dem Eingriff abgenommen wird, um das Operationsfeld noch einmal kurz zu desinficieren. Der Patient wird hier nicht ganz nackt ausgekleidet, wie man das oft beobachten kann, und dann mit sterilen Tüchern bedeckt, sondern der Kranke ist, soweit es die Operation natürlich erlaubt, warm angekleidet, hat lange wollene Strümpfe an etc. und wird ausserdem noch warm und gut zugedeckt; diese Massregel erscheint mir sehr wichtig; dadurch wird Erkältungen vorgebeugt und schädliche Abkühlung schwacher Patienten vermieden.

Was nun die Operationen selbst betrifft, so konnte ich im Laufe der 3 Monate die wichtigsten Eingriffe auf ziemlich allen Gebieten der Chirurgie sehen. Ich kann hier natürlich nur Einiges erwähnen, doch wird es, hoffe ich, genügen, um einen Einblick in die geübten Methoden zu gewähren.

Aus der abdominellen Chirurgie: mehrere Gastroenteroanastomien. Wenn möglich, wird auch hier stets die retrocolica posterior gemacht; vier Magenresectionen; in 2 Fällen wurde zuerst die Gastroenteroanastomie gemacht und erst nach ca. 10 Tagen, nachdem die Wunde verheilt, von neuem eingegangen und die Resection des Magens ausgeführt; dieses zweizeitige Operieren kürzt die Zeit des Eingriffes und schont die Kräfte des schwachen Patienten. Die betreffenden Operateure waren Mr. Eve, Mr. Dean, Mr. Scherren und Mr. Lett, die alle eine gute Technik besitzen, doch am schnellsten operiert dabei zweifellos Mr.

---

[1]) A Manuel of Operative Surgery, by Sir F. Treves and J. Hutchinson. London. 1909.

Scherren, ein noch junger Chirurg, der, wie auch die übrigen Operateure, die Darmnaht stetig mit gerader Nadel ohne Halter macht und zur ersten und letzten Serosanaht der Anastomose denselben Faden gebraucht, ein Verfahren, das durchaus dem in der Lexerschen Klinik geübten gleich ist.

Was die Appendektomien betrifft, so überraschte es mich, zu sehen, dass hier beim Abtragen des Wurmfortsatzes noch verschiedene zeitraubende Verfahren geübt wurden, die in Deutschland meist verlassen sind, so z. B., Manchettenbildung der Serosa, die Schleimhaut des Stumpfes wird sorgfältig mit kleinem scharfem Löffel ausgekratzt u. s. w., was alles nicht notwendig, da der nach einfacher Abschneidung des unterbundenen Wurmes zurückbleibende Stumpf schnell durch die vorher angelegte Tabaksbeutelnaht eingestülpt wird und verschwindet. Professor Lexer übte in letzter Zeit sogar die Durchtrennung des Appendix und Einstülpung des Stumpfes durch vorher besonders angelegte fortlaufende Naht ohne vorherige Unterbindung des Wurmfortsatzes, was noch schneller geht und ebenso sicher ist. Ueber sonstige Darmoperationen, Colostomien Gastrostomien ist nichts Besonderes zu bemerken.

Mehrere Operationen an der Gallenblase boten kein besonderes Interesse, meistens wurden sie wegen Gallensteine unternommen, einmal wurde die Ektomie gemacht, sonst die Eröffnung mit Drainage.

Die Urologie und ihre Nachbargebiete hat im London Hospital einen ganz hervorragenden Vertreter, Mr. Fenwick, wohlbekannt in der Literatur durch seine Arbeiten über Nieren, Blase und Prostata. Unter anderem hat er den Wert der Radiographie in der Diagnose und Behandlung der Nierensteine bearbeitet und ein Lehrbuch der klinischen Cystoskopie verfasst. Seinen ausgezeichneten Operationen nach vorher gestellten klaren, einwandfreien, oft sehr schwierigen Diagnosen, die er auch stets den fremden Zuschauern in liebenswürdigster Weise auseinandersetzte, war es ein Genuss zu folgen. Ich erinnere mich besonders eines frappanten Falles, der die zahlreich anwesenden Zuschauer aus aller Herren Ländern geradezu überraschte. Bei einem Patienten, der sporadisch Blut im Urin hatte, wurde nach mehrfacher Cystoskopie, die Blutungen aus dem rechten Ureter zeigte, die Diagnose auf malignen Tumor des mittleren Abschnittes der rechten Niere gestellt; nähere Begründung der Diagnose würde auch hier zu weit führen.

Die Niere wurde freigelegt, sie sah auffallend unverändert aus, die Meinung der Umherstehenden war, es handele sich um eine gesunde Niere, es war nur vielleicht eine geringe Weichheit der Consistenz in der Mitte festzustellen. Mr. Fenwick exstirpierte die Niere ohne zu zweifeln und auch ohne vorher eine Probeincision zu machen, und überreichte sie dem nebenanstehenden Pathologen, der sie aufschnitt und einen etwa pflaumengrossen malignen Tumor (makroskopisch Carcinom) freilegte, genau an der vorher bezeichneten Stelle im mittleren Abschnitt in das Nierenbecken etwas hineinragend. In einem anderen Falle zeigte das Röntgenbild einen deutlichen Ureterstein rechts, auch sprachen klinische Symptome für einen Stein, doch seiner Diagnose nicht absolut sicher, führte Mr. Fenwick noch im Operationssaal in den betreffenden Ureter einen Metallkatheter ein, und es wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, die nun deutlich zeigte, dass der Schatten es im Ureter befindlichen Katheters über 1 cm. entfernt vom Schatten des vermuteten Steines verlief. Letzterer wurde daher als Phlebolith gedeutet und von einer Operation Abstand genommen. Bei einem anderen Patienten wurde im Gegenteil die mit Sicherheit gestellte Diagnose eines Uretersteines durch extraperitoneale Ureterotomie bestätigt und der bohnengrosse Stein entfernt. Als besonders interessant will ich hier auch noch eine Patientin erwähnen, bei der in einer Sitzung die Decapsulation beider Nieren wegen chronischer Nephritis ausgeführt wurde. Mr. Fenwick sah sich zu diesem Eingriffe gezwungen durch die lange anhaltenden und sich oft wiederholenden Nierenblutungen, die aller internen Behandlung trotzten und die Patientin sehr schwächten. Nach dem Verlauf der Erkrankung, den Symptomen und vielen cystokopischen Untersuchungen konnten die Blutungen nicht anders als durch chronische Nephritis erklärt werden. Bei der Operation wurden nun in der Tat beide Nieren recht klein, mit unregelmässiger Oberfläche und stark hyperämisch gefunden; die Decapsulation wurde ausgeführt. Der Erfolg war überraschend gut, schon am 4. Tage hörten die Blutungen auf und haben sich seitdem nicht mehr wiederholt; als ich London verliess, lag die Operation 1 Monat zurück, die Pat. war beschwerdenfrei.

In Betreff der Prostatektomie, die ich mehrmals ausführen sah, ist besonders hervorzuheben, dass hier, wie überhaupt in England, nur die suprapubica (per sectio alta) anerkannt wird, die perineale Prostatektomie wird niemals gemacht. Mr. Fenwick hat für seine Prostataoperationen ein eigenes, sehr zweckmässiges Instrumentarium.

Bei Blasensteinen wird principiell die Litholapaxie gemacht, und nur wenn die Grösse des Steines oder seine Fixierung es verlangen, die Sectio alta. Beide Methoden habe ich öfters anwenden sehen.

Extremitäten- und Tumoren-Chirurgie habe ich weniger Gelegenheit gehabt zu sehen; allerdings muss ich gestehen, ist man in dieser Hinsicht sehr verwöhnt, wenn man in der Klinik Prof. Lexers längere Zeit gewesen ist. Immerhin wurden mehrere Gelenkresectionen gemacht, einige Osteotomien (Genu valgum), zwei Patellarnähte. Zu bemerken wäre noch, dass nach allen diesen Eingriffen die Patienten keinen Gyps- oder Pappschienenstärkeverband erhielten, sondern die Extremitäten wurden auf eine gepolsterte Holzschiene gelagert und an dieselbe mit Flanellbinden fixiert. Einen hierher gehörigen interessanten Fall will ich doch noch erwähnen. Es handelte sich um ein Sarcom des oberen Humerusendes, welches reseciert wurde und durch einen etwa kleinfingerdicken harten Kautschukstift (Vulcanit) ersetzt wurde, das obere Ende stützte sich in die Gelenkpfanne, das untere wurde in den Humerus hineingebolzt, in der Art, wie das Prof. Lexer mit frischem Knochenmaterial macht, auch in diesem Falle hätte man am besten ein zugepasstes Stück Femurende eines Amputierten verwenden können.

Zum Schluss des kurzen Berichtes über die Chirurgie im London-Hospital will ich noch die Exstirpation eines Ganglion Gasseri erwähnen, die ich von Mr. J. Hutchinson, dem einen Autor des citierten Handbuchs der operativen Chirurgie, ausführen sah. Die complicierte Operation verlief glatt, ohne grosse Blutung, der Operateur konnte die einzelnen Acte des Eingriffes seinen Zuschauern gut demonstrieren. Technik, Schnittführung u. s. w. an dieser Stelle zu erörteren, würde zu speciell werden, ich kann nur hinzufügen, dass der postoperative Verlauf ein günstiger war.

Ich wende mich nun zu den anderen grossen Krankenhäusern Londons, denen ich auch genügend Besuche abstatten konnte, um einen Ueberblick über die chirurgischen Einrichtungen, die geübte Asepsis etc. zu gewinnen. Ich glaube, mich hier ganz kurz fassen zu können, da ich in den einzelnen Hospitälern, so weit es mir zu beurteilen möglich war, im wesentlichen keine grösseren Unterschiede im Vergleiche zum London-Hospital feststellen konnte.

Im allgemeinen sei hier noch von fast sämtlichen Krankenhäusern bemerkt, dass die Abteilungen durchweg hübsch und gemütlich eingerichtet sind, ausgestattet mit dem den Engländern auch in ihrem Hause in so hohem Masse eigenen Comfort. In vielen Krankensälen sieht man hübsche Wandtäfelungen mit bunten Kacheln, oft mit zu den Abteilungen passenden Bildern und Szenen versehen. Besonders hübsch ausgeschmückt sind in dieser Hinsicht die Räume für Kinder und Frauen, in welchen auch Blumenschmuck nicht selten zu finden ist; das alles zusammen macht auf den Besucher und auch wohl noch in höherem Masse auf den Kranken einen angenehmen, wohnlichen Eindruck.

Das St. Bartholomews Hospital, central gelegen, ist das zweitgrösste Krankenhaus Londons und hat 744 Betten. Die Gebäude und Räume, in welchen sich die Abteilungen befinden, sind recht alt, doch sind an dieselben jetzt viele Neubauten angegliedert, in denen sich die «Medical School» mit allen modernen Hilfsmitteln für den medicinischen Unterricht befindet. Neu ist auch die grosse Abteilung der Ambulanz mit Röntgen- und Lichtbehandlung-Abteilungen. Das Hospital hat einen grösseren Operationssaal mit Zuschauergallerie. Es wird mit Gummihandschuhen und Kopfbedeckung operiert. Dieses Krankenhaus hat auch noch eine besonders reiche Bibliothek. Wer jedoch eine wirklich imponierende medicinische Bibliothek mit sämtlichen medicinischen Zeitschriften der Welt sehen will, muss unbedingt das «Royal College of Surgeons» besuchen, umsomehr, da man dann auch das in demselben Gebäude befindliche berühmte anatomische und pathologische Museum des College sehen kann. Meines Wissens ist dies die grösste und grossartigste Sammlung von Präparaten, die existiert, auch nur ein flüchtiger Gang durch das Museum mit der Besichtigung nur einiger der hochinteressanten Präparate nimmt Stunden in Anspruch. Die Sammlung hat ausführliche, freiausliegende Kataloge mit genauer Beschreibung der Präparate und motivierter Diagnose, sie wird deshalb viel von Aerzten und Studenten zum Arbeiten benutzt.

Das St. Thomas Hospital mit 600 Betten, wegen seiner schönen Lage an der Themse schon erwähnt, hat mehrere ganz moderne in weissem Marmor gehaltene Operationssäle, in denen auch fast täglich operiert wird.

Lohnend ist auch der Besuch des grossen Krankenhauses im Süden Londons, des Guys Hospital, mit 400 Betten, und vor allem des University College Hospital. Letzteres dürfte wohl das neuste Krankenhaus in London sein, es hängt mit der ebenfalls ganz neuerbauten University Medical School zusammen; das Hospital hat 274 Betten, ist sehr schön eingerichtet, hat 2 grosse Operationssäle mit Zuschauergallerie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einige Mal bin ich auch im «National Hospital for the Paralysed and Epileptic» gewesen, an welchem Dr. Hughlings Jackson, der bekannte Neurologe, consultierender Interner ist und Sir Victor Horsley—Chirurg; letzteren, den hervorragenden englischen Specialisten der Hirnchirurgie, wollte ich gerne operieren sehen, doch, da er nach London erst spät nach den Ferien zurückkam, gelang es mir nur seinen ersten Assistenten, Mr. Sargent, zu sehen, der eine Exstirpation des Ganglion Gasseri machte. Der Eingriff verlief ungestört, die Technik war die ähnliche, wie ich sie schon bei derselben Operation im London-Hospital gesehen.

Dem Patienten, den ich Gelegenheit hatte, mehrere Tage später zu sehen, ging es gut, die ganz vernähte Wunde war reactionslos, und der Pat. beschwerdenfrei. Die in diesem Operationssaal geübte Asepsis ist eine sehr strenge, Operateur, Assistenten und Schwester haben alle Gummihandschuhe, Kopfbedeckung und Gesichtsmasken. Das Operationsfeld wird während der ganzen Dauer des Eingriffes mit einer warmen sterilen Kochsalzlösung berieselt.

Last not least noch einige Worte über das Kings College Hospital. Dieses ist für die Chirurgie eine klassische Stätte, denn hier lehrte und operierte Lord Lister, und mit Ehrfurcht betrat ich das altmodische, einfache Auditorium, zugleich auch Operationssaal. Der Güte meines Petersburger Chefs, Dr. Dombrowski, der hier in London mehrere Tage der Besichtigung einiger Hospitäler und ihrer chirurgischen Einrichtungen widmete, hatte ich es zu verdanken, die nähere Bekanntschaft des directen Nachfolgers Lord Listers zu machen, Sir Watson Cheyne, des jetzigen Chirurgen und Professors am Kings College Hospital. Interessant war es mir, während seiner Operationen zu beobachten, dass der bekannte Schüler die Antisepsis, wie sie sein grosser Lehrer geübt, aus seinem Operationssaal nicht ganz verbannt hat, er gebraucht noch zur Desinfection der Haut des Patienten und der Hände eine Carbollösung. Ueber seinen Standtpunkt und dessen Begründung, worauf ich hier nicht näher eingehen kann, erhält man Auskunft in der interessanten Arbeit Sir Watson Cheynes «Die Behandlung der Wunden» *). In dieser Abhandlung führt der Autor unter anderem auch den richtigen Gedanken aus, dass es falsch ist, in der sogen. aseptischen Chirurgie einen Gegensatz zu den Principien der Listerschen Lehre zu sehen.

Das Hospital des Kings College ist, wie schon bemerkt, alt und hat 224 Betten; es soll nächstens einen modernen Neubau erhalten.

Hiermit will ich nun schliessen; ich bin mir bewusst, dass dieser kurze Bericht viele Lücken aufweist, doch, wenn ich auch nur teilweise mit den hier wiedergegebenen Eindrücken dazu beitragen könnte, den einen oder anderen Collegen anzuregen, England zu besuchen, so wäre der Zweck dieser Zeilen erfüllt, und ich bin überzeugt, dass jeder mit einem Gefühl grosser Hochachtung vor der englischen Chirurgie und derer Leistungen heimkehren und sich die englische Art und Weise zu arbeiten, als Vorbild hinstellen wird.

Dr. Carl Theodor, Herzog in Bayern †.

Nach kurzem Krankenlager ist der erfolgreiche Arzt und menschenfreundliche Fürst in seinem 71. Lebensjahre dahingegangen. Am 9. August 1839 geboren, widmete sich Herzog Carl Theodor in seinem 30. Lebensjahr — nach dem Tode seiner ersten Gattin — dem medicinischen Studium. In den propädeutischen Fächern wurde er ganz besonders durch die Vorlesungen von Liebig, Jolly, Naegeli, Zittel, Bischoff und C. Voit gefesselt. Nach dem deutsch-französischen Kriege setzte er seine Studien eifrig fort. In die klinischen Fächer wurde er in erster Linie durch Hecker, . Lindwurm, Nussbaum, Aug. Rothmund, Ziemssen und Jos. Bauer eingeführt. Anfang des Jahres 1880 erhielt er nach beendeter Staatsprüfung durch besonderen Erlass des damaligen Reichskanzlers Fürsten Bismark die Befugnis zur Ausübung der ärztlichen Praxis im Gebiete des Deutschen Reiches. Schon während der Studienzeit beschäftigte er sich mit wissenschaftlichen Untersuchungen. Seine Erstlingsarbeit behandelte den «Einfluss der Temperatur der umgebenden Luft auf die Kohlensäureausscheidung und die Sauerstoffaufnahme bei der Katze». Ihr folgte 1877 eine aus dem pathologischen Institut hervorgegangene, im Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie veröffentlichte Abhandlung «Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde» (von Bertherand ins Französische übertragen). Die nächste ist ebenfalls pathol.-anatomischer Natur und behandelt die feineren Veränderungen des Rückenmarks bei verschiedenen Spinalaffectionen. Von hier ab verlegt er den Schwerpunct seiner Arbeiten auf sein späteres Lieblingsgebiet, indem er sich zunächst, von der allgemeinen pathologischen Anatomie ausgehend, speciell der Pathologie des Auges zuwendet.

1879 veröffentlicht er in Gräfes Archiv für Ophthalmologie «Beiträge zur Anatomie und Pathologie des Glaskörpers». Im darauffolgenden Jahre erscheint im «Centralblatt für praktische Augenheilkunde» eine Arbeit aus dem Eberthschen Institut in Zürich. Von nun ab widmete er sich mehr und mehr den Fragen der praktischen Augenheilkunde. Die folgenden Arbeiten stammen aus der Münchner Universitätsaugenklinik und behandeln die Frage der Myopie, der Veränderung des Auges bei Nierenleiden u. s. w. Erst nach langjähriger, sehr gründlicher Schulung unter Leitung von Rothmund, Horner, Iwanoff und Arlt beginnt die selbständige, ausschliesslich in den Dienst der Wohltätigkeit gestellte, sich immer mehr und mehr ausbreitende, von glücklichen Erfolgen begleitete, vornehmlich operative Tätigkeit. Aus dieser Zeit stammt eine noch jetzt beachtenswerte Arbeit über Orbitaltumoren. An der Festschrift zur 70. Geburtstagsfeier von Helmholtz (1891) beteiligte sich Herzog Karl mit einer Arbeit über einen Fall von Cornu cutaneum palpebrae superioris dextrae.

Die ärztliche Praxis übte Herzog Karl vorzugsweise in Tegernsee, daneben auch in Kreuth, Meran und München aus. Er war ein Menschenfreund in des Wortes wahrster Bedeutung. Sein Ruhm als Operateur verbreitete sich weit über die Grenzen Bayerns hinaus. Seine wissenschaftlichen und ärztlichen Leistungen wurden allerseits anerkannt. Den Interessen des Aerztestandes brachte er stets ein warmes Herz entgegen. Nach aussen hin brachte er es durch den Beitritt zum «Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen» zum Ausdruck An seinem 70. Geburtstag — 9. August dieses Jahres — konnte der Jubilar auf eine nahezu 30 Jahre umfassende, mit grösster Pflichttreue und Hingebung durchgeführte, frucht- und segenbringende Arbeit im Dienste der Menschheit zurückblicken. Auch an äusseren Zeichen der Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen fehlte es ihm nicht; schon 1872 hatte ihn die Münchner medicinische Facultät anlässlich ihrer 400-jährigen Feier zu ihrem Ehrendoctor ernannt. Die Akademie der medicinischen Wissenschaften in Brüssel zählte ihn zu ihren Ehrenmitgliedern und auch die Universität Löwen wählte ihn zum Doctor honoris causa.

Sch.

---

*) Sir Watson Cheyne. The Bradshow Lecture on the Treatment of Wounds. London. 1908.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der Medicinalrat hat eine unter dem Vorsitz von Dr. Leo Berthenson stehende besondere Commission eingesetzt zur vorläufigen Beratung über die Errichtung des schon seit einigen Jahren in Aussicht genommenen Reichs-Laboratoriums in den Domänen des Kaiserlichen Instituts für Experimentelle Medicin, das bekanntlich zum Ressort des Ministeriums des Innern zählt. Mitglieder der Commission sind: der Ober-Medicinalinspector L. Malinowski, Prof. W. Podwyssotzki, Prof. S. Przibytek, Prof. G. Chlopin und der Akademiker A. Dianin.

— Auf Initiative der amerikanischen Regierung soll im nächsten Jahre eine internationale Conferenz zur Ausarbeitung von einheitlichen, für alle Staaten obligatorischen Massnahmen zur Einschränkung der Einfuhr und des freien Verkaufes von Opium und Opiumderivaten stattfinden. Dem Vorschlage unseres Ministeriums des Auswärtigen gemäss ist beim Medicinalrat unter dem Vorsitze von Dr. Leo Berthenson und unter Beteiligung des Ober-Medicinalinspectors L. Malinowski und des Vertreters des Ministeriums des Auswärtigen, Geheimrats P. von Wachsel eine Commission zur vorläufigen Beratung dieser Frage eingesetzt worden.

— Am 17. November fand in der Militär-Medicinischen Akademie eine Ehrung des Prof. N. Tschistowitsch in Anlass seines 25-jährigen Jubiläums statt. Die Mitarbeiter und Schüler des Jubilars überreichten ihm eine Adresse, in der seine Humanität und sein verständnisvolles, mitfühlendes Verhalten zu den Mitarbeitern, Schülern und Patienten hervorgehoben wurde. Eine Deputation der Georgs-Gemeinschaft mit der Baronin Wrangell und Dr. Uschinski an der Spitze hob hervor, dass sich die Gemeinschaft in Dankbarkeit der Zeiten erinnere, da Prof. Tschistowitsch an der Spitze der Gemeinschaft stand. Eine Studentendeputation

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

übermittelte dem Jubilar die Glückwünsche der Studierenden des vierten und fünften Kursus. Am 18. November wurden dem Jubilar beim Halten des Collegs von den Studenten des vierten Cursus begeisterte Ovationen dargebracht.

— Zum Professor der Kinderheilkunde an der St. Petersburger Militär-Medicinischen Akademie ist von der Conferenz der Akademie der Privatdocent Dr. A. Schkarin erwählt.

— In Schuwalowo (bei St. Petersburg) ist ein neues Sanatorium für Reconvalescenten und Erholungsbedürftige eröffnet; welches das ganze Jahr hindurch functionieren soll.

— Moskau. Die Scharlachepidemie wütet in der Stadt mit ungewohnter Heftigkeit. Täglich werden etwa 300 neue Kranke registriert. In den Stadthospitälern liegen mehr als 1000 scharlachkranke Kinder. Die Sanitätscommission führt diese Erscheinung auf eine Verschlimmerung der Lebensbedingungen der armen Leute zurück.

— Im September 1910 findet in Moskau der 4. Congress der russischen Eisenbahnärzte statt. Das Verkehrsministerium hat hierzu 1825 Rbl. bewilligt.

— Charkow. Zum Professor der Hygiene ist der Privatdocent Dr. S. Korschun von der Facultät erwählt, zum Professor der Pharmacie und Pharmakognosie — der Privatdocent Dr. N. Woljaschko.

— Berlin. Der auch als medicinischer Schriftsteller bekannte Generalarzt Dr. Villaret, Inspecteur der 2. Sanitätsinspection, hat seinen Abschied erhalten, und zu seinem Nachfolger ist der Generalarzt Prof. Dr. Kern, bisher Subdirector der Kaiser Wilhelms-Akademie, ernannt, an dessen Stelle der bisherige Corpsarzt des VI. Armeecorps, Generalarzt Dr. Keitel tritt.

— Der nächste Cyklus der Ferienkurse der Berliner Docenten-Vereinigung beginnt am 28. Februar 1910 und dauert bis zum 26. März 1910, und die unentgeltlithe Zusendung des Lections-Verzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Die Leitung des Dr. Lahmannschen Sanatoriums «Weisser Hirsch» bei Dresden hat nach der Amtsniederlegung Prof. Dürings, Prof. Dr. Kraft, früher Chefarzt der Dr. Brehmerschen Lungenheilstätten in Görbersdorf, übernommen.

— Amsterdam. Dr. J. Houwink ist zum Professor der Dermatologie ernannt.

— Wien. Der berühmte Otologe Prof. Politzer begeht am 9. December (n. St.) sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— Die Poliomyelitis, die an einigen Orten Deutschlands und Oesterreichs scheinbar im Erlöschen begriffen war, tritt neuerdings in bis dahin davon freigebliebenen Gegenden auf. — Neuerdings ist auch in Steiermark zur wirksameren Bekämpfung der Epidemie die Anzeigepflicht angeordnet worden.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 10. bis zum 16. October 5146 Erkrankungen, 4175 Todesfälle. — Japan. Kobe-Hiogo, vom 30. September bis 29. Oct.: 75 Erkrankungen, 21 Todesfälle. Osoka vom 20. Sept. bis 29. Oct.: 21 Erkrankungen 18 Todesfälle. — Mauritius vom 3. Sept. bis 7. Oct.: 80 Erkrankungen 48 Todesfälle. — Aegypten vom 5. bis 11. Nov.: 1 Erkrankung.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich. Bei 2 in der Cholerabaracke in Pokallna internierten Personen aus der Kolonie Bismark (Kreis Heydekrug, Reg. Bez. Gumbinnen) wurde Cholera constatiert.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 18. Nov.	des 19. Nov.	1	0	7	42
» 19. »	» 20. »	3	1	1	43
» 20. »	» 21. »	0	0	4	39
» 21. »	» 22. »	1	0	7	34
» 22. »	» 23. »	3	0	6	30
» 23. »	» 24. »	2	1	1	30
» 24. »	» 25. »	2	0	1	31

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 15. bis zum 21. Nov.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	8	(2)	6285	(2401)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	3	(3)	1347	(749)	27. »
» Witebsk . . .	—	(—)	3395	(1315)	16. Juni
» Kowno	—	(—)	166	(81)	9. Aug.
» Jaroslaw . . .	—	(—)	992	(519)	24. Juni
» Kostroma . . .	—	(—)	419	(224)	6. »

	Erkrankt und gestorben: vom 11. bis zum 17. Oct.		Seit dem Beginn der Epidemie.		Beginn der Epidemie.
Stadt Baku	7	(7)	157	(77)	16. Sept.
Gouv. »	6	(5)	78	(48)	18. Oct.
» Pskow	—	(—)	470	(176)	28. Juni
» Kursk	3	(—)	45	(17)	28. Oct
» Ekaterinoslaw .	9	(4)	131	(48)	6. Sept.
» Taurien. . . .	33	(16)	231	(114)	28. Aug.
Gebiet der Donkosaken	2	(1)	2	(1)	15. Nov.
Im Ganzen	71	(38)	13718	(5770)	

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 8. bis zum 14. Nov. 1909 540 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 28, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 10, Pocken 34, Windpocken 13, Masern 147, Scharlach 97, Diphtherie 124, Cholera 9, acut. Magen-Darmkatarrh 51, an anderen Infectionskrankheiten 22.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12537. Darunter Typhus abdominalis 213, Typhus exanth. 19, Febris recurrens 40, Scharlach 310, Masern 76, Diphtherie 273, Pocken 186, Windpocken 4, Cholera 35, crupöse Pneumonie 99, Tuberculose 624, Influenza 188, Erysipel 128, Keuchhusten 11, Hautkrankheiten 81, Syphilis 595, venerische Krankheiten 438, acute Erkrankungen 2184, chronische Krankheiten 1637, chirurgische Krankheiten 1568, Geisteskrankheiten 3371, gynäkologische Krankheiten 268, Krankheiten des Wochenbetts 41, verschiedene andere Krankheiten 75.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 731 + 53 Totgeborene + 54 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 6, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 14, Masern 29, Scharlach 21, Diphtherie 27, Keuchhusten 15, crupöse Pneumonie 29, katarrhalische Pneumonie 74, Erysipelas 6, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 162, Tuberculose anderer Organe 18, Dysenterie 0, Cholera 7, Magen-Darmkatarrh 22, andere Magen- und Darmerkrankungen 26, Alcoholismus 4, angeborene Schwäche 38, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 258.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 10. October in Gatschina Dr. G. Schubenko, geb. 1857, approbiert 1886. 2) Am 12. November Dr. N. Kassatkin. 3) In Minsk Dr. F. Sylvestrowicz, geb 1863, approbiert 1891. 4) Dr. M. Jordan, Prof. der Chirurgie in Heidelberg, im Alter von 45 Jahren. 5) Dr. Th. Saemisch, Prof. der Ophthalmologie in Bonn. 6) Dr. Marcus P. Hatfield, Prof. der Pädiatrie am College of Physicians and Surgeons in Chicago. 7) Am 27. November in Wien der Redacteur der Wiener med. Wochenschrift, Dr. Heinrich Adler, 61 Jahre alt.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 8. Dec. 1909.

Tagesordnung: Henking: Indicationen der Appendicitis-Operation im Kindesalter.
Weber: Echinococcus der Bauchhöhle.

Geschäftliche Sitzung: Besprechung der Bibliothekfrage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Dec. 1909.

Tagesordnung: 1) Serck: Ueber exsudative Pleuritis im Kindesalter.
2) Dr. Ucke: Neueres über Blutuntersuchung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 49 St. Petersburg, den 5. (18.) December 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Aus dem Kaiserlichen Institut für experimentelle Medicin zu St. Petersburg (Abt. A. A. Wladimiroff).

Beitrag zur Lehre von der Anaphylaxie.

Von

Dr. O. Hartoch.

Die Präcipitine, deren Entdeckung durch Kraus ins Jahr 1897 fällt, sind Antikörper, die durch parenterale Einverleibung von artfremdem Eiweiss im Organismus des Tieres entstehen.

Der Ort der Präcipitinbildung ist trotz zahlreicher diesbezüglicher Untersuchungen bis auf den heutigen Tag nicht sichergestellt. Als feststehende Tatsache darf hingegen angegeben werden, dass die Präcipitine meist im Blute nachweisbar sind (Kraus und Levaditi, Kraus und Schiffmann). Dass daneben die Präcipitine auch an den verschiedenen Zellen selbst haften können, ohne in nachweisbarer Menge ins cirkulierende Blut abgestossen zu werden, oder aber, dass neben den freien Präcipitinen auch die fixen (sessilen) Präcipitine existieren und für gewisse Erscheinungen, auf die ich weiter unten zu sprechen komme, von ausschlaggebender Bedeutung sind, ist durch die sinnreiche Anaphylaxie-Theorie von Friedberger zunächst hypothetisch angenommen worden und durch eine Reihe von experimentellen Arbeiten gestützt und erhärtet worden (Doerr und Russ, Friedberger und Hartoch, Friedberger). Treffen nun im Reagenzglase präcipitinhaltiges Serum und das entsprechende Eiweiss-Antigen Präcipitinogen, präcipitable Substanz) zusammen, so ist bei Einhaltung gewisser quantitativer Mengenverhältnisse eine deutlich wahrnehmbare Niederschlagsbildung der Ausdruck für eine vor sich gegangene Eiweiss-Antieiweissreaction.

Neben der sichtbaren Fällung, welche, wie bereits hervorgehoben, nur bei einem gewissen bestimmten quantitativen Verhältnis der beiden reagierenden Substanzen in Erscheinung tritt, ist auch das Zustandekommen der Reaction möglich, ohne dass es zu makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen im Gemisch von Eiweiss und Antieiweiss zu kommen braucht.

Um im letzten Falle den positiven Ausgang der Reaction nachzuweisen, benutzt man das Bordet'sche Complementablenkungsverfahren, das, wie Neisser und Sachs hervorheben, an Feinheit der üblichen Präcipitinreaction weit überlegen ist und das, wie Friedberger gezeigt hat, in einigen Fällen Ausschläge zu geben imstande ist bei 1000,000,000-facher Serumverdünnung.

Was die quantitative Beteiligung der beiden reagierenden Substanzen bei der Niederschlagsbildung betrifft, so ist, wie Michaelis betont, der Niederschlag keineswegs eine aus constanten Anteilen beider Componenten bestehende, in ihrer stöcheometrischen Zusammensetzung stets gleichbleibende Verbindung. Es gehört vielmehr die Einhaltung gewisser quantitativer Verhältnisse dazu, um in einem Falle die Präcipitatbildung im Wesentlichen auf Kosten des Präcipitins, im anderen auf Kosten der präcipitablen Substanz vor sich gehen zu lassen.

Im Beginn des laufenden Jahres stellte Friedberger eine Theorie auf, die er selbst gewissermassen als Arbeitshypothese betrachtend, zur Erklärung des Wesens der Ueberempfindlichkeit heranzog. Im Gegensatz zu den vielen anderen Anaphylaxietheorien, die meist nur durch Aufstellung von neuen, zum Teil sogar recht kühnen Hilfshypothesen die markanten Erscheinungen der Ueberempfindlichkeit zu erklären imstande waren, hat die Friedberger'sche Theorie den Vorzug, die Anaphylaxie mit bereits bekannten und gut fundierten Immunitätsreactionen (Eiweiss-Antieiweissreaction) in Einklang zu bringen und in diese einzuordnen.

Ohne auf die verschiedenen Theorien der Ueberempfindlichkeit an diesem Platze des Näheren eingehen zu wollen, sei hervorgehoben, dass nach Friedberger die Anaphylaxie als eine Eiweiss-Antieiweissreaction in vivo aufgefasst wird, die durch die eigentümlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

quantitativen Verhältnisse und die besondere Localisation des Antikörpers charakterisiert ist.

Er nimmt in üblicher Weise an, dass es nach der I-ten Eiweissinjection (anaphylaktisierende Injection) zur Praecipitin — resp. Antieiweissbildung kommt, wobei die gebildeten Antikörper zum Teil ins Serum abgestossen werden, zum Teil als sessile resp. fixe Antikörper an den Zellen haften bleiben. Durch die besondere Art der Vorbehandlung mit kleinen Dosen (es genügen, wie Rosenau und Anderson gezeigt haben, 1000000 ccm. Serum) oder infolge einer längeren Incubationszeit bei Verwendung grösserer Dosen sind es gerade die sessilen Receptoren, die für das Zustandekommen der Anaphylaxie nach der Theorie Friedbergers von ausschlaggebender Bedeutung sind. Tritt nun bei der II. Injection von Eiweiss nach Ablauf der notwendigen Incubationszeit das reinjicierte Eiweiss in Verbindung mit den an den Zellen fixierten Antieiweisskörpern, so ist nach dem Autor in der an der Zelle sich abspielenden Eiweiss-Antieiweissreaction eine Erklärung für das Zustandekommen der Anaphylaxie gegeben.

Einerseits der Sitz der Receptoren (lebenswichtige Zellen), andererseits auch die Erwägung über die Inconstanz der quantitativen Beteiligung der beiden reagierenden Substanzen bei der Präcipitatbildung, wie oben erwähnt, lässt es meiner Ansicht nach leicht erklärlich erscheinen, dass selbst minimale Eiweissmengen bei der Reinjection das stürmische Bild der Anaphylaxie erzeugen können.

In einer grösseren Versuchsreihe an weit über 100 Meerschweinchen beobachteten alsdann Friedberger und Verf., dass sowohl bei activer, wie bei passiver Anaphylaxie unmittelbar im Anschluss an den anaphylaktischen Shock eine regelmässige Complementverarmung des Serums folgte. Während bei den activen Tieren der Complementtiter in der Regel von 0,01—0,008 auf 0,02—0,04 sank, war bei den passiv präparierten Tieren, bei denen bereits die Vorbehandlung mit präcipitierendem Serum zu einer beträchtlichen Complementverarmung führte, der Complementschwund so zu sagen ein totaler. Auf Grund der Regelmässigkeit eines solches Befundes nahmen Verff. vor der Hand einen causalen Zusammenhang zwischen dem Ausbruch der Anaphylaxie und der Complementverarmung nur hypotetisch an und konnten des Weiteren in entsprechenden Versuchen für eine solche Annahme eine experimentelle Stütze finden.

Aus dem Reagenzglasversuch ist bereits seit Langem bekannt, dass hypertonische Kochsalzlösungen eine Complementverankerung verhüten. Verff. konnten nun zeigen, dass die Verhältnisse des Reagenzglasversuches auch in vivo Geltung haben. Durch intravenöse Injection von hypertonischer Kochsalzlösung, kurz vor der die Anaphylaxie auslösenden II-ten Injection konnten Verff. parallel mit ausbleibender bezw. stark herabgesetzter Complementverarmung, ein Ausbleiben der Anaphylaxie beobachten. Dieser Befund liess mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die im Anschluss an den anaphylaktischen Shock beobachtete Complementverarmung nicht nur eine zeitlich coincidierende, mit der Anaphylaxie nichts gemeinsam habende Erscheinung ist, sondern, dass ein causaler Zusammenhang zwischen den beiden Phänomenen bestehen müsse.

In jüngster Zeit haben auch Doerr und Russ an Hunden eine Complementverarmung als Folge der anaphylaktischen Reaction beobachtet.

In Bezug auf die Verhütung der Anaphylaxie durch vorherige Injection concentrierter Kochsalzlösung glauben Verff., dass das Ausbleiben der Anaphylaxie nicht unbedingt nur durch die Annahme einer behinderten Complementverankerung erklärt werden kann. Sie lassen auch eine zweite Deutung zu, nämlich die, dass durch Erzeugung eines hypertonischen Zustandes im Organismus die Eiweiss-Antieiweissreaction selbst träge bezw. unvollkommen vor sich gehen könne.

Es scheint mir zwar, dass die neusten bereits vorhandenen experimentellen Tatsachen eher für die Richtigkeit der von Friedberger und Verf. vertretenen Anschauung sprechen.

Friedemann konnte nämlich anlässig seiner Blutkörperchenanaphylaxieversuche den Beweis erbringen, dass das Complement unbedingt nötig ist, um aus den Blutkörperchen das anaphylaktische Gift in Freiheit zu setzen.

Auch Friedberger konnte einen weiteren experimentellen Beweis dafür erbringen, dass das Complement zur Auslösung der Anaphylaxie erforderlich ist. Aus den Versuchen von Doerr und Russ ist nämlich die Tatsache bekannt, dass in vitro gewonnene Präcipitate bei Einführung in ein unvorbehandeltes Tier Anaphylaxiesymptome auszulösen imstande sind. Diese Beobachtung lässt noch die Frage offen, ob die Präcipitate als solche toxisch sind, oder ob erst durch das Hinzutreten einer dritten Componente, des im lebenden Organismus reichlich vorhandenen Complementes, die toxische Wirkung der eingeführten Präcipitate ausgelöst wird. Friedberger hat nun gezeigt, dass wenn man sorgfältig gewaschene Präcipitate längere Zeit mit Meerschweinchenserum digeriert und das hernach abcentrifugierte artgleiche Serum Meerschweinchen injiciert, diese mit typischen, wenn auch nicht stürmischen Anaphylaxiesymptomen reagieren. Diese Versuche habe ich in 2 Fällen wiederholt (Hammel-Antihammelserum vom Titer 1:5000) und kann die obige Angabe durchaus bestätigen. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass die Annahme von der Mitbeteiligung des Complementes bei Auslösung der Anaphylaxiesymptome zu Recht besteht, und dass auch die präventive Wirkung der Salzinjection mit grosser Wahrscheinlichkeit im Sinne einer Behinderung der Complementverankerung in vivo zu deuten ist.

Ein weiterer Beweis, wenn auch indirecter Natur, ist die Beobachtung von Uhlenhuth und Händel und von Friedberger und Verf., dass es weder gelingt, Säuger mit einem vom Vogel stammenden Präcipitin, noch Vögel mit einem solchen vom Säuger passiv zu anaphylaktisieren. Dieser Befund wurde gedeutet in dem Sinne, dass die betreffenden Präcipitate Complement des in Frage kommenden Tieres zu verankern nicht befähigt sind.

Ziehen wir jetzt das Facit aus den obigen Ausführungen, so ergibt sich, dass die Anaphylaxie eine Eiweiss-Antieiweissreaction ist, die unter Mitbeteiligung des Complementes vor sich geht, und, wie hinzuzufügen ist, bei Einhaltung der üblichen, für das Anaphylaxiestudium angepassten Versuchstechnik wesentlich au Niveau der Zellen vor sich zu gehen scheint.

Obgleich diese Auffassung durchaus für den gewöhnlichen Gang der Ueberempfindlichkeitserscheinungen zutrifft, möchte ich an der Hand der nachstehenden Versuche behaupten, dass im Experiment es auch gelingt, das typische klinische Bild der Anaphylaxie zu erzeugen, ohne mit der Annahme rechnen zu müssen, dass der Process sich an den Zellen selbst abzuspielen braucht, und der dennoch mit stürmischen Erscheinungen ad exitum führen kann.

Anlässlich der in der Abteilung von H. Dr. Wladimiroff unternommenen Anaphylaxieversuche beobachteten wir, dass bei der intraperitonealen Vorbehandlung von Meerschweinchen mit hochwertigem Antihammeleiweissserum vom Kaninchen Nr. 4, die Meerschweinchen gleich im Anschluss an die Injection schwere Krankheitssymptome aufwiesen. Die Tiere legten sich hin, streckten die Beine von sich, es folgte starke Dyspnoe, frequente, erschwerte

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Atmung und eine allgemeine schwere Prostration. In einem Falle ging ein Versuchstier 20 Min. nach der Injection ein.

Die präcipitierenden Sera stammten von Kaninchen Nr. 4 und Kaninchen Nr. 5, die in folgender Weise vorbehandelt waren.

Kaninchen Nr. 4. 2030g.

19./X. 2 ccm. Hammelserum i. v.
23./X. 2 ccm. „ i. v.
27./X. 5 ccm. „ i. p.
31./X. { 5 ccm. „ i. p.
1 ccm. „ i. v.
12./XI. entblutet.
12./XI. Präcipitation mit Hammelserum.

1:5000	1:10000
++ *)	+

Kaninchen Nr. 5. 2480g.

19./X. 2 ccm. Hammelserum i. v.
23./X. 1 ccm. „ i. v.
27./X. { 2 ccm. „ i. p.
1 ccm. „ i. v.
31./X. 5 ccm. „ i. p.
12./X. 1 ccm. „ i. v.
18./XI. entblutet.
18./XI. Präcipitation mit Hammelserum.

1:1000	1:5000	
++	++	
1:10000	1:20000	1:40000
++	++	+

Bei einer zweiten Serie von Meerschweinchen Nr. 40, 43, 45, 49, die am 23./XI. mit je 0,375 Kan. Ser. Nr. 5 intraperitoneal vorbehandelt wurden, waren dieselben schweren Krankheitssymptome kurz nach der Injection ausgebildet wie bei der vorigen Serie.

Um der Ursache solcher Erscheinungen auf den Grund zu gehen, injicierte ich dasselbe Serum von Kan. Nr. 5 einer Reihe von Meerschweinchen in fallenden Dosen intravenös.

24./XI. Meerschweinchen Nr. 50. 420g.

3h15 Injection von 1,0 ccm. Kan. Ser. Nr. 5 in 2,0 ccm. Vol. in die Vena jugularis.
3.16 liegt mit ausgestreckten Beinen, krampfartige Zuckungen.
3.17 legt sich auf die Seite, starke Dyspnoe.
3.18 Krämpfe, Refl. erloschen, Laufbewegungen auf der Seite liegend.
3.19 vereinzelte agonale Atemzüge.
3.20 Blutentnahme in Agone.

Meerschweinchen Nr. 47. 385g.

3h35 Injection von 0,5 Kan. Ser. Nr. 5 in 1,0 ccm. Vol. in die Vena jugularis.
Sofort liegt es mit ausgestreckten Beinen auf dem Bauche.
3.36 Urin-Kotabgang, piepst und zuckt mit dem Kopf.
3.37 Singultusartige Laute.
3.38 liegt auf der Seite, krampfartiges Zusammenziehen der Beine.
3.39 Refl. erloschen, agonale Atemzüge, Zittern der Beine.
3.39 Atemstillstand, Blutentnahme aus dem noch schlagenden Herzen.

Meerschweinchen Nr. 41. 330g.

3h56 Injection von 0,25 Kan. Ser. Nr. 5 in 1,0 ccm. Vol. in die Vena jugularis.
3.57 liegt auf dem Bauche mit ausgestreckten Beinen, schweres schnelles Atmen, zuckt mit dem Kopf.
4.00 andauerndes Zucken mit dem Kopf.
4.01 springt 2 Mal.
4.02 liegt auf der Seite, Urinabgang, Reflexe erloschen, tiefe agonale Atemzüge.
4 02½ Atemstillstand, Blutentnahme in Agone.

Meerschweinchen Nr. 46. 280g.

6h51 Injection von 0,1 Kan. Ser. Nr. 5 in 1,0 ccm. Vol. in die Vena jugularis.
6.52 zuckt, schüttelt mit dem Kopf, unruhig, kratzt sich.
6.54 Zuckungen des ganzen Körpers, legt sich auf die Seite, kataleptische Stellung.
6.55 Zusammenziehen der Beine, Dyspnoe, Reflexe erhalten.
6.57 krampfartige tiefe Atemzüge, Reflexe erloschen.
6.59 vereinzelte krampfartige, agonale Atemzüge.
7.00 Atemstillstand. Blutentnahme in Agone.

Als Controlle.

Meerschweinchen Nr. 42. 315g.

4h26 Injection von 0,8 ccm. normalen Kan. Ser. in 1,0 ccm. Vol. in die Vena jugularis.
4.27 läuft munter umher.
4.28 piepst etwas, sonst keinerlei Symptome.
4.35 geringe Blutentnahme.

Vernähung, am nächsten Tage vollständig munter.

Aus diesen Versuchen geht zur Evidenz hervor, dass hochwertiges Antihammeleiweisserum vom Kaninchen bei intravenöser Injection selbst in der Dosis von 0,1 bei normalen Meerschweinchen den Exitus letalis hervorrief, unter Symptomen, die dem Bilde des anaphylaktischen Shoks sehr ähnlich sahen. Die Controllinjection mit der achtfachen Dosis eines normalen Kaninchenserums rief nicht einmal krankmachende Symptome hervor.

Es fragt sich nun: wie sind die Erscheinungen der toxischen Wirkung eines gegen Hammeleiweiss gerichteten Antieiweissserums vom Kaninchen bei intravenöser Einführung desselben in Meerschweinchen zu erklären?

Aus den Untersuchungen über die Specifität der Präcipitine wissen wir, dass die biologische Reaction die verwandtschaftlichen Beziehungen unter den Tieren zum sichtbaren Ausdruck bringt und dass ein hochwertiges specifisches Antieiweissserum auch mit den Seris von artverwandten Tieren positiv zu reagieren imstande ist. Je weiter die Tiere phylogenetisch auseinanderstehen, desto schwächer wird die Reaction.

Nach den Untersuchungen von Doerr und Russ kommt auch bei der Anaphylaxie ein Uebergreifen der specifischen Reaction in gleicher Weise und in gleicher Reihenfolge wie bei der Präcipitinreaction zum Ausdruck. Sie konnten zeigen, dass bei passiver Vorbehandlung mit einem gegen Hammeleiweiss gerichtetem Antiserum die anaphylaktisierten Tiere nicht nur auf eine Reinjection des Hammelserums reagierten, sondern in absteigender Intensität, analog der Präcipitinreaction in vitro, auch mit Ziegen-, Schweine-, Menschen- und Pferde-Serum.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass auch die Anaphylaxie (zum mindesten die passive) das Schicksal der übrigen Immunitätsreactionen teilt und nur beim streng quantitativen Arbeiten eine scharf ausgeprägte Specifität zeigt. Auf Grund dieser Ueberlegungen nahm ich a priori an, dass das von mir benutzte hochwertige Antihammelserum (Kan. Nr. 5), das bei Anstellung der Ueberschichtungsprobe noch bei Verdünnungen des Hammelserums von 1:40000 positiv reagierte, auch mit der präcipitablen Substanz des Meerschweinchenserums, wenn auch in viel schwächerem Grade, sich verbinden könne.

Zu diesem Zwecke überschichtete ich das Kan.

*) ++ Stark, + Schwach.

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ser Nr. 5 mit Meerschweinchenserum und stellte fest, dass noch bei Verdünnungen von 1:75 deutliche, wenn auch verspätete Ringbildung zu beobachten war.

Desgleichen zeigte es sich, dass beim Vermischen von 3 ccm. 10-fach verdünnten frischen Meerschweinchenserums mit 0,3 präcipitierenden, complementfreien Kan. Ser. Nr. 5 der Complementgehalt nach ½ Stunde gesunken war.

	0,08	0,06	0,04,	0,02	0,01
3 ccm. 10-fach verdünnten Meerschweinchenserums + 0,3 Kan. Ser. Nr. 5	+ +	+ +	+ +	+	—
3 ccm. 10-fach verdünntes Meerschweinchenserum	+ +	+ +	+ +	+ +	+

Die Complementtitration wurde ausgeführt mit einem Kanin.-Ziegenblutamboceptor in der 5-fach löslichen Dosis und 5 % Ziegenblut *).

Analog den Beobachtungen von Moreschi, sowie von Fleischmann und Michaelis, die nach der Injection von genügender Menge Präcipitinogen einem präcipitinhaltigen Tiere einen Complementschwund in vivo beobachtet haben, fand auch ich bei meinen Versuchstieren eine Complementverarmung im Anschluss an die intravenöse Injection des präcipitierenden Serums auftreten.

Besonders deutlich war die Complementverarmung beim Meerschweinchen Nr. 50 ausgesprochen, bei dem der Complementtiter von 0,06 vor der Injection auf 0,1 nach der Injection gesunken war.

In einem weiteren Versuch untersuchte ich die Wirkung einer intravenösen Einführung des Antihammeleiweisserums auf den Hammel selbst.

Hammel 2 Monate alt 45000 g.

26./XI. 3h10 Injection von 2 ccm. Kan. Ser. Nr. 5 in 10,0 ccm. Vol. in die freigelegte Vena jugularis.

3.11 Dyspnoe, schnelles Atmen, bleibt liegen.
3.12 Urin, Kotabgang.
3.15 Kopfschütteln.
3.17 liegt, ist schwach, schnelles angestrengtes Atmen, die Nüstern bewegen sich stark bei jeder Inspiration.
3.21 merkwürdiges, nystagmusartiges Augenzittern, schüttelt mit dem Kopf, auch Zuckungen des Körpers.
3.22 atmet mit vorgestreckter Oberlippe, mit deutlich wahrnehmbarem Geräusch, gähnt.
3.23 Kotabgang.

Die Symptome dauern an bis 4.00 dann erholt er sich allmählich.

4.50 Temp. 39.5.
27./XI munter.

Aus diesem Versuche geht hervor, dass die Einführung auch einer so geringen Menge eines Antihammelserums wie 2 ccm. genügen, um schwere Vergiftungssymptome beim Hammel hervorzurufen.

Es resultiert daraus, dass die Einführung, speciell aber die intravenöse Injection eines gegen das eigene Eiweiss gerichteten Antieiweisses zu Symptomen führt, die den klinischen Erscheinungen der Anaphylaxie durchaus ähneln, und deren Deutung als Anaphylaxiesymptome im Sinne der Friedberger'schen Eiweiss-Antieiweisstheorie meines Erachtens gerechtfertigt ist. Dabei scheint, wie aus den Meerschweinchenversuchen hervorgeht, nicht nur der streng specifische Antieiweisskörper die Reaction hervorrufen zu können, sondern auch Antikörper, die durch eine gewisse Receptorengemeinschaft aspecifisch mit der heterologen präcipitablen Substanz des artfremden Eiweisses zu reagieren imstande sind.

Des weiteren glaube ich durch meine Versuche gezeigt zu haben, dass erstens der anaphylaktische Shock keineswegs immer an der Zelle selbst sich abzuspielen braucht, und bei einer bestimmten Versuchsanordnung unter gewissen Umständen die Eiweissantieiweissreaction mit ihrer consecutiven Vergiftung sehr wohl im Serum vor sich gehen kann. Damit sei aber durchaus nicht behauptet, worauf hier ausdrücklich hingewiesen sei, dass bei der gewöhnlichen Anordnung des Anaphylaxieversuches, oder bei der Ueberempfindlichkeit, wie sie uns in der Klinik vor Augen tritt, der Process sich nicht an den Zellen abspiele.

Zweitens geht aus den Versuchen deutlich hervor, dass die Kraus'sche Annahme von der unbedingt notwendigen zeitlichen Trennung der sensibilisierenden Injection und der Reinjection bei der passiven Anaphylaxie keineswegs bewiesen ist.

Friedemann hat übrigens gerade diesen Punkt der Kraus'schen Entgegnungen gegen seine, wie mir scheint, einwandfreien Blutkörperchenanaphylaxieversuche widerlegt, und ich glaube in den obigen Beobachtungen einen weiteren Beweis für die Richtigkeit der Friedemannschen Auffassung zu finden.

Es war nun interessant, bei der von uns gewählten Versuchungsanordnung der Frage der Antianaphylaxie näher zu treten und zu prüfen, ob das Phänomen der Antianaphylaxie wirklich zum Wesen der Anaphylaxie gehört. Möglicher Weise hat gerade in dieser Frage das post hoc ergo propter hoc eine verhängnisvolle Rolle bei der Deutung der Antianaphylaxie gespielt. Die Antianaphylaxie entsteht nach Friedbergers Theorie dadurch, dass durch eine vorherige partielle Absättigung der die Anaphylaxie bedingenden Receptoren bei der I. Reinjection, die letale Vergiftung bei der 24 Stunden darauf folgenden II. Injection verhütet wird. Die Antianaphylaxie ist demnach „nichts weiter als eine Anaphylaxie refracta dosi".

Die Richtigkeit dieser Auffassung vorausgesetzt, dürften wir bei den Meerschweinchen Nr. 45 und 49, welche durch die intraperitoneale Vorbehandlung am Tage vorher mit schweren Symptomen auf die Injection des präcipitierenden Serums geantwortet haben (die in Berücksichtigung der klaren Resultate bei intravenöser Injection wohl als Anaphylaxiesymptome gedeutet werden müssen), eine Unempfindlichkeit gegen eine erneute Injection desselben Serums keineswegs erwarten.

Es handelt sich bei unserer Versuchsanordnung eben nicht um ein ganz bestimmtes Quantum von bereits vorgebildeten (bei der activen Anaphylaxie) oder retinierten und an den Zellen fixierten (bei der passiven Anaphylaxie) Antikörpern, welches durch die I-ste Injection zum Teil hätte abgesättigt werden können. Wir führen bei der II. Injection wieder intacte und ungefähr die gleiche Menge Antikörper ein wie bei der I. Injection und dürfen daher a priori erwarten, dass das Tier mit denselben typischen Symptomen antworten wird.

Nachfolgend bringe ich einige hierhergehörige Versuche:

Meerschweinchen Nr. 49	400 g	am 23./XI 0,375 Kan. Ser. Nr. 5 in 1.0 Vol. i. p. schwere Krankheitssymptome.
„ Nr. 45	350 g	

24./XI Nr. 45. 5h32 Injection von 0,25 ccm. Kan. Ser. Nr. 5 in 1.0 ccm. Vol. i. v.

5.35 zuckt mit dem Kopf.
5.38 starke Dyspnoe, legt sich auf die Seite.
5.39 Krämpfe, Zusammenziehen der Beine.
5.43 Krampfartige Atemzüge.
5.44 Exitus.

*) + + volle Lyse, + unvollständige Lyse.

Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

24./XI Nr. 49. 6h35 Injection von 0,25 Kan. Ser. Nr. 5 in 1.0 ccm. Vol. i. v.

6.36 springt, kratzt sich.

6.37 schwach, zuckt häufig.

6.38 auf der Seite liegend, Laufbewegung.

6.39 Zusammenziehen der Beine, Reflexe erloschen, tiefe krampfhafte Atemzüge.

6.41 Exitus.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass von einer Antianaphylaxie bei der obigen Versuchsanordnung auch nicht die Rede ist. Die Tiere gehen mit denselben typischen Symptomen ein wie die unvorbehandelten. Des weiteren sprechen die Versuche nur für die Richtigkeit der Friedberger'schen Annahme, dass im gewöhnlichen Anaphylaxieversuch, bei dem wir gewissermassen mit einem ganz bestimmten Quantum von Antikörpern zu rechnen haben, die Antianaphylaxie durch einen teilweisen Verbrauch derselben bei der ersten Injection erklärt wird und die Antianaphylaxie eben als Anaphylaxie refracta dosi aufgefasst werden kann.

Zur percutorischen Grössenbestimmung des Herzens.

Von

Dr. Walther Hollmann — Dorpat.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress zu Dorpat.

1888 sagt O. Vierordt in seinem Lehrbuch der klinischen Diagnostik [47]): „seit einigen Jahren, besonders seit den Arbeiten von Weil, ist über diesen Gegenstand (die Percussion), wie es scheint, ein gewisser Abschluss erreicht." Dieser Satz dürfte wohl auch heute noch zu Recht bestehen, denn seit Weil ist tatsächlich zur Theorie der Percussion nichts Wesentlicheres neu hinzugekommen. Die Autoren der 80-ger und 90-er Jahre schlossen sich in allen wesentlichen Punkten dem einen oder dem andern ihrer Vorgänger an, oder schlugen Brücken zwischen verschiedenartigen schon bestehenden Anschauungen, dabei kamen sie jedoch mehr oder weniger alle zu denselben, oder doch annähernd gleichen Resultaten. Man sollte meinen, dass mit Moritz' Einführung der Orthodiagraphie auch die Lehre der Herzpercussion einen Ruck vorwärts erhalten haben sollte. Obgleich seit dieser Zeit, und namentlich seit Goldscheiders Veröffentlichung im Jahre 1905, die Literatur über die Herzpercussion mächtig gewachsen ist, so sind doch trotz der nunmehr gegebenen Möglichkeit, die Resultate der Percussion durch das Auge und zwar in vivo, in directem Anschluss an die Percussion zu controllieren, sowohl Methode, Termini und Resultate, wie auch die Erklärung der physikalischen Schallerscheinungen, die bei der Percussion erhalten werden, im allgemeinen auf dem von Skoda bis Weil geschaffenen Niveau erstarrt. Eine Ausnahme macht in Hinsicht auf Methode und Resultat Goldscheiders Schwellenwertspercussion, — diese will ich daher auch in einem besonderen Capitel abhandeln.

Seit Piorry (cit. n. Aravantinos [1]) begnügt man sich nicht mehr mit der Projection der Grenzen des zwischen den vorderen Lungenrändern der Brustwand direct anliegenden Herzabschnittes auf die Thoraxwand, auch der weit grössere, unter den Lungenrändern verborgene Teil der Herzoberfläche sollte einer Grössenbestimmung durch die Percussion zugänglich gemacht werden. Piorry präcisierte die Begriffe der absoluten und der relativen Herzdämpfung, wie sie auch heute noch allgemein verstanden werden. Die erstere, die absolute Herzdämpfung, auch Herzleerheit (Conradi, v. Dusch), Herzmattigkeit (Kobelt), kleine Herzdämpfung (Eichhorst), oberflächliche Herzdämpfung (Sahli) genannt, bezeichnet den der Brustwand direct anliegenden Teil des Herzens, während die relative, — von Gerhardt Herzleerheit, Conradi, v. Dusch Herzdämpfung — schlechtweg, von Eichhorst grosse Herzdämpfung und Sahli tiefe Herzdämpfung genannte Figur den von Lungensubstanz überlagerten Herzteil kennzeichnen soll.

In meinen Ausführungen will ich von den vielfach sich widersprechenden und dadurch verwirrenden Terminis der verschiedenen Autoren absehen und wähle des klareren Verständnisses wegen die heute bei uns allgemein üblichen Bezeichnungen „absolute" und „relative" Herzdämpfung.

Wie verhält es sich nun mit der Bestimmung der wahren Herzgrösse an der Hand dieser beiden Dämpfungsfiguren? Dass dieselben den wahren Herzumrissen nicht entsprechen, darüber waren sich die Autoren schon seit Laennec klar und einig; welcher der beiden Figuren für die mehr-weniger genaue Abschätzung der Herzgrösse aber der Vorzug einzuräumen sei, darüber scheint bis heute eine Einigung noch nicht erzielt worden zu sein. Bereits Laennec (cit. n. Meyer [31]), der nur die absolute Dämpfung bestimmte, constatierte, dass aus der Grösse derselben nicht immer ein richtiger Schluss auf das Volumen des Herzens gemacht werden könne. Bamberger [4]) hingegen genügt die Bestimmung der absoluten Dämpfungsfigur, denn nach seiner Ansicht „steht diese Partie mit einigen Ausnahmen in geradem Verhältnisse zur absoluten Grösse des Herzens". Ebenso urteilt von Dusch [11]), der die absolute Herzdämpfung „im allgemeinen als ein empfindliches Reagens für die Herzgrösse" betrachtet wissen will. Der Bestimmung der relativen Dämpfung misst er nur unter gewissen Umständen einen Wert bei, indem er davon ausgeht, dass die Grenzen dieser Dämpfung wegen der Unsicherheit ihrer Bestimmung kein genaues Bild von der Grösse des der vorderen Brustwand zugekehrten Herzabschnittes geben. Auch Guttmann ([22]) und [24])) genügt die percutorische Grössenbestimmung des von den Lungen unbedeckten Herzabschnittes für praktische Zwecke; obgleich die wirkliche Grösse des Herzens sich nicht aus der Raumgrösse der absoluten Dämpfung berechnen lasse, könne man „doch meistens den allgemeinen Schluss aus derselben ziehen, ob das Herz normal gross oder ob es vergrössert ist, denn mit der Vergrösserung des Herzens wächst auch die Grösse der absoluten Herzdämpfung". Die percutorische Bestimmung der ganzen Herzgrösse, d. h. der Höhe und Breite der vorderen Herzfläche gelinge fast nie mit Sicherheit, sie entspreche nur in ihrem oberen Abschnitte dem Umfange des Herzens, darum verzichte man meistens auf ihre Abgrenzung.

Nach O. Vierordt [47]) steht die dem wandständigen Teil des Herzens entsprechende absolute Herzdämpfung „zur wirklichen Herzgrösse in einem meist annähernd bestimmbaren Verhältnis". Die sich der absoluten von oben und links anlagernde relative Herzdämpfung steht dagegen „oft indirect zur Herzgrösse in gewisser Beziehung, ist aber zur Ermittelung derselben nicht brauchbar.»

In neuerer Zeit ist de la Camp [6]) für den unbedingten Wert der absoluten Herzdämpfung eingetreten. Neben der Orthodiagraphie hält er die Percussion der absoluten Herzdämpfung für „die wertvollste, weil exacteste und ergiebigste Herzgrössenbestimmungsmethode", sie sei „wegen ihrer nur wenige mm. betragenden Fehlerquellen objectiv und wertvoll», zumal Lungencomplicationen und anormaler Zwerchfellstand auch sonstwie leicht erkannt werden könnten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den genannten Autoren steht die bedeutend grössere Zahl derer gegenüber, welche aus der Bestimmung der relativen Herzdämpfung einen Aufschluss über die wahre Herzgrösse erhalten wollen. Gerhardt [17]) anerkennt die Unzulänglichkeit der absoluten Herzdämpfung zur Grössenbestimmung des Herzens, — trotz der Unvollkommenheit ihrer Bestimmung liefere die relative Herzdämpfung viel bessere Anhaltspunkte für die Beurteilung der wahren Grösse des Herzens. Die ganze Grösse der vorderen Fläche des Herzens durch Percussion zu bestimmen, hält er für „tatsächlich unmöglich". Auch Conradi und Meyer legen der Ermittelung der relativen Herzdämpfung für die Bestimmung der wahren Herzgrösse den grösseren Wert bei (cit. nach Bamberger [4]). Ebenso Ewald [14]), der der absoluten Herzdämpfung als Masstab für die Bestimmung der wahren Herzgrösse sogar jede Berechtigung abspricht, da „die grössten Schwankungen in der absoluten Grösse des Organs bei gleichbleibender absoluter Dämpfung und umgekehrt — vorkommen können". Ein bindender Schluss wäre nur durch die Bestimmung der „sogenannten relativen Herzdämpfung, d. h. der Ermittelung der Projectionsfigur der ganzen vorderen Fläche des Herzens auf die Thoraxwand" ermöglicht. Entgegen Gerhardt behauptet Ewald, dass es „in den allermeisten Fällen nicht schwer ist, die relative Herzdämpfung präcise zu ermitteln": seine Percussionsergebnisse zeigten bei der Controlle durch den Nadelversuch auf dem Sectionstische eine Fehlerbreite von gegen 1 cm. nach aussen oder innen, „wobei dann freilich die intra vitam doch immer noch etwas andere Lage der Organe unberücksichtigt bleibt". Aehnlich äussert sich Riess [37]); er hält die absolute Herzdämpfung „als Anhaltspunkt zur Taxierung der Herzgrösse für so wenig ausreichend", dass er es sich abgewöhnt hat, dieselbe überhaupt zu bestimmen, wo es ihm nur auf die Herzuntersuchung ankommt. Er findet „die Abgrenzung einer der anatomischen Herzgrösse annähernd entsprechenden Dämpfungsfigur bei der grossen Mehrzahl der Fälle durchaus gut möglich und bei einiger Uebung nicht allzuschwer.

Nach Weil [49]) verlaufen die Grenzen der relativen Herzdämpfung, auch wo dieselben in exacter Weise festgestellt werden können, „in keiner Weise wie die anatomischen Grenzen" des Herzens, „sie zeigen vielmehr eine innigere Beziehung zu den Lungenrändern, denen sie im allgemeinen in der Entfernung von einigen Centimetern folgen". Trotzdem lässt sich die relative Dämpfung „zur annähernden Schätzung — aber auch nur dazu — der Grösse und Lage des Herzens verwerten", da sie anzeigt, „dass eine wesentliche Verschmächtigung der Lunge dort beginnt, wo in der Tiefe Herz gelegen ist. — Daher wäre jede Methode mit Freuden zu begrüssen, die uns die Grösse des ganzen Herzens kennen lehrte". In der vorsichtigen Bewertung der relativen Herzdämpfung schliesst sich Eichhorst [18]) Weil an; ihm leistet die relative Dämpfung für die Erkennung wirklicher Herzveränderungen mehr als die absolute, obgleich nur ein erfahrenes und sorgfältig geschultes Ohr bei ihrer Bestimmung auf sichere Resultate rechnen dürfe wegen der sich unmerklich einstellenden Uebergänge vom lauten Schall der Lungen zum relativ gedämpften Schalle der relativen Herzdämpfung. Als absoluter Masstab für die Grössenbestimmung des Herzens kann die relative Herzdämpfung nicht in Anspruch genommen werden, da nur ihre untere und linke Grenze mit der Lage der entsprechenden Herzränder zusammenfallen, während sie nach oben und rechts hinter der wahren Herzgrösse zurückbleibe. Sahli [38]) legt zur Bestimmung der Grösse des Herzens der relativen Dämpfung mehr Wert bei als der absoluten, doch rät er, womöglich immer gleichzeitig beide Dämpfungsfiguren zu bestimmen, dabei gebe nämlich die oberflächliche Percussion häufig eine wertvolle Bestätigung der Resultate der tiefen Percussion. An sich sei die relative Dämpfung nur ein indirectes Mass für die Grösse des Herzens, da dieses namentlich bei älteren Leuten und beim Erwachsenen nur zu einem Teile seiner gesamten Grösse durch die Percussion umschrieben werden könne, während die relative Dämpfung beim Kinde unter Umständen sogar grösser ausfallen könne, als das Herz selbst ist.

Für unbrauchbar zur Grössenbestimmung des Herzens erklärt I. Meyer [31]) die absolute Herzdämpfung, da sie in keinem constanten geraden Verhältnisse zu der Grösse des Herzens stehe. Aber auch die Gestalt der auf die Brustwand projicierten relativen Herzdämpfung, welche wegen der ungünstigen Lagerungsverhältnisse des Herzens unter einer allmählich dünner werdenden Lungenschicht und einer bald mehr, bald weniger stark gekrümmten Thoraxwandung leicht zu gross ausfällt, ist nach seiner Meinung nicht zuverlässig „für eine genaue Längen- und Breitenbestimmung eines normalen oder nur mässig vergrösserten Herzens"; die relative Dämpfung wäre brauchbar zur differentialdiagnostischen Unterscheidung von anderen dort möglichen Dämpfungsursachen.

Neuerdings mahnen Schieffer und Weber [39]) bei der Verwertung der absoluten Herzdämpfung zur Vorsicht. Ihre Untersuchungen, die sie am Lebenden unter Controlle der Orthodiagraphie gemacht, zeigen, dass das Verhältnis von Flächeninhalt der absoluten Dämpfung und der Herzsilhouette schon bei den normalen Fällen sehr grosse Schwankungen zeigt. In mehreren Fällen wird durch die absolute Dämpfung nur der allergeringste Teil der Herzsilhouette getroffen—so ist, beispielsweise, in Fall 26 das Verhältnis von Flächeninhalt der orthodiagraphisch gewonnenen Herzfigur zur absoluten Dämpfung = 127,8, in Fall 30 = 66,7, in Fall 39 = 54,0, in Fall 40 = 59,8, ja, in einem Falle (35), in dem es sich um Enteroptose und Emphysem handelt, liegt die absolute Dämpfung gar fingerbreit unterhalb des Herzens: es macht also den Eindruck, als wäre für den Nachweis einer absoluten Herzdämpfung die Anwesenheit des Herzens ganz überflüssig. Hier will ich eine Episode aus der Zeit Piorrys einfügen, die ich einer Arbeit Talmas [44]) entnehme. Piorry wollte Magendie an einer Leiche den Wert der Percussion zeigen und percutierte zu dem Behufe die Herzdämpfung; bei der Controlleröffnung des Thorax fehlte das Herz, Magendie hatte es vor der Percussion heimlich der Brusthöhle der Leiche entnommen.

Dass so verschiedenartige Urteile über den Wert der einen oder der anderen Dämpfungsfigur neben einander bestehen können, wird ohne weiteres klar, wenn man bedenkt, dass weder die absolute noch die relative Herzdämpfung die wahren Herzumrisse darstellt. Am meisten Uebereinstimmung — wenn auch keine vollständige — herrscht über den Verlauf der Grenzen der absoluten Herzdämpfung, oder richtiger der medianen Lungenränder über dem Herzen, sehr grosse Unterschiede zeigen jedoch die als Typen hingestellten Figuren der relativen Dämpfung. Moritz [32]) erklärt diese Unterschiede in den Anschauungen über den normalen Verlauf der relativen Herzdämpfungsgrenzen damit, dass „offenbar die einzelnen Untersucher unter verschiedenen Bedingungen (Stärke und Art des Anschlages, Stärke des Plessimeterdruckes auf die Brustwand) zu percutieren und verschieden grosse Schalldifferenzen als massgebend anzusehen sich gewöhnt hatten".

Um diese Verhältnisse besser verstehen zu können, ist es notwendig, zu untersuchen, wie und wo der Percussionsschall seine Entstehung hat, dessen Differenzen bei dem Zustandekommen der „Herzdämpfungen" verwertet werden, welcher Art diese Differenzen sind, und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in welchem Masse der Untersuchende sich diese Schalldifferenzen zur Grössenbestimmung des Herzens nutzbar machen kann.

Auenbrugger [2]), der Erfinder der Percussion, begnügt sich damit, zu constatieren, dass der Percussionsschall je nach der Quantität des Luftgehaltes, der jeweils percutierten Stelle, variiere. „Ueber diese Explication kam man bis zu Laennecs Zeit nicht hinaus", ja selbst Piorry erforscht nicht weiter die Entstehung des Schalles. Erst Williams (1838) nimmt als „tonherrschenden Gewebsanteil" — wie sich Wintrich ausdrückt, die Brustwand an (cit. n. Niemeyer [35]) und Skoda [43]). Er erklärt die Verschiedenheiten im Percussionsschalle dadurch, dass die Schwingungen der Brustwand durch Luft und normales Lungenparenchym nicht gehemmt werden, dagegen durch Infiltration im Lungengewebe, durch das Herz, die Leber etc. behindert oder ganz aufgehoben und bei verschiedener Dicke und Spannung der Brustwand verändert würden. Diese Annahme findet Unterstützung durch F. Hoppe (cit. n. Niemeyer [35]), welcher 1854 den Percussionsschall lediglich auf Schwingungen der Brustwand zurückführt und an der Hand abstract physikalischer Untersuchungen darzutun versucht, dass alle Schwingungen, welche bei der Percussionslehre in Betracht kommen, — gasförmige Körper ausgenommen — transversale sind.

Mit aller Schärfe wendet sich Skoda [43]) gegen die von Williams vertretene Auffassungen und macht für die Entstehung des Schalles allein die im percutierten Medium eingeschlossene Luft verantwortlich (1839). Seine Annahme stützt er durch folgende Leitsätze:

1) „Alle fleischigen, nicht lufthaltigen organischen Teile – gespannte Membranen und Fäden abgerechnet — sowie Flüssigkeiten, geben einen ganz dumpfen, kaum wahrnehmbaren Percussionsschall, den man sich durch Anklopfen an den Schenkel versinnlichen kann".

2) „Jeder Schall, den man durch Percutieren des Thorax oder des Bauches erhält und der von dem Schalle des Schenkels oder eines Knochens abweicht, rührt von Luft oder Gas in der Brust- oder Bauchhöhle her".

3) „Die Häute der Gedärme und des Magens müssten ungewöhnlich gespannt sein, um beim Anschlagen einen Schall zu geben; ebendasselbe gilt vom Lungenparenchym".

4) „Die Verschiedenheiten im Schall der Leber-, Milz-, Herz-, Lungen-, Magengegend etc. sind nicht in dem eigentümlichen Schall dieser Organe begründet, sondern entspringen aus den Verschiedenheiten in der Menge, Verteilung, Spannung etc. der enthaltenen Luft und aus der Verschiedenheit in der Stärke des Stosses, der durch die Percussion auf die Luft ausgeübt werden kann".

Die Brustwand spielt nach Skoda nur soweit mit, als sie durch mehr-weniger Nachgiebigkeit den Percussionsstoss der durch sie eingeschlossenen Luft vermittelt.

Einen zwischen den beiden citierten Anschauungen vermittelnden Standpunkt vertritt Mazonn (cit. n. Niemeyer [35]), der nach eingehenden Versuchen an der Hand der physikalischen Schallgesetze zu folgendem Schluss kommt:

1) der Percussionsschall entsteht durch die tonerzeugenden Schwingungen der Wand und die tonverstärkenden, consonierenden Schwingungen der in der Höhle enthaltenen Luft;

2) die Brustwand schwingt nicht als Ganzes, sondern in gewissen isolierten Regionen;

3) an ihrem knöchernen Teile schwingt die angeschlagene Rippe als Ganzes und mit ihr in gewisser Ausdehnung die Nachbarteile.

In neuerer Zeit hat Hamburger [25]) die Mazonnsche Auffassung von der Entstehung des Percussionsschalles aus der Vergessenheit hervorgeholt und versucht, der Oberflächenwirkung des Percussionsstosses auch für die Bestimmung der relativen Herzdämpfung einen Platz zu sichern. Seine Ueberlegungen und die aus denselben gezogenen Schlussfolgerungen lassen sich jedoch leider nur dem physikalischen Experiment anpassen, in der Praxis der Herzpercussion sind sie lediglich dazu angetan, die Verwirrung, welche schon ohnehin auf diesem Gebiet existiert, noch zu vergrössern.

Als „tonherrschend" ist endlich von Wintrich (cit. n. Niemeyer [35]) das Lungenparenchym angenommen worden. Nach seiner Anschauung erzeugt die Lunge, „ein Gerüst aus verschieden gespannten Membranen", den Schall, wobei die Luft als Resonnanzboden schallverstärkend wirkt.

C. Hoppe [27]) will keinen der drei Bestandteile — Luft, Lunge, Thorax — für sich allein den Percussionsschall erzeugen lassen, nach seiner Meinung handelt es sich um „Accommodationstöne", die ihre Entstehung den Schwingungen zweier Körper verdanken, nämlich Lunge + Luft, von denen jeder für sich einen anderen Ton giebt.

Nach Weil [49]), dem die Theorie der Percussion viel zu danken hat, beteiligen sich an der Entstehung des Schalles alle drei Bestandteile, nämlich Brustwand, Lunge und Luft in verschieden hohem Masse und in einer beschränkten, genau bestimmbaren Ausdehnung. Die Verbreitung der durch den Percussionsstoss gesetzten Erschütterung „sowohl nach der Fläche als nach der Tiefe bis zu einer gewissen Entfernung", welch letztere „höchstens 6—7 cm. senkrecht in die Tiefe und noch viel weniger weit in seitlicher Richtung betragen" soll, bezeichnet Weil als „acustische Wirkungssphäre des Percussionsstosses". Diese Anschauung Weils hat zahlreiche Anhänger gefunden, ich nenne nur Namen wie Friedreich, Eichhorst, Guttmann, O. Vierordt, H. Vierordt, Seitz, Wesener, Sahli u. a. m., und beherrscht wohl bis zum heutigen Tage die innere Klinik, obgleich bereits Wintrich (cit. n. Niemeyer [35]) durchs Experiment nachgewiesen hatte, dass die durch den Percussionsstoss gesetzte Erschütterung sich durch die ganze Lunge verbreitet. Bei einer Leiche mit gesunder Lunge und intacter Brusthöhle aber entleerter Bauchhöhle konnte Wintrich bei starker Percussion über dem Schlüsselbein mit dem auf das Zwergfell aufgelegten Finger eine Fortsetzung der Erschütterung bis an die Basis des Lungenkegels constatieren. Dieses Experiment steht in gutem Einvernehmen mit der Auffassung Zamminers, welcher in der theoretisch-physikalischen Einleitung zu E. Seitz' „Lehrbuch der Auscultation und Percussion der Respirationsorgane", wörtlich sagt: „die Lunge ist weder Luft allein, noch auch nur Parenchym; es ist daher wohl am natürlichsten, die Lungensubstanz, Parenchym samt interlobulärem Gewebe, eingeschlossene Luft und Flüssigkeit als Ganzes, als eine elastische schwingungsfähige Masse aufzufassen" (cit. n. Niemeyer [35]).

Jetzt kommen wir an einen Punkt, der theoretisch wie praktisch die Hauptschwierigkeiten für die percutorische Herzgrössenbestimmung abgegeben hat und noch abgibt. Mit ganz vereinzelten Ausnahmen haben alle Autoren, die über Herzpercussion geschrieben haben, von Auenbrugger bis in die jüngste Zeit, bei der Bestimmung der Grenzen, sowohl des wandständigen Herzabschnittes, als auch des unter den Lungenrändern verborgenen sich durch Differenzen in der Intensität des Schalles leiten lassen, d. h. durch das Auftreten eines dumpfen resp. nur gedämpften Schalles. Einfach und nicht discutabel liegen die Verhältnisse für die absolute Herzdämpfung, sehr viel complicierter gestalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie sich jedoch für die präcise Projection der sogenannten relativen Herzdämpfung.

Ganz allgemein herrschte die Anschauung, dass bei der Percussion über einem schallfähigen Gewebe auch dort Dämpfung auftreten kann und muss, wo unter diesem Gewebe in einer gewissen Tiefe ein luftleeres, solides, nicht schwingungsfähiges Gewebe oder Organ gelagert ist. Diesem letzteren wurde also die Rolle eines Schalldämpfers zuerteilt, der Percussionsschlag müsse nur kräftig genug sein, um eine Erschütterung zu setzen, welche bis zu diesem Dämpfer vorzudringen vermag. Aus dieser Ueberlegung heraus entsprang die Forderung starker Percussion bei Bestimmung der relativen Herzdämpfung.

Niemeyer [35]) weist schon 1868 mit aller Energie auf das Irrige dieser Auffassung hin, durchaus möglich erscheint es ihm, „dass durch die starke Percussion die diesseits eines Luftschallraumes gelegenen Dämpfungsmedien bis zu einem gewissen Grade ihres dämpfenden Einflusses beraubt werden können". Dagegen ist es ihm unerfindlich, „wie die in einem solchen Luftschallraume entstandenen Schwingungen noch ein jenseits gelagertes, massives Dämpfungsmedium „durchdringen" sollen". Als Vergleich zieht er die Wasserwellen heran, welche vom Ufer reflectiert werden, ohne das Ufer durchdringen zu können, und resumiert weiter: „wenn diese dämpfenden Medien aber von der Percussionserschütterung nicht betroffen werden, so können sie auch auf die Qualität des Schalles keinen Einfluss üben — es kann demnach von einer „Dämpfung in der Tiefe" gar keine Rede sein, und somit erscheint es berechtigt, diese tiefe Percussion als eine Fiction, die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen aber als aus den anatomischen Kenntnissen präjudicierte zu bezeichnen". Und doch bleibt die Annahme einer tiefen oder relativen Dämpfung zu Recht bestehen, sie erhält sogar durch Weil [49]) eine Erklärung, nach welcher sie ihre Entstehung im Wesentlichen der geringeren Dicke der Schwingungsmasse über dem Herzen verdankt, allerdings mit der Einschränkung, dass die Wandständigkeit des Herzens den freien Schwingungen der Brustwand auch in weiterem Umkreise, als es derselben anliegt, ein Hindernis darbietet und somit bei der Entstehung der relativen Dämpfung mit beteiligt ist. Weils Erklärung der Entstehung der relativen Dämpfung beruht auf der Vorraussetzung, dass die durch den Percussionsschlag hervorgerufene Erschütterung nur bis zu einer gewissen Tiefe in das Lungengewebe vorzudringen vermöge, d. h. auf der Annahme einer begrenzten „acustischen Wirkungssphäre des Percussionsstosses". Central gelegene Verdichtungsherde, welche ausserhalb dieser acustischen Wirkungssphäre liegen, können den Schall in keiner Weise beeinflussen, erst wenn sie in den Bereich dieser Sphäre hineinragen, „dämpfen sie den Schall durch Verkleinerung der für dessen Intensität massgebenden Schwingungsmasse", denn die Itensität des Percussionsschalles stehe in geradem Verhältnisse zu der Grösse der Schwingungsmasse und zu der Stärke des Percussionsstosses.

In der auf Weil folgenden Zeit vertritt noch Guttmann [24]) die Meinung, dass die relative Dämpfung über dünneren Lungenschichten über dem Herzen durch die Anwesenheit eines dämpfenden Körpers hinter der schwingenden Lunge zu erklären sei, während die sehr grosse Mehrzahl der Autoren sich der Weilschen Auffassung anschliesst. In neuester Zeit tritt Goldscheider wiederum sehr energisch für die Auffassung ein, dass die Abgrenzung der relativen Dämpfungen durch den dämpfenden Einfluss der von Lunge überlagerten luftleeren Organe bedingt wird, allerdings gelte dieses nur für die allerleiseste, eben die Schwellenwertspercussion.

Wie schon die Bezeichnung „relative Herzdämpfung" ausdrückt, sollen für die Projection des Herzumrisses auf die Thoraxoberfläche Differenzen massgebend sein, welche der Schall in seiner Intensität aufzuweisen vermag, also quantitative Schallunterschiede; die Unterschiede nach der Tonhöhe, die qualitativen, fanden jedoch bei der Herzpercussion so gut wie gar keine Würdigung, ja, von einzelnen Autoren, z. B. Guttmann [24]) werden sie als diagnostisch ganz bedeutungslos hinsgetellt, Seitz [40]), behauptet gar man könne bei Geräuschen—um solche handelt es sich ja beim nicht tympanitischen Schalle — überhaupt keine Schallhöhe unterscheiden. Nur vereinzelt finden sich in der Literatur Hinweise auf die Notwendigkeit, auch die qualitativen Schallunterschiede bei der Herzpercussion zu berücksichtigen. Als Erster macht Walshe (cit. n. Aravantinos [1]) auf eine „gut vernehmbare Schallerhöhung mit leicht gesteigerter Resistenz und verminderter Tonmasse" aufmerksam, welche er zur Ermittelung der rechten Herzgrenze verwertete. Nach ihm ist Meyer [31]), der darauf hinweist, dass sich die Grenzen der relativen Herzdämpfung „an dem Uebergange eines helleren, nicht selten tieferen Schalles zu einem gedämpften und meist höheren" erkennen lassen. Talma [44]) beweist experimentell an der Leiche, dass die Schallhöhe des Lungenschalles abhängig ist von der Dicke der percutierten Lungenschicht, dass man aus der Höhe des Schalles darauf schliessen könne, ob Lunge in ihrem ganzen Durchmesser oder in reducierter Dicke percutiert wird. Schliesslich betont Aravantinos [1]) sehr nachdrücklich die Bedeutung der qualitativen Schallunterschiede, welche er bei der percutorischen Herzgrössenbestimmung in erster Linie berücksichtigt wissen will; auch macht Treupel [46]) ausdrücklich darauf aufmerksam, dass bei mittelstarker Percussion der Schall an der rechten Herzgrenze nicht nur leiser wird, sondern auch höher.

Ich persönlich lasse mich bei der Bestimmung der Herzgrenzen durch die erste, deutlich wahrnehmbare und constant bleibende Schalländerung leiten, welche sich in der Hauptsache durch ein Höher- und Kürzerwerden des lauten Lungenschalles zu erkennen gibt, bei Abnahme der Intensität des Schalles, jedoch ohne dass derselbe ein gedämpfter zu werden braucht, eine Dämpfung tritt für mein Gehör nur in der Gegend des Spitzenstosses auf, doch auch nicht constant. Meiner Meinung nach ist es nicht richtig, dort eine Dämpfung zu suchen, wo schlechterdings eine solche nicht auftreten kann, es sei denn, dass eine Fernwirkung eines Schalldämpfers in seitlicher Richtung angenommen werden muss. Solange sich unter einer Stelle des Brustkorbes noch lufthaltiges Lungengewebe befindet, muss bei der Percussion dieser Stelle Schall auftreten, und zwar muss dieser Schall bei mittlerer gleichbleibender Percussionsstärke um so weniger intensiv sein, je mehr Widerstand die durch den Percussionsstoss gesetzte Erschütterung der Thoraxwand zu überwinden hat, um das lufthaltige Lungegewebe zu erreichen, und umgekehrt, muss der Percussionsstoss ein um so stärkerer sein, je grössere Widerstände zu überwinden sind, um eine gleichbleibende Intensität des Schalles zu gewährleisten. Dass ein aus luftleeren Weichteilen bestehender Dämpfungskörper, der seine Lage hinter der lufthaltigen Lunge hat, den Schall derselben dämpfen könne, wird heute wohl kaum noch im Ernst behauptet werden, zugegeben werden kann in einem solchen Falle allerdings eine gewisse Abnahme der Intensität des Schalles, welche in der Aenderung der Resonanzverhältnisse begründet liegt.

O. Vierordt [47]) hat das Empfinden, das die Nomenclatur der Schallunterschiede, welche für die Begrenzung der Herzfigur massgebend sind, nicht das

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichnet, was sie in der Percussionslehre sagen soll, daher vermeidet er die „Bezeichnung „dumpf" und setzt an ihre Stelle „absolut gedämpft". Mit dieser Umschreibung glaubt O. Vierordt der Verwirrung steuern zu können, die auf dem Gebiete der Herzpercussion besteht; er ist der Meinung, dass „absolut gedämpft" ein Ausdruck sei, „der wenigstens den Vorzug hat, dem Anfänger in dieser Verbindung der Worte neu zu sein; er kann deshalb nicht so leicht Verwirrung stiften. Ausserdem fordert der Ausdruck immer zu genauer Prüfung auf, ob es sich an der betreffenden Stelle wirklich um absolute nicht lediglich um relative Dämpfung handelt". Im meine, damit wird, wo es sich um die Grenzbestimmung der Herzfigur handelt, erst recht Verwirrung geschaffen; durch eine Verklausulierung des Begriffes der Dämpfung und Trennung desselben in absolut und relativ schaffen wir wohl eine Bereicherung der Nomenclatur, geben jedoch keine Aufklärung über die Schalländerung, welche factisch über dem von Lunge überdeckten Herzabschnitte bei der Percussion aufzutreten pflegt.

Es fragt sich nun, womit und wie percutiert werden soll, damit ein Schall entsteht, dessen Differenzen gut wahrnehmbare sind. Auenbrugger [4]) empfahl: „percuti, verius pulsari debet lente atque leniter" und dosierte die Percussionsstärke verschieden, je nach der Constitution des Thorax und der Beschaffenheit seiner Bedeckungen; er bediente sich der unmittelbaren Percussion. Allerdings erhob Auenbruggers Methode noch keinen Anspruch auf eine genaue topographische Localisation der Herzumrisse. In der Folge, namentlich nach Einführung des Plessimeters durch Piorry (1826) und des Percussionshammers durch Wintrich (1841), erlebte die Percussionsmethodik die mannigfachsten Varianten, „ohne dass für die Percussionslehre als solche aus diesen Erfindungen auch nur der mindeste Vorteil hervorgegangen wäre" (Gerhardt [17]). Auch in der allerjüngsten Zeit finden sich noch Männer der Wissenschaft, welche sich gemüssigt sehen, das Percussionsinsrumentarium zu modificieren, zu verbessern oder zu bereichern. Weniger Wechsel hat im Laufe der Zeiten das Wie der Percussion erfahren. Seitdem Piorry (cit. n. Aravantinos [1]) mit der Unterscheidung zwischen absoluter und relativer Herzdämpfung auch die Forderung aufstellte, dass zur Begrenzung der ersteren, d. h. der absoluten Herzdämpfung eine schwache und für die Bestimmung der relativen Dämpfung eine starke Percussion in Anwendung kommen solle, haben diese beiden Percussionsarten ihre Existenzberechtigung beibehalten. Mit dem Wechsel der Anschauungen über die Entstehung der Schalldämpfung haben auch die Erklärungen für die Wirkungsweise dieser beiden Percussionsarten gewechselt, ganz besonders gilt dieses für die starke Percussion, doch sind im allgemeinen auch heute noch absolute Herzdämpfung und schwache Percussion einerseits, sowie relative Herzdämpfung und starke Percussion andererseits nicht trennbare Einheiten. Wie der Begriff der starken Percussion aufzufassen sei, und welcher Missbrauch mit derselben getrieben worden, lehrt folgendes Citat von Riess [37]): „es versteht sich von selbst, dass für dieselbe (die relat. Dämpfung) stärker percutiert werden muss als zur Auffindung der absoluten Dämpfung. Doch sei hinzugefügt, dass die Stärke der Percussion nie derart zu sein braucht, dass sie selbst empfindliche Kranke schmerzt oder belästigt". Aehnlichen Aussprüchen begegnen wir übrigens in der Literatur nicht gar so selten. Auch finden wir Hinweise auf die Notwendigkeit einer genauen Dosierung der Percussionsstärke. Simons [42]) stellt fest: „es gibt aber noch immer keine einheitliche Auffassung über die sicherste und beste Art der Herzpercussion, daher auch verschiedene Angaben über die Form und Ausdehnung der Herzdämpfung. Das liegt wohl hauptsächlich daran, dass es bis jetzt kein absolutes Mass der Percussionsstärke gibt, die nach der Prüfung an der Leiche und im Orthodiagramm annähernde Uebereinstimmung der von verschiedenen Untersuchern gefundenen Grenzen erwarten lässt; ist die Masseinheit für alle Fälle gefunden, dann ist nur noch die Deutung der Dämpfung eine persönliche Sache". Geigel [16]) hat ein Instrumentarium vorgeschlagen, welches gestatten soll, die jeweils in Anwendung gebrachte Percussionsstärke bis zu einem gewissen Grade auszuwerten, und die bei der Percussion geleistete Arbeit zahlenmässig auszudrücken. Geigel glaubt hiermit für die verschiedenen Untersucher Vergleichswerte schaffen zu können, welche das subjective Moment eher ausschalten helfen sollen, als es die Ausdrücke „stark, mittelstark, leise, oberflächlich etc." tun können. Er berechnet sich für die ihm gewohnte Art der Percussion die am Pendel geleistete Arbeit:

für mittlere Stärke . .	A = 131820 Ergs.
„ schwache Percussion.	A = 47523 „
„ leise „ .	A = 16749 „

Treupel [46]) begrüsst diesen Versuch Geigels dankbar, erhofft aus demselben Vorteile für die gewöhnlich geübte Percussion zur Bestimmung der relativen Dämpfung.

Ich glaube diesen Versuch Geigels als physikalische Spielerei ruhig beiseite stellen zu dürfen, weder seine, noch auch Treupels Erwartungen dürften durch denselben für die Percussion in Erfüllung gehen. Die Schallunterschiede, mit denen wir es bei der Percussion des Herzens zu tun haben, sind als psychische Grössen nur relativ vergleichbar, da es für die psychische Vergleichung bekanntlich absolute Masstäbe nicht gibt. Eine Reduction der psychischen Grössen auf lineare, räumliche Grössen ist schlechterdings unmöglich. Der eine Untersucher wird bei einer Arbeitsleistung des Percussionsschlages von 50000 Ergs. vielleicht dieselben Schallempfindungen haben wie der andere erst bei 100000 Ergs., oder ein und derselbe Untersucher benötigt bei dem einen Individuum eines Percussionsschlages von 50000 Ergs, um einen nach Intensität und Qualität gut differenzierbaren Schall zu erzielen, während beim anderen Individuum erst 100000 Ergs, einen ebensolchen Schall hervorzurufen vermögen. Es muss individuell percutiert werden, d. h. die Percussionsstärke muss jeweils nach der Beschaffenheit der thorakalen Bedeckungen gewählt werden; andererseits muss subjectiv percutiert werden— wenn ich mich so ausdrücken darf — d. h. die Stärke des Schlages muss sich danach richten, wie das Gehör des jeweiligen Untersuchers Schall vernimmt und dessen Differenzen qualificiert.

Auf Grund des eben dargelegten scheint mir jede streng schematisierende Percussionsmethode verwerflich; voll und ganz muss ich mich Kroenig [29]) anschliessen, wenn er sagt: „jede Percussion, aber insonderheit die topographische, muss individuell geübt, d. h. die Stärke des Percussionsschlages, ja ich möchte fast sagen, die Art desselben sowie die Art der Finger- bezw. der Hammerhaltung den jeweiligen Thoraxverhältnissen angepasst werden", und mit Recht sagt Gerhardt [17]): „tatsächlich ist weit weniger daran gelegen, womit man percutiert, als wie man percutiert, und ob man durch Uebung hören gelernt hat".

Ganz abweichend von der bisher geübten Methode der Herzpercussion gestaltet sich die Goldscheidersche Schwellenwertspercussion. Unter Controlle der Orthodiagraphie hat Goldscheider ([18]) u. [19])) eine Methode der Herzpercussion ausgearbeitet, welche das psycho-physische Gesetz der Schwellenwerte zur Grundlage haben soll. Mit dieser Methode hat Goldscheider die wahren Herzumrisse mit der grössten Genauigkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darstellen können, seine Projectionsfiguren decken sich fast durchweg mit den entsprechenden Orthodiagrammen. Goldscheider empfiehlt die allerleiseste Percussion, sie soll so leise sein, „dass man eben noch den Schall wahrzunehmen vermag, so wird, sobald man die Grenzen des in der Tiefe liegenden Herzens erreicht, die Percussion unhörbar sein, d. h. es wird ein ganz dumpfer Schall entstehen". Man percutiere in genau sagitaler Richtung im Verlaufe der Intercostalräume mit Pleschscher Fingerhaltung in mittlerer Atmungsstellung, controlliere die Grenzen, indem man inspirieren lässt und percutiert diejenigen Stellen, die auf andere Art nicht zu percutieren sind, nämlich die untersten Grenzen des rechten und linken Herzrandes bei tiefer Inspiration; dabei muss in der Umgebung die grösste Ruhe herrschen, damit ein „übermerkliches" Percutieren vermieden werden könne: „schon das Rascheln des Rock- oder Hemdärmels bei den Bewegungen stört"[20].

Goldscheider nimmt an, dass bei der allerleisesten Percussion die axiale Ausbreitung der Erschütterung bei weitem die transversale überwiegt, und diese „offenbar eine sehr geringe ist". Die Entstehung eines „vollständig gedämpften Schalles über der ganzen Herzgegend" erklärt Goldscheider auf folgende Weise: die eben merkliche Schallwahrnehmung bei der leisesten Percussion des Thorax ist bedingt durch „Mitschwingen der Lunge in ihrer ganzen der Percussionsstelle entsprechenden Tiefe, sodass also eine Dämpfung entstehen muss, sobald der Tiefendurchmesser sich infolge der Einlagerung des Herzens zu verkürzen beginnt". Diese Erklärung genügt in keiner Weise, mir persönlich ist es noch nicht gelungen, trotz der strengsten Befolgung aller Vorschriften Goldscheiders über den von Lunge bedeckten Herzabschnitten eine absolute Dämpfung zu erhalten, auch theoretisch will es mir nicht einleuchten, warum hier eine Dämpfung entstehen muss, wo doch noch schwingungsfähiges Gewebe direct unter der percutierten Thoraxstelle liegt. Als seine Vorgänger auf dem Gebiete der allerleisesten Percussion nennt Goldscheider: Turban (1899), Ottomar Rosenbach (1899), Peterson und Laache. Unerwähnt lässt Goldscheider Ewalds Namen, und doch ist es gerade Ewald, der bereits 30 Jahre früher die Schwellenwertspercussion prakticierte, also als eigentlicher Begründer dieser Methode anzusehen ist. Allerdings verfolgte Ewald mit seinem Verfahren ganz andere Zwecke als Goldscheider, indem es ihm auf die Ermittelung der Lungenverschiebung gegen die Leber oder die rechte und linke Herzgrenze ankam. Ewald[14]) sagt wörtlich: „während unter gewöhnlichen Umständen nichts leichter ist, als das Lauterwerden des Schalles an der Lebergrenze oder über der relativen Herzdämpfung bei tiefen Inspirationen zu constatieren und damit also den Beweis zu führen, dass sich der Sinus pleurae ausweitet und die Verschiebbarkeit der Lungen nach allen Richtungen hin ermöglicht ist, kann dies unter gewissen Verhältnissen bei ungenügender Inspiration, bei sehr dickem Fettpolster oder stark entwickelter Muskulatur, bei starkem Meteorismus u. a. recht schwierig werden. Dann führt oftmals noch ein Verfahren zum Ziel, welches auf dem Gesetz der Schwellenwerte, dem psychophysischen Gesetz beruht. Die niedrigste überhaupt wahrnehmbare Reizstärke, der sogenannte Schwellenwert, muss, weil sie sich plötzlich aus dem Negativen ins Positive wendet, bei kleinster Reizstärke den grössten Empfindungszuwachs, nämlich den aus dem Nichts in Etwas geben". Indem Ewald dieses Gesetz auf die percutorische Ermittelung der Lungenverschiebung überträgt, resümiert er: „dass man an den besagten Grenzen (obere Leber-, rechte und linke Herzgrenze) weit leichter hören wird, ob bei tiefer Inspiration überhaupt ein Schall auftritt, wenn vorher keiner da war, als wenn man den Zuwachs eines schon vorhandenen Schalles zu ermitteln sucht", deswegen wird man bei so leiser Percussion, dass „nur der Eigenschall des Plessimeters und selbst dieser ganz schwach oder gar nicht zu hören" ist, einen deutlichen Lungenschall wahrnehmen, sobald die tiefe Inspirationsbewegung eine grössere Luftschicht unter das Plessimeter strömt. Ich denke, diese Worte sind eindeutig und verständlich.

Obgleich Ewald das Gesetz der Schwellenwerte in einwandfreier Weise der Percussionslehre dienstbar gemacht hatte, macht er neuerdings Goldscheider gegenüber Prioritätsrechte geltend inbezug auf die Ausübung dieser Methode zwecks Eruierung der wahren Herzfigur, indem er sich auf den „Tenor" seiner Arbeit aus dem Jahre 1875 beruft[15]).

Die Goldscheidersche Methode der Schwellenwertspercussion hat zahlreiche Nachprüfungen erfahren. Curschmann und Schlayer[7]) waren die ersten, welche bei Vergleichung der durch die Schwellenpercussion gefundenen Herzfiguren mit dem orthodiagraphischen Bilde „überraschend gute und befriedigende Erfolge" zu verzeichnen hatten. Die auf beiden Wegen gefundenen Grenzen deckten sich fast durchgehends, „die des Herzmassivs constanter als die des Gefässtruncus (selbstverständlich unter Berücksichtigung der von de la Camp und Moritz concedierten Fehlerbreite von $^1/_2$—$^3/_4$ cm.)". Als besonders schätzenswert erscheint diesen Autoren, dass die Schwellenwertspercussion ein Bild der auffallend verschiedenen Formen der Herzen — auch ohne pathologische Veränderungen — gibt, „sie zeichnet im Gegensatz zu der schematisierenden absoluten und relativen Dämpfung Typen, Herzindividuen". Nach Curschmann und Schlayer wären es folgende Momente, welche der Schwellenwertspercussion ihren Wert verleihen:

1) die Vermeidung der allzustarken Plessimeterwirkung,

2) die Vermeidung des Fehlers der falschen Projection der Grenzen von Organen, die der Convexität des Thorax anliegen und

3) die Einengung des Schwingungskegels und die möglichste Annäherung seiner Form an die des Cylinders, entsprechend der Intention des orthodiagraphischen Strahlenbündels.

Aus dieser letzten Erwägung heraus schlagen diese Autoren für die Goldscheidersche Methode die Bezeichnung „Orthopercussion" vor. Von einer Einengung des Schwingungskegels kann m. E. nicht gut die Rede sein, namentlich der Vergleich mit dem orthodiagraphischen Strahlenbündel macht einen unglücklichen Eindruck, handelt es sich doch in beiden Fällen um grundverschiedene Wege, auf welchen die Herzfigur zur Anschauung gebracht wird. Während wir bei der Orthodiagraphie ein Schattenbild des Herzens auf die vordere Thoraxfläche erhalten, indem wir den Thorax von hinten her durchleuchten, sind wir bei der Percussion auf die Bewertung der Resonanzverhältnisse im Brustraume angewiesen.

Uneingeschränkte Anerkennung zollen der Goldscheiderschen Schwellenwertspercussion Treupel und Engels[16]); für klinische Zwecke genügt ihnen allerdings die Bestimmung der relativen Herzdämpfung, die mittelst der starken Percussion gefunden wird und angeblich in 70% genau bis auf 1 cm. mit dem Orthodiagramm übereinstimmen soll. Auch Simons[42]) bestätigt eine „fast absolute Genauigkeit der Ergebnisse" der Schwellenwertspercussion, als deren besonderen Vorzug er hervorhebt, dass „der Anschlag nicht mehr subjectiv, dem Fall entsprechend, dosiert wird, sondern nur mit der Stärke geklopft wird, die dem Schwellenwert entspricht"; er nimmt an, dass bei normalem Gehör

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine erheblichen Unterschiede für das Mass der Reizschwelle bestehen. Simons widerlegt die von Curschmann und Schlayer vertretene Anschauung über die Tiefenwirkung der Schwellenwertspercussion und gibt eine ganz abweichende Erklärung. Nach seiner Meinung handelt es sich nicht um wahrnehmbare Wirkungen in die Tiefe „sondern um die Percussion und Auffassung feinster, ganz oberflächlicher Spannungsdifferenzen, die solide Massen in einer elastischen Umgebung bewirken. — Die Dinge im Brustkorb schallen nicht selber, aber bedingen den Schall der Bedeckung". Simons beruft sich auf eine physikalische Autorität, welche die Richtigkeit seiner Auffassung für sehr wahrscheinlich erklärt, — ebenso Curschmann und Schlayer: auch sie wissen für ihre Auffassung einen Physiker von Fach einzunehmen.

Ausgezeichnete Dienste leistet schliesslich die Schwellenwertspercussion Braun [5]) bei der Bestimmung des rechten Herzrandes zur Constatierung des Grades der Verschieblichkeit des Herzens.

Doch hat die Goldscheidersche Methode auch ablehnende Urteile erfahren. Dietlen [9]), welcher sich der von Moritz [32]) geübten und empfohlenen Percussionsart bediente, hat bestätigen können, dass mit dieser Percussion „Herzabmessungen, welche für die Beurteilung der Herzgrösse von Wichtigkeit sind", in ²/₃—³/₄ der Fälle richtig bestimmt werden können. Die Moritzsche Methode besteht in verschieden stark ausgeführter Percussion, und zwar soll die rechte Grenze mit starker Percussion und womöglich bei tiefer Exspirationsstellung bestimmt werden, wobei lange Schläge und fest aufgelegter Plessimeterfinger eine erhebliche Tiefenwirkung zur Folge haben sollen; links soll mittelstark bis leise percutiert werden und zwar nicht in der Exspirationsphase, das Resultat wäre sonst eine zu grosse Dämpfungsfigur. Auf Grund einer grösseren Reihe von vergleichenden Bestimmungen, die unter der Controlle des Orthodiagraphen vorgenommen wurden, kommt Dietlen zu dem Ergebnis, dass Goldscheiders Methode weniger zuverlässige Resultate abgebe als die Moritzsche. Zudem hat Dietlen [9]) an der Schwellenwertspercussion auszusetzen, dass ihrer Ausübung oft Hindernisse im Wege liegen, die der Anwendung derselben gewisse Grenzen ziehen, wie: absolute Ruhe in der Umgebung, „wie sie nicht einmal im Krankenhause immer vorhanden ist", dicke Muskel- und Fettschicht sowie stark entwickelte Mammae, die Unmöglichkeit, in den Intercostalräumen an alle Partien des Herzens heranzukommen, — Hindernisse, die wohl als solche voll anerkannt werden müssen. Nicht bewährt hat sich ferner die Schwellenwertspercussion bei Aravantinos [1]). Dieser Autor kommt „vermittelst der allerleisesten Percussion immer nur zur Bestimmung des wandständigen Teiles des Herzens".

Die verschiedenartigen Urteile, welche die Schwellenwertspercussion erfahren hat, und namentlich die Erklärungsversuche für ihre Wirkungsweise veranlassten Goldscheider [20]) zu einer umfangreichen kritisch-experimentellen Untersuchung seiner Methode. Leider beweisen seine Versuche sämtlich blos das Vorhandensein eines tadellosen Schallleitungsvermögens der Lungensubstanz, während sie den eigentlichen Kernpunct, die Schallentstehung und die Perception der Schallqualitäten durch die Luftleitung vollständig ignorieren.

Was meinen eigenen Standpunkt in der Frage der Herzpercussion anbetrifft, so bin ich der Meinung, dass es sehr wohl gelingt, mittelst der gewöhnlichen Schallpercussion die wahren Herzumrisse mit einer für klinische Zwecke genügenden Genauigkeit auf die vordere Brustwand zu projicieren. Meine Auffassung über die bei der Herzpercussion in Betracht kommenden Schallphänomene will ich in folgendem kurz präcisieren:

1) Der durch die Percussion erzeugte Schall ist als Eigenschall des jeweils benutzten Plessimeters aufzufassen, welcher durch die lufthaltige, schwingungsfähige Lungensubstanz und nicht unbedeutend durch die Gestaltung und die Constitution der Thoraxwandung modificiert wird. Wäre die Lungensubstanz activ an der Schallbildung beteiligt, so müssten wir auch bei lautlos ausgeführter, stossweiser Palpation im Lungenparenchym Schwingungen erzeugen und dadurch wahrnehmbare Schallempfindungen erhalten können. Die Erfahrung lehrt uns, dass dieses nicht zutrifft. Ich erinnere auch an die durch Ebstein [12]) begründete Methode der Tastpercussion, die da gerade die Unfähigkeit des Lungengewebes, activ Schall zu erzeugen, zu ihrer ersten Voraussetzung hat. Daher ist es falsch, nach einer Methode zu fahnden, welche die Plessimeterwirkung ausschalten soll. In meiner Auffassung stehe ich nicht allein da. Plesch [36]) sagt ausdrücklich: „Bei allen Arten der indirecten Percussion ist das Gemeinschaftliche, dass der Plessimeter einen Eigenton besitzen muss, es muss jeder Plessimeter, frei angeschlagen, einen Ton geben. Ohne ausser dem Körper entstandenen Schall können wir nicht zu einem acustisch wahrnehmbaren Percussionsresultat gelangen. Das, was wir diagnostisch verwerten, ist die Veränderung des beim Anschlagen des Plessimeters entstandenen Schalles".

2) Die vom Thorax eingeschlossene Lungensubstanz wirkt als Resonator, indem sie — je nach dem Tiefendurchmesser der jeweils percutierten Stelle die tieferen oder höheren Toncombinationen aus dem Tongemisch, i. e. dem Schalle des angeschlagenen Plessimeters verstärkt. Selling [41]) hat durch Versuche, die er mit einer Reihe von kegelförmigen Resonatoren anstellte, nachgewiesen, dass bei der gewöhnlichen Schallpercussion der Lungenschall eine annähernd continuirliche Reihe von Tönen enthält, welche etwa vom F bis zum c" reicht. Zur feineren Organabgrenzung wäre „der Eigenton irgend eines Plessimeters gleichsam als Indicator nötig, um sofort die geringste Schallveränderung anzuzeigen".

3) Das knöcherne Gerüst der Brustwandung beteiligt sich activ an der Schallbildung, und zwar in einem um so erheblicheren Masse, je weniger mächtig die ihn umkleidenden Weichteile entwickelt sind. Diese Plessimeterwirkung des Brustkorbes ist bei der Organabgrenzung störend bei zu starker Percussion; dafür sind die grosse Längenausdehnung der Rippen, resp. die Flächenausdehnung des Sternum verantwortlich zu machen: zu starke Percussion bewirkt eine Erschütterung dieser Gebilde in zu weiter Ausdehnung, die daraus resultierenden Schallqualitäten gehören also einem weiten Bezirk des resonnierenden Lungengewebes, gestatten daher nicht eine präcise Abgrenzung.

4) Um diesen Bezirk einzuengen, müssen wir die Plessimeterwirkung localisieren, was durch eine mässig starke, elastisch ausgeführte Percussion gut erreicht werden kann. Das Mass der Percussionstärke soll je nach den Leitungsverhältnissen der Thoraxbedeckung und der Leistungsfähigkeit des eigenen Ohres gewählt werden: in jedem Falle soll jedoch ein Schall erzielt werden, der deutlich wahrnehmbar ist.

5) Die Richtung des Percussionsstosses sei möglichst genau sagittal: Moritz und Röhl [33]) haben an empfindlich reagierenden Phantomen, die den natürlichen Verhältnissen nachgeahmt waren, gezeigt, dass die durch den Percussionsstoss gesetzte Erschütterung im percutierten Medium am intensivsten gerade in der Richtung der ausgeübten Percussion aufzutreten pflegt. Da diese Erschütterung als Ausdruck der Resonanz aufgefasst werden muss, ist die Forderung der sagittalen Percussionsrichtung eine conditio sine qua non für die wahrheitsgetreue Grössenprojection eines den Resonanz-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

raum-umgestaltenden Organes oder Gewebes auf die Thoraxoberfläche. Von der Richtigkeit dieser Forderung habe ich mich bei Controllversuchen mit dem Orthodiagraphen überzeugen können: die grössten Projectionsfehler haben ihren Platz im Verlaufe der linken Herzgrenze und hier namentlich in der Gegend der stärksten Convexität der Thoraxoberfläche und ihrer Seitenwand, es sind das Fehler, die bei strenger Einhaltung der sagittalen Percussionsrichtung, wenn auch nicht vollständig vermieden, so doch auf ein Minimum reduciert werden können. Ich will es nicht unterlassen, Herrn Collegen Matthias Hischberg auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für sein liebenswürdiges Entgegenkommen, mit dem er mir sein Röntgeninstitut zur Verfügen stellte, und ebenso Herrn Collegen Schabert für seine Anteilnahme an meinen Untersuchungen.

Bei unseren Versuchen bedienten wir uns zum Teil eines noch nicht veröffentlichten Verfahrens von M. Hirchberg, die Percussionsmarken auf dem Fluoreszenschirme des Orthodiagraphen sichtbar zu machen und so die Ergebnisse der Percussion in situ mit den Umrissen des Herzschattens vergleichen zu können: etwa erbsgrosse Klümpchen eines Gemisches von Mennige mit Glycerin von teigiger Consistenz werden, den Percussionsmarken entsprechend, der Haut angedrückt, wo sie in kürzester Zeit erstarren und unverrückbar der Haut anhaften.

Was endlich die bei der Herzpercussion gebräuchliche Nomenclatur anbetrifft, so bedarf dieselbe m. E. einer gründlichen Revision.

1) Sollte der Begriff der „absoluten Herzdämpfung" abgeschafft werden; bezeichnender wäre für diesen Bezirk der Ausdruck: mediale Lungengrenzen. Dass die Abgrenzung dieses Bezirkes klinisch gefordert werden muss, hat seine Berechtigung darin, dass seine Ausdehnung und Form ein wichtiger differential-diagnostischer Indicator ist für die Erkennung pathologischer Vorgänge im Mediastinalraume, in den Lungen, den Complementärräumen des Brustfelles und dem Herzbeutel.

2) Gleichfalls abzuschaffen wäre der Ausdruck „relative Herzdämpfung". Diese Bezeichnung hat in den meisten Fällen mit der gesuchten Herzform und der Herzgrösse nichts gemein, vielmehr zeigen ihre Grenzen, worauf schon Weil [49]) hinwies, „eine innigere Beziehung zu den Lungenrändern, denen sie im Allgemeinen in der Entfernung von einigen Centimetern folgen".

3) Neu aufzunehmen wäre eine Bezeichnung für die auf dem Wege der Percussion auf die Brustwand projicierten Herzumrisse, für welche ich den Terminus Herzfigur in Vorschlag bringe.

Zum Schluss seien mir noch einige Worte zum Capitel der Uebertragung der Herzfigur auf die Ebene zu Aufbewahrungs- und Vergleichszwecken gestattet. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die übliche Methode der Einzeichnung von Percussionsergebnissen in die bekannten vorgedruckten Schemata auch nicht den bescheidensten Anspruch auf Wahrheitstreue erheben darf. Ebenso ist es wohl ohne Weiteres verständlich, dass die zuerst von Eichhorst [13]) empfohlene Uebertragung der Percussionsgrenzen vermittelst direct auf den Thorax aufgelegten Pauspapieres falsche Resultate geben muss: die Krümmung der Brustwand bedingt es, dass die Projectionsfigur grösser ausfallen wird, als sie in natura ist. Moritz [31]) prakticiert ein Verfahren, das noch allenfalls eine einigermaassen genaue Uebertragung gewährleistet: auf einer dem Thorax anliegenden Glastafel werden mit Fettstift die durchvisierten Percussionsmarken bezeichnet. Diese Methode hat auch ihre schwachen Seiten: um genau zu visieren, genügt noch nicht ein Punkt, wir brauchen zwei, die auf einander eingestellt, erst die richtige Projectionslinie ergeben. Um diesen Schwierigkeiten abzuhelfen, habe ich einen Zeichentisch construiert, der es gestattet, brauchbare und vergleichbare präcise Projectionsbilder zu gewinnen. Dieser Apparat, ich nenne ihn Orthograph, besteht im Wesentlichen aus folgenden Teilen.

An der Kante der auf einem festen, in der Höhe verstellbaren Stativ aufgeschraubten horizontalen Zeichenplatte hängt an einer Laufschiene ein Schlittengestell, welches senkrecht zu seiner Laufrichtung einen in der Horizontalen verschieblichen Stab trägt; das eine Ende dieses Stabes überragt den freien Rand der Zeichenplatte und weist eine Hülse auf, in welcher ein zweiter Stab in verticaler Richtung verschieblich untergebracht ist; die untere Spitze dieses letzteren wird auf die Percussionsmarken auf der Brust des liegenden Patienten aufgesetzt, während gleichzeitig vermittelst der über der Zeichenplatte befindlichen Markiervorrichtung die jeweils fixierten Percussionsmarken, entsprechend ihrer wahren Projectionslage, zu Papier gebracht werden. Als Fix-Punkte für spätere Eintragungen in dieselbe Zeichnung zu Vergleichszwecken markiere ich die Mitte der Jugularincision des manubrium sterni und die Spitze des Schwertfortsatzes.

Literatur:

1) Aravantinos, A. Die Percussion in der Bestimmung der Herzgrenzen. Berlin. 1907. 2) Auenbrugger, Leopold. Neue Erfindung, mittelst des Anschlagens an den Brustkorb, als eines Zeichens, verborgene Brustkrankheiten zu entdecken. Im lateinischen Original herausgegeben, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Dr. S. Ungar; begleitet mit einem Vorwort von I. Skoda. Wien. 1843. 3) Baelz, E. Beiträge zur physikalischen Diagnostik. Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 48. 4) Bamberger, H. Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. Wien. 1857. 5) Braun, L. Ueber die Untersuchung des Herzens in linker Seitenlage. Centralbl. f. innere Med. 1907, Nr. 1. 6) de la Camp. Zur Methodik der Herzgrössenbestimmung. Verhandl. d. Congr. f. innere Med. zu Leipzig 1904. 7) Curschmann und Schlayer. Ueber Goldscheiders Methode der Herzpercussion (Orthopercussion). Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 50 u. 51. 8) Dietlen, H. Ueber Grösse und Lage des normalen Herzens und ihre Abhängigkeit von physiologischen Bedingungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, Bd. 88 9) Dietlen, H. Die Percussion der wahren Herzgrenzen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, Bd. 88. 10) Dietlen, H. Ueber Grösse und Lage des Herzens und ihre Abhängigkeit von physiologischen Bedingungen. Verhandl. d. 23. Congr. f. innere Med. 1906. 11) v. Dusch, Th. Lehrbuch der Herzkrankheiten. Leipzig, 1866. 12) Ebstein, W. Zur Lehre der Herzpercussion. Berlin. klin. Wochenschr. 1876, Nr. 35. 13) Eichhorst, H. Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. 3. Aufl. Berlin, 1889. 14) Ewald, C. Ueber einige praktische Kunstgriffe bei Bestimmung der relativen Herz- und Leberdämpfung. Charité Annalen 2. Jahrg. 1875. Berlin, 1877. 15) Ewald, C. A. Zur Schwellenwertspercussion des Herzens. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 30. 16) Geigel, R. Die Stärke des Percussionsschlages. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 10. 17) Gerhardt, C. Lehrbuch der Auscultation und Percussion. Tübingen, 1866. 18) Goldscheider. Ueber Herzpercussion. Deutsche med. Woch. 1905, NNr. 9 u. 10. 19) Goldscheider. Zur Schwellenwertspercussion des Herzens. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 28. 20) Goldscheider. Untersuchungen über Percussion. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1908, Bd. 94. 21) Grote, G. Wie orientieren wir uns am besten über die wahren Herzgrenzen? Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 13. 22) Guttmann, P. Bemerkungen über Herzpercussion. Berlin. klin. Wochenschr. 1877, Nr. 6. 23) Guttmann, P. Ueber phonometrische Untersuchung der Brust und des Unterleibes. Berlin. klin. Wochenschr. 1873, Nr. 7. 24) Guttmann, P. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 7. Aufl. Berlin, 1889. 25) Hamburger, F. Ueber die Oberflächenwirkung des Percussionsstosses. Münch. medicinische Wochenschr. 1906, Nr. 47. 26) Hoffmann, F. A. Ueber Herzuntersuchung. Deutsche med. W. 1904, Nr. 17. 27) Hoppe, C. Percussion und Auscultation in diagnostischer Hinsicht. Berlin, 1865. 28) Kirchner, A. Wie ist bei Untersuchungen, besonders bei Gutachten, die Herzspitze topographisch zu bestimmen? Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 21. 29) Kroenig, G. Die klinische Anatomie der Herz-Lungenränder. Verhandl. d. 10. Congr. f. innere Med. 1891. 30) Leo. Zur

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Percussion des normalen Herzens. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn, Sitzung am 23. Jan. 1893. Ref. in d. Deutsch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 47. 31) Meyer, I. Zur Percussion des Brustbeins, des Herzens und pericardialer Ergüsse. Charité Annalen, 2. Jahrg. 1875. Berlin. 1877. 32) Moritz, F. Einige Bemerkungen zur Frage der percutorischen Darstellung der gesamten Vorderfläche des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, Bd. 88. 33) Moritz, F. und Röhl, W. Experimentelles zur Lehre von der Percussion der Brustorgane. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1909. Bd. 95. 34) Moritz, F. Methodisches und Technisches zur Orthodiagraphie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1904, Bd. 81. 35) Niemeyer, P. Handbuch der theoretischen und klinischen Percussion und Auscultation. Erlangen, 1868. 36) Plesch, I. Einiges über Percussion. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1908, Bd. 93. 37) Riess, L. Beiträge zur physikalischen Untersuchung innerer Organe. I. Ueber die percutorische Bestimmung der Herzgrenzen. Zeitschr. f. klin. Med. 1888, Bd. 14. 38) Sahli, H. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 3. Aufl. Leipzig u. Wien, 1902. 39) Schieffer und A. Weber. Die Percussion der absoluten Herzdämpfung und deren Wert für die Bestimmung der Herzgrösse. Deutsch. Archiv für klinische Medicin. 1908, Bd. 94. 40) Seitz, C. Grundriss der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Organe. Leipzig u. Wien. 1890. 41) Selling, Th. Untersuchungen des Percussionsschalles. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1907, Bd. 90. 42) Simons, A. Die Schwellenwertspercussion des Herzens an der Leiche. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, Bd. 88. 43) Skoda, I. Abhandlung über Percussion und Auscultation. 2. Aufl. Wien. 1842. 44) Talma, S. Beiträge zur Percussionslehre. Zeitschr. f. klin. Med. 1881, Bd. 3. 45) Treupel, G. u. W. Engels. Orthopercussion, Orthodiagraphie und relative Herzdämpfung. Zeitschr. f. klin. Med. 1906, Bd. 59. 46) Treupel, G. Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Percussion des Herzens. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 20 u. 21. 47) Vierordt, O. Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. Leipzig 1888. 48) Vierordt, H. Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation. 9. Aufl. Tübingen. 1907. 49) Weil, A. Handbuch und Atlas der topographischen Percussion. Leipzig. 1880. 50) Wesener, F. Medicinisch-klinische Diagnostik. Berlin. 1892. 51) Wundt, W. Grundriss der Psychologie. 5. Aufl. Leipzig. 1902.

Referate.

Dr. Johannes Brodzki-Kudowa und Heluan (Egypten). Ueber die Dichtigkeit des Nierenfilters. Therapie der Gegenwart. Juli, 1909.

Die Filterfunction ist bekanntlich nur ein Teil der Function der Niere. Trotzdem tritt bei Erkrankungen eine Insufficienz der Filterfunction, eine mangelnde Dichtigkeit des Nierenfilters klar hervor. Es wird nun von dem Autor die Dichtigkeit des Nierenfilters gegenüber bestimmten chemischen Stoffen besprochen und zwar in erster Linie gegenüber denjenigen Stoffen, welche in den Nahrungsmitteln enthalten sind. Speciell wird das Verhalten der gesunden und kranken Niere gegenüber dem Milchzucker abgehandelt. Der Milchzucker ist eins derjenigen Kohlehydrate, die zur Nierenpassage neigen, wie schon die Laktosurie der Wöchnerinnen andeutet. Die alimentäre Laktosurie beginnt oberhalb 40 gr. Der Milchzucker wirkt ferner leicht diuretisch und er ist vielleicht völlig oder zum Teil das therapeutisch wirksame Moment bei der Milchdiät der Nephritiker. Der Autor beschreibt Versuche bei künstlicher Uran-Nephritis am Kaninchen mit gleichzeitiger Milchzuckerdarreichung. Auch bei dem chronischen Verlauf war eine eclatante diuretische Wirkung nachzuweisen. Auf Grund dieser diuretischen und experimentellen Unterlagen plädiert Brodzki für directe consequente Anwendung von Milchzuckerlösungen bei Nephritis. Seine ersten diesbezüglichen Versuche sind recht ermutigend.

(Autoreferat).

Dr. M. Hausmann (St. Gallen). Alkalitherapie bei Hyperacidität. Corresp.-bl. f. Schweizer Aerzte. 1909. Nr. 21.

Alkalitherapie wirkt bei Hyperacidität nicht nur symptomatisch, sondern curativ. Eine Schädigung der Magenwand und des Gesamtorganismus lässt sich vermeiden. Eine Erregung der Magensaftsecretion tritt bei richtiger Dosierung nicht ein. Die verschiedenen Alkalien wirken folgendermassen auf die Secretion; hemmend: Natr. carb.; Natr. bicarb.; Natr. sulfuricum; Natr. bromatum; Magnes. chlorata; Magn. sulf.; Bism. subnitr. erregend: Natr. chlor.; Natr. jod.; Natr. citr.; Calc. carbon.; Calc. chlor.; Lith. carb.

Sehr nützlich ist neben der Säuretilgung die durch die richtige Alkalitherapie bewirkte Regulierung der Magen-Darmfunction. Nicht nur der Magen wird rascher entleert, sondern die bessere Darmentleerung beeinflusst wiederum die Magenerkrankung günstig.

Von besonders günstiger Wirkung sind Gemische verschiedener Alkalien. Speciell sollte das Natr. bicarb. stets in Combination mit einem Calcium oder Magnesiumsalz verschrieben werden.

O. Moritz.

Dr. Robert Hilgermann. Ein bakteriologischer Wasseruntersuchungskasten. Klinisches Jahrbuch. Bd. XX. H. 3. 1908.

Angabe einer Vervollkommnung der vorhandenen Wasseruntersuchungskästen, die darin besteht, dass hier Kühlapparat und sämtliche zur bakteriologischen Untersuchung erforderlichen Utensilien, vor allem ein Plattengiessapparat, in handlicher Weise untergebracht sind. Die ganze Einrichtung hat einen Umfang vom $27 \times 30 \times 20$ cm. und ein Gewicht von $8^1/_2$ Kilo.

Dr. Flemming. Unfälle und Rettungsmassnahmen auf dem Gebiete der Luftschiffahrt. Klinisches Jahrbuch. Bd. XX. H. 3. 1908.

Ein nützlicher Beitrag zum Rettungswesen, der auf eigenen Erfahrungen des Verf. basiert. In Betracht gezogen sind nur Apparate leichter als Luft. Besprochen sind die Unfälle, die 1) bei der Füllung oder Landung des Ballons, 2) während der Fahrt, 3) bei der Füllung, Landung und während der Fahrt vorkommen und die sowohl Mitfahrende, wie nicht Mitfahrende betreffen können.

Dr. F. Köhler. Wohnungsfrage und Tuberculosebekämpfung, nebst Statistik aus der rheinisch-westfälischen Arbeiterbevölkerung. Klinisches Jahrbuch. Bd. XX. H. 4. 1908.

Bei Betrachtung der Verhältnisse der Tuberculoseverbreitung durch die Misstände der Wohnungen und den mit diesen verknüpften Verkehr sieht sich Verf. einem schwer entwirrbaren, verwickelten Knäuel von Zuständen gegenüber. Die ganze Hoffnung wird auf Hebung des gesamten Intellectualniveaus des Volkes gesetzt. Ob das möglich sei, und wann, das sei eine Culturfrage über die zeitlich, hinsichtlich ihrer Erfüllung, kaum Versprechungen gemacht werden können.

Dr. E. Michels. Ueber angiosklerotische Gangrän bei jugendlichen Individuen. Klinisches Jahrbuch. Bd. XXI. H. 4. 1909.

Mitteilung von 6 Fällen eigener Beobachtung und Besprechung des Krankheitsbildes in klinischer und anatomischer Beziehung.

F. Holzinger.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. H. Sahli. Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für Studierende und praktische Aerzte. Fünfte umgearbeitete und ergänzte Auflage. Zweite Hälfte. Mit 7 lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien. Franz Deutike. 1909.

Mit dem Erscheinen der zweiten Hälfte ist die fünfte Auflage des bekannten Werkes nunmehr complet.

Wie in den früheren Auflagen, so hat auch in dieser Verf. die meisten Capitel auf das genaueste und gründlichste umgearbeitet, überall die neuesten Ergebnisse der inneren Medicin berücksichtigend. Infolge dessen ist der Umfang des Buches um 300 Seiten gestiegen und die Zahl der Abbildungen und Tafeln vergrössert. Besonders wertvoll wird uns dasselbe dadurch, dass Verf. fast überall seine eigenen Erfahrungen und Beobachtungen mitteilt, die nur hier niedergelegt sind.

Fr. Mühlen.

Prof. Dr. Alfred Pribram. Grundzüge der Therapie. Zweite vermehrte Auflage. Berlin. Fischers Medicin. Buchhandlung H. Kornfeld. 1909.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage sind 14 Jahre verflossen. Da sich im Laufe dieser Zeit vieles geändert hat, so ist es natürlich verständlich, dass auch in der zweiten Auflage viele Neubearbeitungen haben vorgenommen werden müssen. So entspricht das Werk durchaus allen modernen Anforderungen und enthält in klarer und knapper Form die wesentlichsten Grundzüge der Therapie.

Fr. Mühlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. Jankau. Taschenbuch für Frauenärzte. Vierte umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. Verlag von Max Gelsdorf. Eberswalde bei Berlin. 1909.

Die neue Auflage dieses bekannten Taschenbuches hat eine wesentliche Erweiterung erfahren. Der allgemeine wie auch der specielle Teil sind einer gründlichen Durcharbeitung unterzogen und mehrere Kapitel neu hinzugekommen. Besonders der klinische Teil ist vervollständigt unter Berücksichtigung der neuesten Ergebnisse der letzten Jahre.

Fr. Mühlen.

Dr. Ernst Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch. Kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journalliteratur des Jahres 1908. XIX Jahrgang. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1909. Preis M. 4.

Wie in den früheren Jahrgängen, so sind auch im letzten die wichtigsten Errungenschaften auf den verschiedenen Gebieten der Medicin vom Verfasser gesammelt und übersichtlich zusammengestellt. Dieselben sind den bekanntesten Zeitschriften entnommen, alphabetisch geordnet, mit genauer Quellenangabe am Ende eines jeden Abschnittes. Ein ausführliches Verzeichnis der neueren Arzneimittel nebst Gebrauchsanweisung beschliesst das Werk.

Fr. Mühlen.

Prof. P. Ehrlich u. Dr. A. Lazarus. Die Anaemie. I. Abteilung, I. Teil: Normale und pathologische Histologie des Blutes. Zweite, vermehrte und wesentlich umgearbeitete Auflage besorgt von A. Lazarus und O. Naegeli. Mit 5 Abbildungen im Texte und 5 colorierten Tafeln. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1909. Preis: Mk. 5.20.

Vor mehr als 10 Jahren erschien die Ehrlichsche Anaemie in erster Auflage. Jetzt ist der Verf. nicht in der Lage, sein Werk selbst einer neuen Umarbeitung zu unterwerfen und hat damit seine früheren Mitarbeiter A. Lazarus und O. Naegeli beauftragt. Diese haben sich in den Stoff so geteilt, dass der erstere die Untersuchungsmethoden und die Morphologie der Erythrocyten und der Blutplättchen, der Zweite — die Schilderung der weissen Blutkörperchen übernommen hat.

In dem Vorwort weist Ehrlich darauf hin, dass die seit dem Erscheinen der «Anaemie» ins Ungeheure angewachsene haematologische Literatur stets an die in derselben aufgestellten Probleme anknüpft und dass sie trotz mancher Umgestaltungen doch noch die Grundlage der modernen cellularen Haematologie bildet. Die Lehre vom Dualismus der weissen Blutzellen und die Bedeutung der verschiedenen Zellgranula findet allmählich allgemeine Anerkennung. Wenn aber auch manche Forscher auf haematologischem Gebiet, mehr oder weniger von dieser Lehre abweichend, eigene Anschauungen ihr entgegensetzen, so ist es doch von hohem Wert,' dieselbe in ihrer Einheitlichkeit von Schülern ihres Schöpfers in modernem Gewande dargestellt zu sehen. Die Klarheit der Darstellung und die Einheitlichkeit der Idee machen es zumal für den Anfänger leicht in die immerhin verwickelte Materie einzudringen. An der Hand dieses Buches dürfte die erste Orientierung in der Haematologie leicht sein, und dazu kann es warm empfohlen werden; die Beherrschung der Materie aber kann erst mit dem andauernden Studium normalen, pathologischen, embryologischen und vergleichend-anatomischen Materials gewonnen werden.

Ucke.

Prof. Dr. I. Scheff: Die Extraction der Zähne. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1909. VI+162 Seiten. Preis M. 4.40.

Die zweite Auflage der Scheffschen «Extraction der Zähne» ist vollständig umgearbeitet worden. Dabei hat der Verfasser auf die modernen conservierenden Bestrebungen in der Zahnheilkunde Rücksicht genommen. Auch verschiedene Neuerungen in der Construction der Instrumente und der Mechanik der Zahnextraction sind dazu gekommen, ebenso sind alte complicierte Operationsmethoden durch einfache leicht ausführbare ersetzt. Das Buch, dessen erste Auflage bereits einen guten Erfolg erzielt hat, kann in seiner neuen Gestalt den Studierenden, Zahnärzten und Aerzten als guter Leitfaden in der Praxis warm empfohlen werden. 82 gut ausgeführte Abbildungen erleichtern neben der klaren Darstellungsweise das Verständnis des Stoffes. Die Ausstattung des Buches ist eine gute.

H. B.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Reval.

Sitzung am 5. October 1909.

Anwesend 19 Mitglieder und 3 Gäste.

P. 5. Dr. v. Keyserlingk hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber geburtshilfliche Operationen.

Dank der vervollkommneten Asepsis hat auch in der Geburtshilfe eine «chirurgische Aera» platzgegriffen. Modificiert und ausgebaut sind die Methoden: 1) der Erweiterung der natürlichen Geburtswege (des knöchernen Beckens und des weichen Geburtscanals), 2) der Entfernung des Kindes durch die Bauchdecken (des Kaiserschnitts).

Die Symphyseotomie wurde 1777 zuerst von Sigault in Paris ausgeführt, geriet dann wieder in Vergessenheit und wurde erst 1892 von Morisani wieder ans Licht gezogen. Bei 6 ctm. Entfernung der durchschnittenen Enden von einander, fand Morisani eine Verlängerung der Vera um 1,5 ctm., Picard eine Verlängerung von 6 auf 8,4 cm., von 8 auf 9,8 und von 10,8 auf 12,4 ctm., Doederlein fand eine Vergrösserung der Beckeneingangsebene von 105 auf 155 cm².

Die Pubotomie oder Hebotomie wurde von Champion und Stoll an der Leiche, von van de Velde an der Lebenden zuerst ausgeführt; ihm folgten Gigli, Bonardi, Calderini. Doederlein gab eine zweckmässige Modification an. Die Erweiterung des Beckens ist nach Sellheims Untersuchungen bei Symphyseotomie und Hebotomie gleich, doch ist bei letzterer eine 3 Mal so grosse Kraft nötig, um denselben Effect zu erreichen. Nach Krönig soll die Hebotomie ausgeführt werden bei einer Vera von nicht unter 8,7 bei plattem, von nicht unter 9,5 ctm. bei allgemein verengtem Becken; nach Baisch kann man bis zu einer Vera von 7 ctm. heruntergehen bei Mehrgebärenden mit weitem Genital. Contraindicationen bilden enges Genital der Erstgebärenden und Infection.

Varnier berichtet von 13 Frauen, die nach einer einmaligen Symphyseotomie spontan geboren haben, Abel von 14 Fällen, bei denen nur einmal die Operation bei einer späteren Geburt wiederholt werden musste. Die Mortalität bei Symphyseotomie beträgt nach Baisch 9 pCt. (Blutung, Sepsis).

Zur Erweiterung des weichen Geburtscanals dienen ausser den unblutigen Methoden (Metreuryse, manuelle Dilatation, Bossi), der vaginale Kaiserschnitt nach Dührssen und Incisionen in Muttermund und Damm. Indicationen bilden Eclampsie, Rigidität oder Narben des Muttermundes und Placenta praevia. Da es jetzt festzustehen scheint, dass die Ursachen der Eclampsie in der Frucht (resp. Placenta) zu suchen sind, steht wohl das Gros der Gynäkologen auf dem Standpunct, bei ausgebrochener Eclampsie sofort zu entbinden. Im Kampf zwischen Bossi und Dührssen neigt in neuester Zeit die Majorität Dührssen zu, da das Bossische Instrument unberechenbare Verletzungen gibt. Auch V. hat schlechte Erfahrungen damit gemacht und das Verfahren aufgegeben. Bezüglich der Therapie der Placenta praevia gehen die Meinungen weit auseinander. Während Krönig und Sellheim die extrem chirurgische Richtung repräsentieren, verfechten andere, wie Martin, Küstner und andere die alten unblutigen Methoden von Braxton Hicks und die Metreuryse. Die mütterliche Mortalität bei Metreuryse beträgt nach Zimmermann 3,3 pCt., die kindliche 23,7 pCt.; Küstner hatte bei Metreuryse eine mütterliche Mortalität von 5 pCt. eine kindliche von 49,8 pCt. Die Methode von Braxton Hicks ergab eine mütterliche Mortalität von 6,3 pCt. bei Hammerschlag, 7,8 pCt. bei Zweifel und 10,1 pCt. bei Freund, eine kindliche von 84,8 pCt. bei Hammerschlag. Krönig und Sellheim verfügen leider noch über ein zu kleines Material, um ihre glänzenden Resultate erfolgreich damit ins Feld zu führen.

Der cervicale Kaiserschnitt wurde bereits von Jörg in Leipzig vor 100 Jahren ausgeführt; Ritzer suchte ihn dadurch zu vervollkommnen, dass er extraperitoneal vorging. Da die Pat. beim ersten Versuch starb, kam die Operation in Misscredit und wurde in der Folgezeit nur vereinzelt ausgeführt. Erst Frank gelang es, unter dem Schutz der Asepsis die Gynäkologen wieder für die Operation zu interessieren, und durch die Modificationen von Sellheim, Veit, Latzko, Doederlein hat sie grössere Verbreitung gefunden. Eine Modification von Solms (Dührssen) hat meines Wissens noch keine veröffentlichte Nachprüfung gefunden.

Nierendecapsulationen nach Edebohls haben keinen rechten Eingang in die Kliniken gefunden, dagegen beschäftigt man sich mehr mit der operativen Behandlung des Puerperalfiebers. Nach Erfahrungen von Koblank gibt sie bei Perforationsperitonitis noch die besten Resultate, während diese bei Thrombophlebitis und Uterusexstirpation nicht ermutigend sind. Für letztere Operation wurde auf dem Strassburger Gynäkologencongress 51 pCt. Mortalität aufgestellt.

(Autoreferat).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion:

Meder: Der Aufschwung, den die operative Geburtshilfe in den letzten Jahrzehnten genommen hat, ist zum mindesten ebenso wie der Antisepsis und Asepsis auch der vervollkommneten Technik zuzuschreiben; früher ist ein grosser Teil der Todesfälle durch Verblutung eingetreten, was jetzt vermieden werden kann.—Sehr zu beachten ist die sogen. «Buddha-Operation», welche N. seiner Meinung nach zu flüchtig berührt habe, denn dieses sei eine Operation, die bei richtiger Technik eine grosse Zukunft habe: es gelinge bei dieser Operation völlig extraperitoneal den Uterus zu eröffnen, nachdem man zuerst in einem reinen Flankenschnitt längs dem lig. Poupartii die Bauchwand durchtrennt und danach die Bauchfellfalte vom Uterus nach oben geschoben hat. Von allen neueren geburtshilflichen Operationen erscheinen Meder die gegen das Puerperalfieber gerichteten am wichtigsten, doch sei es noch verfrüht, hier über die einzelnen urteilen zu wollen, es ist auf diesem Gebiet eben alles noch im Werden.

Greiffenhagen. Die Frage des klassischen Kaiserschnitts erscheint noch nicht spruchreif; ihm persönlich habe sie immer als der Typus einer idealen Bauchoperation geschienen. Das Bauchfell verträgt viel mehr virulente Bacterien als die Bindegewebs- und Weichteilwunden. — Als Analogon zur sog. Buddha-Operation erinnert er an die Operation hochsitzender Rectalgeschwülste: es gelingt z. B. ganz gut einen vollgefüllten Darm zu eröffnen und so zu isolieren, dass es nicht zu Peritonitis kommt. Seiner Ansicht nach sind die extraperitonealen Methoden schlechter.

Meder: Die Narbe beim klassischen Kaiserschnitt ist nie so sicher, wie bei den extraperitonealen Methoden—auch könnte einmal die Placenta vorliegen und Verblutungstod eintreten.

Keyserlingk: Die Gefahren der Bindegewebswunden sind bekannt und werden gegen die seitlichen Verfahren von Latzko und Doederlein etc. angeführt; der cervicale Kaiserschnitt hat aber doch einige Vorzüge vor dem klassischen: es gibt weniger Blutungen in der Cervix wie in den Fundus, und die Därme sind viel weniger vorgelagert; die Gefahr einer Infection des Bauchfells durch Uterusinhalt ist viel geringer.

P. 7. Weiss: Traumatische Hämaturie. Ein 3-jähriger Knabe war ausgeglitten und aufs Gesäss gefallen, bald darauf entleerte er Urin mit reichlichem Blutgehalt; auch am folgenden Tage wurde noch ein wenig Blut nachgewiesen; mikroskopisch war der Urin ausser der Blutbeimengung normal. Im übrigen fühlte sich der Knabe gesund, hatte keine Schmerzen, und eine genaue Untersuchung konnte sonst an ihm nichts nachweisen. Nachdem der Urin vom 3. Tage an nach dem Fall normal gewesen, fiel der Kleine ein paar Tage drauf wieder hin, worauf sich wieder ein wenig Blut im Urin zeigte.—Diagnostisch konnte es sich entweder um eine traumatische Blutung handeln oder um eine beginnende bösartige Neubildung. Der weitere Verlauf — der Knabe befindet sich noch jetzt, fast 8 Monate nach dem Trauma, andauernd wohl und der Urin ist normal — spricht mit Sicherheit für ersteres.

Discussion:

Meder hat zweimal Blasenblutung nach einem Fall beobachtet: solche Verletzungen kämen meistens bei stark gefüllter Blase vor.

2. Secretär: Hirsch.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Der XI. Pirogowsche Aerztecongress wird in St. Petersburg vom 21. bis zum 28. April 1910 stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind bis zum 15. März an die Vorsitzenden der einzelnen Sectionen zu richten. Die Schlussfolgerungen der Vorträge und die Thesen müssen vor diesem Termin dem Comitee nach St. Petersburg, Archijereiskaja 8, Weibliches Medicinisches Institut, zugeschickt werden, damit sie zur Eröffnung des Congresses gedruckt werden können. Der Mitgliedsbeitrag (10 Rbl.) ist nach derselben Adresse an Prof. A. Lichatschew zu richten.

— Der erste Congress russischer Therapeuten wird am 19. December (a. St.) in Moskau eröffnet werden. Die Dauer des Congresses kann einstweilen noch nicht angegeben werden, weil noch weitere Anmeldungen von Vorträgen einlaufen. Am Abend des 18. December soll eine collegiale Versammlung in den Räumen des Literarisch-künstlerischen Vereins stattfinden, ferner wird ein Subscriptionsdiner geplant, und endlich soll für die Congressmitglieder eine Anzahl von Billeten in den Theatern Moskaus reserviert werden. Den Congressmitgliedern sollen die Kliniken, Hospitäler, die Pharmaceutische Niederlage, die städtische Desinfectionskammer und die Rieselfelder demonstriert werden. Kranke, die von auswärtigen Collegen zu Demonstrationszwecken mitgebracht werden, können in der Medicinischen Klinik Aufnahme finden. — Am 20. December soll eine vereinigte Sitzung mit dem gleichzeitig tagenden Russischen Chirurgencongress stattfinden, wobei eine Discussion über die Dauerresultate der therapeutischen Behandlung des Ulcus ventriculi stattfinden soll. An Herrn Dr. H. Westphalen (Petersburg) ist die Aufforderung ergangen, hierbei über seine Erfahrungen zu berichten. Bisher sind folgende Vorträge angemeldet:

1. A. Judin (Moskau): Die elektrischen Vorgänge im Herzmuskel. 2. S. Steriopulo. Das Elektrodiagramm bei Herzfehlern. 3. K. Willanen (St. Petersburg): Die Bedeutung der chlorfreien Diät in der Therapie. 4. A. Lapschin (Moskau): Ueber die Anwendung des Tuberkulins in der Hospitalpraxis auf Grund der Erfahrungen im Alten Katharinenhospital in Moskau. 5. N. Obolonskij (Moskau): Ueber die Wirkung der CO_2-Bäder nach den Beobachtungen in Kislowodsk. 6. Schmidt (Nauheim): Vortragstitel noch nicht mitgeteilt. 7. D. Pletnew (Moskau): Ueber den Charakter der Veränderungen am Herzen und an den Gefässen unter dem Einfluss der CO_2-Bäder. 8. A. Braunstein (Moskau): Ueber die Frühdiagnose des Magenkrebses. 9. N. Titow (Moskau): Ueber gonorrhoische Arthritis. 10. N. Kahn (Berlin): Ueber die Elasticität der Gewebe. 11. L. Golubinin (Moskau): Die Serodiagnostik der inneren Krankheiten. 12. F. Alexandrow (Moskau): Schwangerschaft und Tuberculose. 13. M. Wichert (Moskau): Demonstration der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaction an klinischen Fällen. 14. W. Predtetschenskij (Moskau): Eine neue Methode des Nachweises der Mikroorganismen im Blute des Menschen. 15. Derselbe: Ueber den Erreger des Flecktyphus, mit Demonstration von Präparaten. 16. L. Golubinin und W. Lawrowskij (Moskau): Die Röntgenographie und Röntgenoskopie in der Medicinischen Klinik der Moskauer Facultät. Mit Demonstrationen. 17. W. Winogradow (Moskau): Die antitryptische Reaction des Blutserums. 18. M. Kontschalowskij (Moskau): Ueber die klinische Bedeutung der neuen Daten der Physiologie betr. die Magenverdauung. 19. M. Storoshew (Moskau): Zur Lehre von der Pankreatitis im Zusammenhang mit der Erkrankung der Gallenwege. 20. E. Fromhold (Moskau): Klinische Untersuchungen über Urobilin. 21. A. Jarozkij (Dorpat): Ueber die Bedeutung der höheren Aeusserungen des Seelenlebens für die Prophylaxe und Therapie der inneren Krankheiten. 22. W. Orlowskij (Kasan): Ueber die klinische Methodik der Bestimmung der Trypsinsecretion der Bauchspeicheldrüse. 23. W. O. Obraszow (Kiew): (Titel noch nicht mitgeteilt). 24. J. Schütz (Marienbad): Die Milch als Probefrühstück. 25. Gorjajew (Kasan): Zur Methodik der Leukocytenzählung. 26. J. Maisel (Moskau): Ueber die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunction bei Meningitis. 27. J. Benderskij (Kiew): Ueber die Therapie der chronischen Obstipation.

Vorträge können nicht mehr angemeldet werden.

— Moskau. An den sogen. Höheren Frauencursen, die bekanntlich seit 3 Jahren eine medicinische Facultät besitzen, wurde neuerdings die erste Klinik eröffnet, die diagnostisch-propädeutischen Zwecken dienen soll.

— Dorpat (Jurjew). Der Lehrkörper der Universität besteht gegenwärtig aus 36 ordentlichen und 21 ausserordentlichen Professoren, 2 Docenten, 25 Privatdocenten, 3 Lectoren, 1 gelehrten Apotheker, 2 Prosectoren, 1 Lehrer der Massage, 1 Lehrer der Architektur und 1 Observator an der seismischen Station. Zur medicinischen Facultät gehören 12 ordentliche (unter ihnen der bisherige Extraordinarius der Histologie Poljakow), 4 ausserordentliche Professoren und 10 Privatdocenten, unter letzteren 2 Neueingetretene: der Pathologe Schirokogorow und der Anatom Landau. An Stelle des verstorbenen Dekans, Prof. der Augenheilkunde, Dr. T. Jewetzki ist Prof. Lawrow getreten.

Die Gesamtzahl der Universitätshörer beträgt 3039 (gegen 2918 im Vorjahr). Von ihnen sind Studenten 2815 (2794), Pharmaceuten 128 (122) und freie Zuhörer 96 (2). Nach den Facultäten geordnet verteilen sich die Studierenden wie folgt: Theologen 132 (124), Juristen 826 (793), Mediciner 1233 (1269), Hist.-Philologen 185 (194), Phys.-Mathematiker 439 (414). Aus den Ostseeprovinzen stammen 833 (gegen 754) Studierende, es ist also hier ein um 79 Mann verstärkter Zustrom zu verzeichnen. Von den erwähnten 833 Studierenden der Ostseeprovinzen stammen 592 (539) aus Livland, 125 (105) aus Estland und 116 (110) aus Kurland. Lutherischer Confession sind 823 (721) Studierende, griechisch-orthodoxer — 1356 (1466). Juden zählt die Universität 234 (236). Von den Pharmaceuten stammen 46 (38) aus den Ostseeprovinzen; 29 (24) von ihnen sind Juden.

— Stockholm. Am 10. December (n. St.), am Todestage Alfred Nobels fand die Verteilung der Nobel-Prämien mit dem üblichen Ceremonial statt. Die fünf Prämiierten nahmen unter andauerndem Beifall des Publicums die Prämien, Diplome und goldenen Medaillen aus den Händen des Königs in Empfang. Es sind: für Physik — Marconi und Ferdinand Braun (Strassburg), für Chemie — Wil-

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

helm Ostwald (Leipzig), für Medicin — Theodor Kocher (Bern), für Literatur — Selma Lagerlöf. Jede Prämie beträgt in diesem Jahre 193.360 Francs. Zu Ehren der Prämiierten fand ein Galadîner statt, an welchem der Kronprinz teilnahm, und am nächsten Tage folgte ein Galadîner beim König.

— Wie aus dem in dieser Nummer veröffentlichten Bericht über die Krankenbewegung in St. Petersburg zu ersehen ist, gewinnen die Pocken allmählich eine beinahe epidemische Ausbreitung in der Stadt. Im Laufe der letzten Woche kamen in den Hospitälern 200 Pockenkranke zur Behandlung. In einer Versammlung von 150 Aerzten unter dem Vorsitz des Präsidenten der Sanitätscommission, Dr. W. Gubert wurde neulich beschlossen, Massenimpfungen der Bevölkerung vorzunehmen. In verschiedenen Teilen der Stadt sollen 14 Impfstationen eröffnet werden. Ferner ist angeordnet, an den in den Nachtasylen Beherbergten Impfungen vorzunehmen, und ausserdem sollen Aerzte zur Vornahme von Impfungen in die Schulen und verschiedene staatliche und städtische Institutionen commandiert werden. Zur Ausführung dieser Massnahmen fordert die Sanitätscommission einen ausserordentlichen Credit von 5000 Rbl.

— Verbreitung der Poliomyelitis. In Preussen wurden in der Woche vom 14. bis zum 20. November 60 Erkrankungen und 15 Todesfälle constatiert.

— Verbreitung der Cholera. Deutsches Reich. Vom 14. bis zum 20. November erkrankte in der Kolonie Bismarck (Kreis Heydekrug, Reg.-Bez. Gumbinnen) 1 Person an der Cholera. Von 21. bis 27. Nov. fanden keine weiteren Erkrankungen statt.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 22. bis zum 28. Nov.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	14	(2)	6299	(2403)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	2	(1)	1349	(749)	27. »
Stadt Moskau . . .	32	(16)	70	(40)	27. Juni
Gouv. Kowno	—	(—)	170	(84)	9. Aug.
Stadt Baku	6	(1)	164	(78)	16. Sept.
Gouv. »	—	(—)	80	(55)	18. Oct.
» Kursk	—	(—)	44	(18)	28. »
» Jekaterinoslaw .	11	(9)	146	(60)	6. Sept.
» Taurien. . . .	12	(2)	235	(124)	28. Aug.
Gebiet des Donkosakenheeres	2	(1)	4	(2)	15. Nov.
Im Ganzen	79	(32)			

Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland 20217 Personen erkrankt und 9177 gestorben.

— Verbreitung der Pest. Astrachan. Von 5. bis 27. November sind im Flecken Beis-Kulak der inneren Kirgisen-Horde 14 Personen an der Pest erkrankt und 13 gestorben. Die Bevölkerung der umliegenden Ortschaften wird einer medicinischen Besichtigung unterzogen.

Infolge des Auftauchens der Pest in Kasanka (Kirgisen-Horde) ist die dortige Messe geschlossen worden. Am 28. und 29. November sind keine weiteren Erkrankungen erfolgt.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 15. bis zum 21. Nov. 1909 477 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 21, Typh. exanth. 3, Febris recurrens 3, Pocken 41, Windpocken 19, Masern 86, Scharlach 106, Diphtherie 143, Cholera 7, acut. Magen-Darmkatarrh 29, an anderen Infectionskrankheiten 19.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12696. Darunter Typhus abdominalis 202, Typhus exanth. 14, Febris recurrens 36, Scharlach 307, Masern 78, Diphtherie 283, Pocken 193, Windpocken 3, Cholera 20, crupöse Pneumonie 88, Tuberculose 685, Influenza 187, Erysipel 133, Keuchhusten 14, Hautkrankheiten 86, Syphilis 583, venerische Krankheiten 469, acute Erkrankungen 2199, chronische Krankheiten 1724, chirurgische Krankheiten 1578, Geisteskrankheiten 3362, gynäkologische Krankheiten 280, Krankheiten des Wochenbetts 50, verschiedene andere Krankheiten 73.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 734 + 45 Totgeborene + 56 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 8, Typh. exanth. 2, Febris recurr. 0, Pocken 12, Masern 35, Scharlach 37, Diphtherie 27, Keuchhusten 10, crupöse Pneumonie 30, katarrhalische Pneumonie 74, Erysipelas 3, Influenza 7, Pyämie und Septicaemie 14, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 17, Dysenterie 0, Cholera 1, Magen-Darmkatarrh 28, andere Magen- und Darmerkrankungen 18, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 248.

— Die Cholera in St. Petersburg:

Von 12 Uhr mittags	bis 12 Uhr mittags	Erkrankt.	Gestorben.	Genesen.	In Behandlung.
des 25. Nov.	des 26. Nov.	1	0	6	32
» 26. »	» 27. »	3	1	0	34
» 27. »	» 28. »	2	0	2	34
» 28. »	» 29. »	1	0	1	34
» 29. »	» 30. »	2	1	3	32
» 30. »	» 1. Dec.	0	0	1	31
» 1. Dec.	» 2. »	0	0	1	30
» 2. »	» 3. »	0	0	0	30

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 18. Nov. in St. Petersburg der Arzt am Hospital der Alexandrowschen Fabrik der Nicolai-Eisenbahn, Dr. A. J. Miller, geb. 1865, approbiert 1894. 2) In Sewsk (Gouv. Orel) die Landschaftsärztin Sseliwerstowa. 3) In Ostropol (Gouv. Wolynien) Dr. E. Winawer. 4) In Tworki bei Warschau Dr. Th. Shlobkowskij, geb. 1840, approbiert 1865.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 8. Dec. 1909.

Tagesordnung: Heuking: Indicationen der Appendicitis-Operation im Kindesalter.

Weber: Echinococcus der Bauchhöhle.

Geschäftliche Sitzung: Besprechung der Bibliothekfrage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Dec. 1909.

Tagesordnung: 1) Serck: Ueber exsudative Pleuritis im Kindesalter.

2) Dr. Ucke: Neueres über Blutuntersuchung.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

Sonnenburg und Mühsam. Operationslehre. 2. Auflage. Berlin. Aug. Hirschwald. 1910. Mk. 9.

V. Bumke. Ueber die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1909. 65 Pf.

R. A. Hoffmann. Kant und Swedenborg. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1909. 80 Pf.

E. Stransky. Ueber die Dementia praecox. Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1909. Mk. 1.20.

A. F. Hertz. Constipation and allied Intestinal Disorders. London. H. Frowde. Hodder & Stoughton. 1909.

Отчетъ о состоянiи народнаго здравiя и организацiи врачебной помощи въ Россiи за 1907 годъ. Изданiе управленiя главнаго врачебнаго инспектора М. В. Д. С.-Петербургъ. 1909.

Отчетъ ортопедическаго института въ С.-Петербургѣ за періодъ времени съ 8. Августа 1907 г. по 31. Декабря. 1908 г.

Judson Daland. Indicanuria and its Significance. Separatabdruck aus «The Journal of the American Medical Association» October 30, 1909.

Judson Daland. Prevention of Tuberculosis.

Judson Daland. Angina Pectoris and Over-Feeding. Separatabdruck aus «Transactions of the American Climatological Association», 1908.

Prof. F. Pentzold und Prof. R. Stintzing. Handbuch der Gesamten Therapie in 7 Bänden. Lief. 6. und 7. Verlag von G. Fischer in Jena. 1909.

Elias Metschnikoff. Studien über die Natur des Menschen. Leipzig. Verlag von Veit und Comp. 1910. Preis M. 5.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 50 St. Petersburg, den 12. (25.) December 1909. XXXIV. JAHRGANG.

Die innere Secretion der Ovarien und die Beziehung derselben zu anderen Organen.

Von

Dr. med. L. v. Lingen *).

Gestatten Sie mir, Sie heute mit einer Frage bekannt zu machen, welche fürs Erste vorwiegend von theoretischem Interesse ist, in Zukunft aber auch von grosser praktischer Bedeutung zu sein verspricht.

Ich meine die innere Secretion eines Organes, des Ovariums, und die Beziehungen dieses zu anderen Drüsenapparaten: zur Thyreoidea, Hypophysis, Nebenniere, Pankreas, mit einem Wort zu Organen, von welchen man annimmt, dass sie eine innere Secretion, d. h. chemische Beziehungen zum Gesamthaushalt des Körpers besitzen. Auf diesem Gebiet, das noch vielfach in geheimnissvolles Dunkel gehüllt ist, sind eigentlich erst in den letzten Jahren Untersuchungen angestellt, und das Interesse an dieser Frage und der Versuch, in die complicierten Vorgänge Einblick zu gewinnen, sind in letzter Zeit immer grösser geworden.

Den Anlass dazu haben zum Teil die modernen Forschungen auf experimentellem Gebiet durch Ausschaltung dieses oder jenes Organes an Tieren und das Studium des unter diesen Verhältnissen veränderten Stoffwechsels gegeben, in weit grösserem Masse ist es jedoch das Resultat exacter klinischer Erfahrungen, welche man gemacht hat, vorwiegend an Thyreoidectomierten und castrierten Frauen oder an Kranken, die an pathologischen Processen an einem der oben genannten Organe litten. Diese Erfahrungen haben zu den Versuchen geführt, die nach erfolgter Operation zu Tage tretenden klinischen Veränderungen im Organismus mit den vor der Operation bestehenden Erscheinungen kritisch zu vergleichen. — Die Function der Drüsen, welchen man eine innere Secretion zuschreibt, und die Beziehungen der einzelnen Drüsen zu einander sind zum Gegenstand mannigfaltiger, zum Teil sehr geistreicher Speculationen geworden, da sie in gleicher Weise Gynäkologen, Therapeuten, Chirurgen, Neurologen und experimentelle Physiologen interessieren. Aus den Untersuchungen der letzten Jahre geht immer deutlicher hervor, dass die Gesamtheit der Drüsen mit innerer Secretion ein zusammengehöriges Ganzes bildet und einen äusserst feinen Regulationsmechanismus für die verschiedenen Stoffwechselvorgänge, sowie für das Wachstum und die Entwickelungstendenzen der einzelnen Teile des Organismus darstellt (Bab [1]). Die Drüsen sind in ihren Wirkungen und Functionen unter einander allesamt verwandt oder antagonistisch und bei verschiedenen durch abnorme innere Secretion hervorgerufenen Krankheiten beteiligt (L. Fraenkel [2]). Veränderte Bedingungen eines Organes rufen unvermeidliche Modificationen in anderen hervor. Ich brauche bloss zu erinnern an die Beziehungen zwischen dem Ovarium, das mich als Gynäkologen am meisten interessiert, in erster Linie zur Schilddrüse, der Hypophysis, der Nebenniere, der Parathyreoidea, Thymus, dem Pankreas und dem sog. chromaffinen System. Erschöpfend kann die Aufzählung nicht sein, weil immer neue Organe und damit im Zusammenhang bestimmte pathologische Processe in den Kreis der Vermutung gezogen werden (L. Fränkel [3]). Ueber die Function dieser Organe kann man sich noch kein rechtes Bild machen; man nimmt an, dass die Drüsen mit innerer Secretion in inniger Wechselbeziehung zu einander stehen und zu einem System gehören, welches die Function hat, giftige Stoffwechselproducte zu paralysieren und tätig zu sein, sei es in antagonistischem Sinn oder im Sinne ergänzender, gleichartiger Beeinflussung — Antagonismus und Synergetik — sei es endlich vicarierend oder in compensatorischer Weise. Dieser Einfluss bezieht sich auf die Regulierung des Stoffwechsels, des Blutdruckes, des sympathischen Nervensystems etc. Die Wechselbeziehungen solcher Drüsen mit innerer Secretion kommen darin experimentell oder klinisch zum Ausdruck,

*) Nach einem im deutschen ärztlichen Verein am 21. September 1909 gehaltenen Vortrage.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dass die Exstirpation einer Drüse zweierlei Wirkung hervorruft (Falta, Eppinger und Rudinger [4]): erstens die directe Wirkung durch Ausfall des specifischen Secrets und zweitens eine indirecte durch Störung der Wechselbeziehungen zu anderen Organen. Der Ausfall resp. die Ueberfunction der einen Drüse führt zur Hyperfunction resp. Insufficienz der anderen.

Um Ihnen ein Beispiel anzuführen, erinnere ich an das Myxödem, den Cretinismus und die Cachexia strumipriva—Erscheinungen, die, wie Experiment und Klinik beweisen, mit dem totalen oder hochgradigen Ausfall der inneren Secretion der Schilddrüse einhergehen, oder an die Basedowsche Krankheit, welche durch eine pathologische Steigerung der Tätigkeit der Schilddrüse erklärt und als Hyperthyreoidismus bezeichnet wird. Die menschliche Pathologie weist aber nicht allein Beispiele für die Abhängigkeit pathologischer Zustände von einem Organ mit innerer Secretion auf, wir finden auch Zustände, in denen die Erkrankung eines Organs mit innerer Secretion auch die Erkrankung eines anderen nach sich zieht. Um dafür ein Beispiel anzuführen, sei an die Beziehungen zwischen Ovarium und Knochenmark, zwischen Ovarium und Hoden mit der Hypophyse etc. erinnert, worauf ich später genauer eingehen werde.

Die Hauptaufgabe der Eierstöcke, die drüsige Organe ohne Ausführungsgang darstellen, liegt in der Production von Eiern, die nach Waldeyers Schätzung in beiden Organen beim Neugeborenen in einer Anzahl von 100000 angelegt sind; beim geschlechtsreifen Weibe finden sich nur noch 30—40000 Ovocyten. Neben dieser der Fortpflanzung des Menschengeschlechtes dienenden Aufgabe steht das Ovarium in naher Beziehung zur Anlage und Entwickelung des Geschlechtscharakters (Bucura) [5]. Während es früher hiess: propter uterum solum mulier est, quod est, liesse sich der Satz nach neuerer Anschauung dahin modificieren, dass man sagt: propter ovarium solum mulier est, quod est. (Bucura). Die Differenzierung des Geschlechtes in Bezug auf die secundären Geschlechtscharaktere, deren prägnanteste Unterschiede in der Bildung der Brüste, in der Stimme durch andere Formation des Kehlkopfes, der Behaarung und im Skelett, besonders des Beckens, bestehen, wird zum Teil auf die Entwickelung des Ovariums zurückgeführt. Dieses gilt — nebenbei bemerkt — allerdings mit einigen Einschränkungen: nicht alle Geschlechtscharaktere sind gleichwertig, denn das frühzeitige Fehlen der Keimdrüse kann nur einige wenige secundäre Geschlechtscharaktere in ihrer Entwickelung hemmen, niemals aber die Gesamtheit derselben alterieren. Wohl hängen aber die verschiedenen Phasen im Geschlechtsleben der Frau zeitlich unmittelbar mit der Ovarialtätigkeit zusammen: mit dem Erwachen derselben stellt sich die Pubertät ein, mit dem Erlöschen der Ovarialtätigkeit setzt die Klimax ein. Daraus geht hervor, dass das Ovarium im Haushalt des weiblichen Organismus eine grosse Rolle spielt.

Während die bisherigen Erklärungsversuche des Zusammenhanges zwischen Ovulation und Menstruation davon ausgingen, dass ein in dem Ovarium entstehender Reiz durch Vermittelung von Gefäss- und anderen Nerven sich auf den Uterus fortsetzt und die Menstruation zu Wege bringt, haben die Forschungen der letzten Jahre ergeben, dass der Eierstock eine innere Secretion besitzen muss, dass hier ein chemischer Stoff produciert wird, welcher direct in die Blutbahn übergeht und von hier aus ohne Vermittelung der Nervenbahnen die menstruellen Veränderungen hervorruft. Am eifrigsten tritt für diese Theorie Fraenkel [6]) ein, dann Bucura [5]), Fellner [7]), v. Winckel [8]), Chazan [9]), Jardry [10]) u. A. Andere Autoren (Eisenstein und Hollós) [11]) sehen die regelmässige Menstruation als eine Folge successiver Wirkung des Ovarialsecretes an, welche durch Beeinflussung des Nerven- und Gefässsystems und des Stoffwechsels den periodischen Blutungen vorstehen dürfte.

Die von Knauer [12]) ausgeführten Versuche von Ovarialtransplantationen haben vorwiegend als Stütze der Ansicht von der Beeinflüssung der Ovarialsecretion auf die Menstruation beigetragen. Knauer exstirpierte Kaninchen die Ovarien, isolierte dieselben auf diese Weise von ihren Nerven und Gefässen, unterbrach somit jeden Zusammenhang zwischen Eierstock und Gebärmutter und nähte sie an eine andere Stelle des Peritoneums ein. Die Ovarien heilten ein, functionierten weiter und Eier wurden zur Reifung und Ausstossung gebracht. Aehnliche Experimente machte Halban [13]) an Affen, auch hier functionierten die exstirpierten, teils ins Peritoneum, teils zwischen Fascie und Muskulatur, teils ins Netz eingenähten Ovarien, und die Tiere menstruierten weiter. Um dem etwaigen Vorwurf zu begegnen, es hätten Reste functionierenden Ovarialgewebes zurückgelassen sein können, exstirpierte er später die zwischen Fascie und Muskulatur eingenähten Ovarien, worauf die Menstruation sofort aufhörte.

Noch eines interessanten, kürzlich von Brewitt [14]) angestellten Transplantationsversuches will ich Erwähnung tun. Brewitt implantierte einem jungen, bis dahin amenorrhoischen Mädchen von 25 Jahren mit infantilem Uterus und bohnengrossen Ovarien unter die rechte Brust mittelst Lappenschnitt das lebensfrische Ovarium einer Frau, welche kurz vor der Menstruation stand. Das junge Mädchen bekam ebenso wie die Frau, der das eine Ovarium entnommen war, nach zwei Tagen eine vollkommen normale Regel von fünftägiger Dauer.

Diese und andere Versuche (Rubinstein [15]), Grigorjew [16])), auf welche ich nicht näher eingehen will, beweisen, dass der Reiz vom Ovarium nicht auf Nerven- oder Gefässbahnen fortgeleitet wird, da die Ovarien bei der Transplantation ihrer Verbindung mit diesen beraubt werden, sondern dass derselbe sich auf die innere Secretion zurückführen lässt. Ueberall, wo das transplantierte Ovarium anwuchs, functionierte es weiter, der Uterus blieb normal; wurde das Ovarium resorbiert, so trat Castrationsatrophie ein.

Ob die innere Secretion des Eierstockes periodisch mit dem Platzen der Follikel zusammentrifft oder continuierlich vor sich geht, sich summiert und schliesslich den specifischen Effect ausübt, ist unbekannt; in jedem Fall verursacht die innere Secretion die verschiedenen Symptome, welche bei der Menstruation auftreten. Auch welchen morphologischen Elementen die Production der inneren Secretion im Ovarium zuzuschreiben ist, weiss man noch nicht. Fraenkel spricht diese Tätigkeit den Corpusluteumzellen zu, doch spricht gegen seine Annahme der Umstand, dass die Tätigkeit der Corpusluteumzellen erst in Function treten kann bei eingetretener Geschlechtsreife der Frau, wenn die Menstruation auftritt, mithin eine Beeinflussung des Ovariums im kindlichen Alter und im Entwickelungsstadium fortfällt. Und doch spielt das Ovarium auch schon in diesen Lebensphasen eine bedeutende Rolle. Auch andere Bedenken über die Herkunft und Natur der Luteinzellen sprechen nicht zu Gunsten der Fraenkelschen Ansicht (Okintschitz [17]) und Wallart [18])). Es liegt näher, den Zellen des Cumulus oophorus eine secretorische Tätigkeit zuzuschreiben. Limon [19]) nimmt eine „glande interstitielle de l'ovaire“ an, nämlich ein aus der Theca interna wachsender und atresierender Follikel sich bildendes epitheloides Gewebe. Das Product der inneren Secretion muss man sich, wie das der Drüsen mit äusserer Secretion, im Blut kreisend denken; in vitro lässt sich dasselbe fürs Erste nicht genau präcisieren, wahrscheinlich sind es Leukomaine. Eine vertiefte Kennt-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nis des Chemismus dieser Vorgänge wird uns in Zukunft Klarheit schaffen.

Die von Fraenkel[20]) in der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft ausgesprochene Ansicht, ohne das Corpus luteum sei, ebenso wie die Menstruation, die Nidation des Eies nicht möglich, stiess während der Discussion auf mehrfachen Widerstand (Halban, Mandl, Schauta, Skrobanski[21])) und kann einstweilen nicht als allgemein gültig angenommen werden, obgleich andere Autoren der Ansicht Fraenkels beigetreten sind. Fraenkel, der durch Experimente an Kaninchen, denen er die Corpora lutea galvanocaustisch zerstörte und dadurch den Eintritt der Schwangerschaft verhinderte, schreibt, wie gesagt, dem Corpus luteum und seiner Tätigkeit für die Einbettung des Eies eine grosse Bedeutung zu. Fraenkel sagt, dass das Corpus luteum dem Uterus in cyclischer Weise einen Ernährungsimpuls zuführt, vermöge dessen besonders die Schleimhaut in den Zustand erhöhter Hyperämie und Hyperplasie der Gewebselemente versetzt wird. Die nächste Folge ist Haftung eines befruchteten Eies, bei dessen Fehlen Ausscheidung der Menstruation. Dass es zur Fortentwickelung einer Schwangerschaft im vorgerückteren Stadium des Vorhandenseins des Eierstockes nicht bedarf, ist eine feststehende Tatsache, welche durch die Erfahrung vieler Operateure, welche Geschwülste degenerierter Ovarien während der Gravidität entfernt haben, bestätigt wird.

In analoger Weise lässt sich das Climacterium durch Sistieren der inneren Secretion erklären. Dem entsprechend lassen sich die Erscheinungen des Climacteriums auf den Ausfall der Eierstockstätigkeit zurückführen, wie die strumipriven Symptome auf den Ausfall der Schilddrüsentätigkeit.

Hierher gehören auch die Beobachtungen, die man an Castrierten so oft zu machen Gelegenheit hat. Nach vollständiger Entfernung der Eierstöcke pflegen in der Mehrzahl der Fälle Erscheinungen — „ovarielle Ausfallserscheinungen" — aufzutreten, welche, sich auf dem Gebiet der vasomotorischen Störungen abspielend, einer Intoxication nicht unähnlich und für den Gesamtorganismus der Frau von verschiedenartigster Wirkung sind und mit einer Rückbildung der Genitalien, der sog. Castrationsatrophie einhergehen. Dass nicht die Schädigung der Nervenbahnen oder die Unterbindung der Gefässe die Castrationsatrophie hervorrufen, wird durch die oben erwähnten Transplantationsversuche von Knauer, Halban und Bucura widerlegt. Die an andere Stellen der Bauchhöhle oder Bauchwand eingenähten Ovarien waren imstande, die Atrophie der Genitalien aufzuhalten. „Dies lässt keine andere Deutung zu, als dass Stoffe vom Eierstock geliefert werden, welche unabhängig von den Nerven und Gefässen des Ovars in den Organismus übergehen und das Genitale in seinem Ernährungszustande erhalten" (Bucura). Ebenso sprechen die auf experimentellem Wege gewonnenen Resultate über die Veränderung des Stoffwechsels nach Castration bei Tieren für die Abhängigkeit dieses vom Ovarium. Nebenbei bemerkt, hat auch die Einpflanzung von Ovarien anderer Tiergattungen, die heteroplastische Transplantation, denselben Erfolg. Ein Beweis, dass die Veränderungen von dem Ausfall von Eierstockssubstanz herrühren, ist schliesslich damit erbracht, dass bekanntlich die künstliche Darreichung von Eierstockssubstanz nicht selten den ganzen Symptomencomplex zum Schwinden bringt.

Ueber den Zusammenhang zwischen Ovarium und Mamma berichten Grünbaum[22]) und Alsberg[23]). Beide haben nach Castration auch bei Nulliparen Milchsecretion beobachtet, Grünbaum unter 21 Fällen 14 Mal. Einen Beitrag zur Lehre des Antagonismus zwischen Brustdrüse und Ovulation liefert Vogt[24]). Der Fall betrifft eine 25-jährige bis dahin regelmässig menstruierende Pat., welche nach einer Verbrennung dritten Grades an Brust, Armen und Beinen nur ein Mal eine Menstruation von eintägiger Dauer hatte, danach nicht mehr. Beim Verbandwechsel zeigte sich der ganze Verband mit Milch getränkt, auf leichten Druck entleert sich Milch im Strahl. Gesteigerte Brustdrüsenfunction behindert die Ovulation, daher tritt Amenorrhoe zur Zeit des Stillens ein; lang fortgesetztes Stillen kann zu einer Atrophie der Ovarien und des Uterus führen. Umgekehrt vermag Entfernung der Ovarien die Function der Brustdrüse zu steigern, dafür spricht die den Tierzüchtern bekannte Tatsache, dass castrierte Tiere mehr Milch liefern wie nicht castrierte. Diese Beobachtung hat man auch an Menschen gemacht: bei Gelegenheit eines Kaiserschnittes wegen Osteomalacie castrierte Frauen konnten stillen.

Im Vorhergehenden habe ich versucht, die Beziehungen zu schildern, welche nach modernen Gesichtspunkten zwischen dem Ovarium, speciell der inneren Secretion desselben, und den Genitalfunctionen bestehen. Ich gehe jetzt auf die Besprechung der Wechselwirkungen über, welche zwischen den einzelnen Drüsen im menschlichen Organismus, von denen man gleichfalls eine innere Secretion annimmt, bestehen, will aber auch hier von den Beziehungen zwischen den einzelnen Drüsengebilden unter einander nur die berühren, welche mit dem Eierstock im Zusammenhang stehen. „Werden wir", sagt H. Freund[25]) „wie zu erwarten steht, auch von der inneren Secretion der Ovarien Sicheres wissen, dann werden sich die Beziehungen zu anderen Organen mit einem Schlage durchsichtig gestalten". Zur völligen Klarheit haben die Forschungen in den seit Freunds Ausspruch verflossenen neun Jahren allerdings nicht geführt.

Am meisten klinische Beobachtungen liegen über die Correlationen zwischen Eierstock und Schilddrüse vor. Veränderungen an den Geschlechtsorganen und im Geschlechtsleben der Frau sind Forschern der Basedowschen Krankheit schon längst aufgefallen. Obgleich man schon früher hie und da von Anomalien der Genitalsphäre bei dieser Krankheit gelesen, so ist es doch Kleinwächters[26]) Verdienst, der einen Fall von Atrophie der Genitalien beschrieb, von nun an auch das Interesse der Gynäkologen für die Frage angeregt zu haben. Seitdem ist den weiblichen Geschlechtsorganen bei Morbus Basedowii viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden. Die Combination von Schwangerschaft mit dieser Krankheit ist für den Geburtshelfer wegen der Wechselbeziehungen beider zu einander von grossem Interesse, doch würde es zu weit führen, darauf näher einzugehen. Zu den häufigsten Erscheinungen gehören Unregelmässigkeiten in der Menstruation, man kann sagen, dass bei der Basedowkrankheit sehr selten eine Störung der Menstruation ausbleibt. Nicht selten menstruieren derartige Patientinnen überhaupt nicht, oder es entstehen Pausen von $^1/_2$—1 Jahr oder aber die Regel tritt äusserst schwach auf. Ewald[27]) berichtet über ein junges 17-jähriges Mädchen, welches einen Kropf bekam, wenn die Menses ausblieben, der wieder schwand, sobald diese eintraten. Unter 72 Kranken von Kocher[28]) hatten nur drei Patientinnen normale Menses. Auch ich verfüge über mehrere hierher gehörige Fälle. Gewöhnlich fällt der Beginn der menstruellen Pause und des Grundleidens zusammen. In zwei Fällen sah R. Stern[29]) das Sistieren der Menses dem Basedowleiden um mehrere Monate vorausgehen. Besonders häufig sind menstruelle Unregelmässigkeiten der vorclimacterischen Zeit ausgesprochen. Nicht selten tritt auch die Klimax auffallend früh auf. Seltener sind dysmenorrhoische Störungen beschrieben. Die Anschwellung der Schilddrüse zur Zeit der Menstruation und der Gravidität ist eine genügsam bekannte Tatsache.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Worin besteht der Zusammenhang zwischen der Basedowschen Erkrankung und der Genitalsphäre der Frau? Ohne auf die verschiedenen Theorien der genannten Krankheit einzugehen, will ich nur die Autorität auf diesem Gebiet, Eulenburg[30]) anführen, welcher der thyreogenen oder chemisch-toxischen vor der Sympathicustheorie den Vorzug gibt. Die Schilddrüse stellt einen für die normalen Lebensvorgänge unumgänglich notwendigen Teil des Organismus dar. Fällt die Function der Thyreoidea weg, so handelt es sich entweder um ein Aufhören der Secretion eines den Organen zufliessenden und für den Organismus notwendigen Stoffes oder um eine Autointoxication des Organismus durch Anhäufung eines Stoffwechselproductes, welches normaler Weise entweder in der Drüse oder in den Geweben durch das abgesonderte Secret, das Colloid, zerstört wird. Das antitoxische Vermögen tritt entweder local in Action, indem das Secret die supponierten Giftstoffe, die der Drüse durch das Blut zugetragen werden, zerstört — also ein intraglandulärer Vorgang — oder die antitoxische Wirkung ist eine diffuse, indem das Drüsensecret in den allgemeinen Kreislauf gelangt und seine antitoxische Eigenschaft entweder im Blut oder nach dem Eintritt in die Gewebszellen entfaltet (Secretionstheorie Ewald).

Die Ueberproduction des Schilddrüsensecretes — Hyperthyreoidismus — führt durch Steigerung der Eiweiss- und Fettzersetzung (Eppinger, Falta und Rudinger) zu Stoffwechselveränderungen. Nun wissen wir, dass bei Stoffwechselerkrankungen Anomalien der Menstruation eine häufige Erscheinung sind. Das Basedowgift kreist im Blut, ruft ähnlich den Intoxicationen (Morphin, Alcohol) eine anormale Beschaffenheit des Blutes hervor und wirkt auf die innere Secretion der Ovarien sistierend, wodurch der Einfluss dieser Organe auf den Uterus, somit auf die Menstruation aufhört. Ob die Beziehungen zwischen Ovarien und Thyreoidea synergetische oder antagonistische sind, ist noch nicht festgestellt. Viele Tatsachen sprechen für einen Antagonismus (Thyreoidin beschleunigt, Oophorin verlangsamt die Herzaction, Schilddrüseninsufficienz setzt die Schweisssecretion herab, Ovarialinsufficienz steigert diese. Bab). Ich habe einige Zeit nach Entfernung der Ovarien einen Basedow entstehen sehen und habe ähnliche Beobachtungen in der Literatur gefunden (Mathieu[31]) und Blau[32])). Das würde dafür sprechen, dass die Castration eine Hypertrophie und Hypersecretion der Schilddrüse zur Folge hat.

Einen schlagenden Beweis für die Abhängigkeit der einen Drüse von der andern haben die Schilddrüsenexstirpationen von Eiselsberg[33]) und Fellner ergeben. Eiselsberg fand, dass junge Tiere nach Schilddrüsenexstirpation atrophische Genitalorgane bekamen. Diese Versuche wurden von Okintschitz[34]) nachgeprüft. Okintschitz hat mehrere Versuchsreihen an 27 Kaninchen ausgeführt: einigen wurden gleichzeitig die Ovarien und die Schilddrüse entfernt, anderen nur die letztere. Dabei stellte sich heraus, dass diejenigen Tiere, welchen beide Organe exstirpiert waren, länger lebten als diejenigen, welchen nur die Schilddrüse entfernt war. Daraus folgert Okintschitz, dass die Schilddrüse das Plus der von den Ovarien producierten Stoffe paralysiert. Dabei wird die Beobachtung gemacht, das schwangere Tiere die Entfernung der Glandula thyreoidea schlechter vertragen als nicht schwangere — eine Bestätigung für die Versuche Caros[35]) an Katzen: von drei graviden Katzen machte nur eine die normale Entbindung durch. Die einzigen Fälle beim Menschen scheint Eiselsberg beobachtet zu haben: zwei schwangere Frauen bekamen nach Totalexstirpation der Schilddrüse eine schwere Tetanie, die sich wiederholte.

Alsdann zeigt eine andere Reihe von Experimenten Okintschitz', dass die inneren Genitalien nach alleiniger Entfernung der Schilddrüse bei weiblichen jungen Kaninchen auf derselben Entwickelungsstufe stehen blieben, ja sogar atrophierten, woraus Okintschitz schliesst, dass die Glandula thyreoidea einen specifischen Einfluss auf die reguläre Entwickelung des Eierstockes besitzt. Die Entfernung der Ovarien war von keinem sichtbaren Einfluss auf die Schilddrüse. Es ist, wie erwähnt, noch nicht gelungen, die chemischen Stoffe, die Producte der inneren Secretion des Ovariums, isoliert darzustellen, während man in der Schilddrüse das Jodthyreoglobulin oder Thyreoproteid nach Notkin[36]) als einen der wichtigsten Bestandteile des Secretes der Schilddrüse glaubt gefunden zu haben. Fellner nimmt an, dass das Ovarialsecret, ebenso wie das der Thyreoidea eine den Blutdruck herabsetzende Wirkung hat.

Die eben genannten Erscheinungen hängen mit der Hyperfunction des Schilddrüsenextractes zusammen, der Wegfall desselben, wie bei Myxödem und Cretinismus, führt zur Aplasie der Keimdrüsen. Hierin mangelt es an der nötigen Anzahl von Beobachtungen.

Ich gehe jetzt zur Besprechung der Beziehungen zur Hypophysis über, einem aus zahlreichen epithelialen Schläuchen bestehenden Gebilde, das ursprünglich durch einen Ausführungsgang in das Rachengewölbe ausmündete.

Dass Beziehungen zwischen Geschlechtsorganen und Hypophyse bestehen, wissen wir aus zahlreichen Beobachtungen bei der Akromegalie und aus Krankengeschichten von Patientinnen, welche an Tumoren der Hypophyse litten. Rössle[37]) hat in drei Fällen, in denen Hoden resp. Ovarien mehrere Jahre vor dem Tode entfernt worden waren, Vergrösserung der Hypophyse gesehen. Ebenso sind von Fichera[38]) bei castrierten Frauen Hypertrophien der Zirbeldrüse festgestellt worden. Senator[39]) leitet seinen Vortrag mit den Worten ein: „man weiss ja, dass die Ovarien mit der Knochenbildung in gewissem Zusammenhang stehen", und zwar nimmt Senator das Bestehen eines hemmenden Einflusses der Keimdrüsen auf das Knochenmark ein. Die von ihm vorgestellte Patientin, welche nach Exstirpation eines Ovariums 14 Jahre keine Menses gehabt hatte, litt an Akromegalie, welche sich bald nach der Operation zu entwickeln begann. Gerade dieser Zusammenhang veranlasst Senator zur Vorstellung der Patientin. Einen ähnlichen Fall stellte Thumin[40]) vor einigen Monaten in der Berliner medicinischen Gesellschaft vor. Hier bestand gleichfalls Amenorrhoe, Atrophie der Ovarien, Akromegalie mit Hypophysentumor. Auch Thumin spricht die Ansicht aus, dass diese Zustände unbedingt mit einander in Beziehung stehen derart, dass ein Antagonismus in der inneren Secretion zwischen Eierstock und Hypophyse besteht. In gleichem Sinn spricht sich Marcuse[41]) mit Anführung einer Krankengeschichte aus. Thumin citiert ausserdem einen Fall von Eiselsberg, in dem nach operativer Entfernung eines Hypophysentumors die vorher ausgebliebenen Menses wieder eintraten. Auch Hohenegg[42]) führt einen Fall an. Erdheim und Stamm[43]) haben während der Schwangerschaft häufig eine Hypertrophie der Hypophyse beobachtet. Bei der Seltenheit von Hypophysentumoren ist schliesslich die Zahl der angeführten Fälle, welche Beziehungen zu den Ovarien haben, keine geringe.

Ueber die Beziehungen der Hypophyse zur Schilddrüse liegen eine Reihe von Mitteilungen vor, auf die ich nicht eingehe, weil sie mich von meinem Thema entfernen. Das Neueste darüber findet sich in Ewalds bereits citierter Monographie.

Seltener sind die Correlationen zwischen Eierstock und Nebennieren constatiert. Beim Morbus Addisonii ist die Ovarialatrophie keine seltene Erscheinung, die

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zur Cessatio mensium führt. Thumin stellte einen Fall vor, wo bei einer Geschwulstbildung in den Nebennieren atrophische Zustände in den Ovarien zu constatieren waren mit secundärer Entwickelung männlicher Geschlechtscharaktere in Form abnormer Behaarung, tiefer Stimme etc. — also eine Nebennierenhyperplasie und Ovarialatrophie. Viel näher sind die Beziehungen der Nebenniere zum Knochensystem und auf pathologischem Gebiet zur Rhachitis.

Die Beziehungen zwischen Ovarium und Knochenmark und das Auftreten der Osteomalacie während der Schwangerschaft sind allgemein bekannt. Sellheim [44]) hat im Tierexperiment eine deutliche Beeinflussung des Knochenwachstums, auch des Beckens, durch frühzeitige Castration gesehen. Beweiskräftig für den protectiven Einfluss der Ovarialsecretion ist auch der Fall von Nacke [45]), welcher bei einem 5-jährigen Mädchen, das regelmässig menstruierte, Beckenmasse fand, wie diese einem viel vorgerückteren Lebensalter entsprechen (Sp. 19½, Cr. 20½, Tr. 23, B. 14), daneben palpable Ovarien, behaarter Mons veneris und Anschwellung der Brüste. Nacke nimmt an, die Menstruatio praecox sei dadurch entstanden, dass eine im kindlichen Körper verfrüht entstandene oophorinähnliche Substanz die Ovarien zu schnellerer Entwickelung bringt, und sagt weiter: vielleicht beruht auch die bei diesen Kindern beobachtete Rhachitis auf einer ähnlichen Wechselwirkung zwischen Ovarien und Anomalien des Knochensystems, wie die Osteomalacie. Den besten Beweis für die Beziehungen des Ovariums zum Knochenmark liefert die vielfache Heilung der Osteomalacie nach Castration. Kehrer und Fehling sehen die Ursache der Osteomalacie in einer krankhaft erhöhten Tätigkeit — Hyperactivität — des Ovariums. Fraenkel spricht von einem anatomischen Plus von secernierendem Eierstocksparenchym. Die mikroskopischen Veränderungen in den Eierstöcken Osteomalacischer sind geringfügig, man findet wohl stellenweise hyaline Degeneration, wie ich es auch in einem Fall gesehen, gröbere Veränderungen fehlen gewöhnlich. Dieses drängt um so mehr zu der Annahme, dass unserem Auge nicht zugängliche Einflüsse bestehen, sei es hemmender, wie es Senator annimmt, sei es toxischer Natur durch specifische megaloblastische Degeneration des Markes der Röhrenknochen (Caruso [46])). Seligmann [47]) proponiert, die ovarielle Form der Osteomalacie mittelst Serum ovariotomierter Tiere zu behandeln, entsprechend der Behandlung des Morbus Basedowii nach Möbius, Panse [48]) rät bei Osteomalacie Thyreoidin zu geben. Bossi [49]) bringt die Osteomalacie in Zusammenhang mit der Nebenniere. Bossi exstirpierte Schafen die Nebennieren und fand als Folge die klinischen osteomalacischen Erscheinungen, Phosphaturie und Osteoporose. Daher empfiehlt Bossi therapeutisch Nebennierenextract (Adrenalin) zu verordnen, ein Rat, welchem Manche gefolgt sind, jedoch ohne nennenswerten Erfolg. Nach Bossis Angabe wird der Eierstock durch Entfernung der Nebennieren besonders beeinflusst.

In jüngster Zeit hat man auch dem Pankreas ausser seiner äusseren auch eine innere Secretion zugeschrieben und den Sitz derselben in die Langhansschen Zellinseln verlegt. Eppinger, Falta und Rudinger haben nach Abtragung des Pankreas (Apankreatismus) und durch künstliche Erzeugung einer Hyperfunction (Hyperpankreatismus) die Verhältnisse studiert, welche die veränderte Pankreastätigkeit auf die Thyreoida, die Hypophysis, auf den Stoffwechsel und speciell den Diabetes hat. Die genannten Autoren constatierten durch eine grosse Reihe von Versuchen die innigen functionellen Beziehungen der Drüsen mit innerer Secretion. Das Resultat der experimentellen Untersuchungen an Kaninchen fasst Rebaudi [50]) in seiner vorläufigen Mitteilung in die Worte zusammen: 1) es bestehen zwischen den Geschlechtsdrüsen und den Langhansschen Zellen functionelle Beziehungen und 2) in Ermangelung der inneren Function der Geschlechtsdrüsen erhöhen die Langhansschen Zellinseln gleich anderen Organen mit innerer Secretion die eigene Tätigkeit. Sie werden wahrscheinlich zum Zwecke des Ausgleiches hypertrophisch. Im Uebrigen liegen in der Literatur nur wenige einander teilweise widersprechende Mitteilungen über die Beziehungen zwischen Pankreas und Ovarien vor, sie sind noch nicht genügend studiert, kommen wohl auch weniger in Betracht als die Wechselbeziehungen zwischen Pankreas und Nebennieren und dem chromaffinen System (Kostlivy [51])). Ich möchte hier noch einer Constitutionsanomalie erwähnen, die in neuester Zeit immer wieder mit dem Ausbleiben der ovariellen Function in Zusammenhang gebracht wird, das ist die Chlorose. Von Noorden hält diese für eine Autointoxication infolge „functioneller Insufficienz der Ovarien", eine Anschauung, welche von Vielen geteilt wird. Nach v. Noorden handelt es sich um eine functionelle Schwäche der blutbildenden Organe, welche in dem Ausfall der normaler Weise zur Anregung der Blutbildung erforderlichen Erregung seitens der Eierstöcke besteht. Die Chlorose geht häufig mit Hypoplasie oder Aplasie der Ovarien, Infantilismus und Schildrüsenhypertrophie einher. Auf den innigen Zusammenhang zwischen Chlorose, Infantilismus und Ovarialhypoplasie, wozu sich gelegentlich auch andere Anomalien der Drüsen, wie Hypertrophie der Thymus, des Pankreas und der Hypophysis gesellen können, hat jüngst Bab mit Nachdruck aufmerksam und die Störung des Gleichgewichtes der Kräfte des gesamten Drüsenapparates mit innerer Secretion für die Genese des Infantilismus verantwortlich gemacht. Die Behandlung soll in der Uebertragung steril entnommener Ovarien geschlechtsreifer Frauen bei Gelegenheit geeigneter gynäkologischer Operationen bestehen. Cramer [52]) hat anfangs dieses Jahres einen Versuch in der Richtung gemacht. Er exstirpierte einer circa zwei Monate Graviden mit schwerer Osteomalacie die Ovarien und transplantierte diese intraabdominell einem 22-jährigen bis dahin amenorrhoischen Mädchen mit hochgradigem Infantilismus und Defect der secundären Geschlechtscharaktere. Das Resultat konnte noch nicht publiciert werden.

Ich möchte an dieser Stelle noch einer Arbeit Offergelbs [53]) „über das Uteruscarcinom und seine Metastasen in Organen mit innerer Secretion" Erwähnung tun. Offergelb macht auf die Seltenheit von Metastasen beim Uteruscarcinom in der Thyreoidea, Nebenniere und Niere aufmerksam. Er erklärt das auffallende Factum durch die Anwesenheit specifischer Albuminoidkörper und den eigenartigen Stoffwechsel dieser Organe, indem das in der Thyreoidea gebildete Jod, das Adrenalin als Bestandteil der Nebenniere, wie das Nephrolysin der Niere in Wirksamkeit treten. Die sich in diesen Organen gleichsam in statu nascendi bildenden albuminoiden Körper sind nach Offergelb in hinreichender Weise und Stärke vorhanden, um den verschleppten Carcinomepithelien keine Existenzbedingungen für ihr weiteres Fortkommen und Ansiedeln zu gewähren.

Als Stütze für die functionellen Beziehungen der Drüsen mit innerer Secretion kann auch die Organotherapie herangezogen werden, die sich schon lange das auf diesem Gebiet Bekannte zu Nutze gemacht hat. Es ist eine Reihe von Präparaten hergestellt, die unter gegebenen Verhältnissen zum Teil nicht ohne Erfolg angewandt werden. Tieren können wohl lebensfrische Organe in den Körper einverleibt worden, wie es vielfach experimenti causa gemacht werden, beim Menschen sind wir darauf angewiesen, künstliche Extracte anzuwenden und per os zu applicieren, wodurch die Wirkung in nicht zu be-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

rechnender Weise abgeschwächt wird. Hierher gehört die Verabfolgung von Thyreoidin in verschiedener Form von Extracten, Tabletten, Pillen (Thyreoglobulin, Thyroglandin, Thyraden, Thyrojodin etc.) bei Myxödem, Cachexia strumipriva, Akromegalie, dann Infantilismus und Amenorrhoe, Adipositas; das Antithyreoidin bei Morbus Basedowii, das Parathyreoidin bei Eclampsie in Berücksichtigung der Annahme, dass Insufficienz der Thyreoida die Anhäufung einer toxischen Substanz zur Folge haben und auf diese Weise die unmittelbare Ursache der Eclampsie sein kann. Alsdann ist zu nennen das Thyreoidin gegen Rhachitis und nach Verordnung französischer Autoren bei Fracturen mit verspäteter Consolidierung mit Rücksicht darauf, dass die Schilddrüse einen hochgradigen Einfluss auf das Knochenwachstum hat, das Hypophysenextract bei Schilddrüsenerkrankungen, das Adrenalin der Nebenniere bei Osteomalacie, das Ovarin (Poehl oder das ausländische) nach Castration, im Climacterium, aber auch bei Basedow und der Osteomalacie, Fraenkels Lutein, Mammin (Poehl) etc. Damit ist die Reihe dieser organotherapeutischen Mittel nicht erschöpft.

Wir sehen, dass Störungen der wechselseitigen Beziehungen zwischen den oben genannten drüsigen Apparaten, Hypoplasie und Hyperplasie, resp. Atrophie und Hypertrophie, eine grosse Reihe von Krankheiten zur Folge haben, welche auf den ersten Blick nichts mit einander gemeinsam haben, bei näherer Betrachtung aber doch als verwandte Affectionen angesehen werden müssen, die in Abhängigkeit von einem der Drüsengebilde zu bringen sind; dafür liefern Empirie und Experiment genügend Beispiele. „Ist in das Concert der secretorischen Organe ein Misston gekommen, dann gelingt es kaum, volle Harmonie zu erzielen", sagt Fellner. Ob die oben erwähnten, durch gestörte Function der drüsigen Apparate mit innerer Secretion, sei es im Sinne einer Hypo- oder Hyperfunction entstandenen Krankheitsformen, wie der Morbus Addissonii, die Osteomalacie, die Rhachitis, der Morbus Basedowii, die Cachexia strumipriva, das Myxödem, die Chlorose, die ovariellen Ausfallserscheinungen, die Menstruatio und Klimax praecox (Fränkel) etc. nicht ein Mal, unter allgemeinen Gesichtspunkten vereint, als eine in sich zusammenhängende Gruppe von Erkrankungen angesehen werden, wird die Zukunft lehren. Das Gebiet ist noch vielfach dunkel und eingehender Bearbeitung bedürftig. Es handelt sich um Dinge, welche mehr oder weniger im Fluss begriffen sind, es konnte nur meine Aufgabe sein, dieselben im gegenwärtigen Augenblick zu fixieren und über den jetzigen Stand der Frage zu berichten.

Literatur.

1. Bab, Sammlg. klinisch. Vorträge. 1909. Nr. 538--540. 2. L. Fraenkel, Centralbl. f. Gynäk. 1908. Nr. 52. 3. Derselbe, Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. Bd. 64, Heft 2. 4. Eppinger, Falta und Rudinger, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 66. 5. Bucura, Sammlg. klin. Vortr. 1909. Nr. 513—514. 6. L. Fraenkel, Arch. f. Gynäk. Bd. 68, Heft 2. 7. Fellner, Sammlg. klin. Vortr. 1908. Nr. 508. 8. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe. Bd. 1. 9. Chazan, Samml. klin. Vortr. 1900, Nr. 269. 10. Jardry, Centralbl. f. Gynäk. 1908, Nr. 27. 11. Eisenstein u. Hollós, Centralbl. f. Gynäk. 1908, Nr. 44. 12. Knauer, Centralbl. f. Gynäk. 1896, Nr. 20 u. 1898, Nr. 46. 13. Halban, citiert nach Veit, Handbuch der Gynäk. 14. Brewitt, Deutsche med. Woch. 1908, Nr. 39. 15. Rubinstein, Petersb. med. Woch. 1899, Nr. 31. 16. Grigorjew, Centralbl. f. Gynäk. 1897, Nr. 22. 17. Okintschitz, Russk. Wratsch. 1909. Nr. 11 u. 14. 18. Wallart, Arch. f. Gynäk. Bd. 81, Heft 2. 19. Limon, citiert nach Wallart, Arch. f. Gynäk. Bd. 81, Heft 2. 20. Fraenkel, Centralbl. f. Gynäk. 1904. Nr. 19 u. 20. 21. Halban, Mandl, Schauta, Skrobanski, Centralbl. f. Gynäk. 1904, Nr. 19 u. 20. 22. Grünbaum, Deutsche med. Woch. 1907, Nr. 26. 23. Alsberg, Centralbl. f. Gynäk. 1907, Nr. 51. 24. Vogt, Centralbl. f. Gynäk. 1909, Nr. 23. 25. H. Freund, Sammlg. klin. Vortr. 1900, Nr. 274. 26. Kleinwächter, Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 16. 27. Ewald, Erkrankung der Schilddrüse. Wien. 1909. 28. Kocher, citiert nach Fellner, Sammlg. klin. Vortr. 1908. Nr. 503. 29. R. Stern, Morbus Basedowii. Wien. 1909. 30. Eulenburg. Die Basedowsche Krankheit nach ihrem heutigen Stand. Berlin. 1904. 31. Mathieu, citiert nach Kron. Berl. kl. Woch. 1907. Nr. 50 u. 51. 32. Blau, citiert nach Fellner, Sammlg. klin. Vortr. 1908. Nr. 508. 33. Eiselsberg, ebendaselbst. 34. Okintschitz, Журн. акуш. и женск. бол. 1907. Nr. 12. 35. Caro, citiert nach Ewald, Erkrankung der Schilddrüse, Wien. 1909. 36. Notkin, citiert nach Eulenburg: Die Basedowsche Krankheit. Berlin. 1904. 37. Rössle, Münch. med. Woch. 1908. Nr. 8. 38. Fichera, citiert nach Rössle, Münch. med. Woch. 1908. Nr. 8. 39. Senator, Berl. Kl. Woch. 1908, Nr. 49. Verh. d. Berl. med. Gesellsch. 40. Thumin, Berl. kl. Woch. 1909. Nr. 14. 41. Marcuse, Berl. kl. Woch. 1909. Nr. 13. Verh. d. Berl. med. Gesellsch. 42. Hohenegg, Berl. kl. Woch. 1908. Nr. 20. 43. Erdheim u. Stumm, Berl. klin. Woch. 1908. Nr. 21. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 44. Sellheim, citiert nach Bab, Sammlg. klin. Vortr. 1909. Nr. 538—540. 45. Nacke, Centralbl. f. Gynäk. 1908. Nr. 34. 46. Caruso, Sammlg. klin. Vortr. 1904. Nr. 378. 47. Seligmann, Centralbl. f. Gynäk. 1908. Nr. 8. 48. Panse, Münch. med. Woch. 1906. Nr. 45. 49. Bossi, Arch. f. Gynäk. Bd. 83. Heft 1 und Centralbl. f. Gyn. 1907. Nr. 3 u. 6. 50. Rebaudi, Centralbl. f. Gynäk. 1908. Nr. 41. 51. Kostlivy, Mitteil. aus den Grenzgebieten. Bd. 19. Heft 4. 52. Cramer, Münch. med. Woch. 1909. Nr. 15. 53. Offergelb, Arch. f. Gynäk. Bd. 87. Heft 1.

„Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese des primären Glaukoms."

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress in Dorpat.

Von

Dr. G. Ischreyt—Libau.

M. H.! Mit Glaukom bezeichnen wir bekanntlich eine Gruppe von klinischen Symptomen, als deren wichtigste wir die Druckerhöhung ansehen. Ein praktisches Bedürfnis hat diesen Krankheitsbegriff geschaffen, hat in ihm sehr verschiedenartige Erkrankungen vereinigt und wird ihn auch wohl nicht mehr aufgeben. Die pathologische Anatomie des Glaukoms muss sich notgedrungen diesem Gebrauche fügen; tut sie es nicht, sucht sie z. B. ätiologisch vorzugehen, dann zerstückelt sie die klinische Gruppe, und der einheitliche Glaukombegriff geht verloren. Aus diesem Grunde müssen wir die pathologische Anatomie des Glaukoms lediglich als solche der Drucksteigerung auffassen und in der Letzteren das Problem sehen, das sie zu lösen hat. Wir behandeln damit ein Capitel der allgemeinen Pathologie.

Nach dieser Definition ist es klar, dass hierher nur Fälle gezählt werden dürfen, in denen tatsächlich Druckerhöhung vorgelegen hat. Wenn dieses nachweislich nicht der Fall gewesen ist, sollten wir nicht mehr von Glaukom sprechen. Wir werden aber den negativen Ausfall der klinischen Untersuchung nur mit Vorsicht verwerten und ihn am anatomischen Befunde controllieren, da wir uns des gelegentlich flüchtigen Auftretens der Drucksteigerung erinnern.

Wenn wir hiermit die Gruppe der glaukomatösen Erkrankungen nach aussen hin scharf abgegrenzt haben, müssen wir jetzt auf eine Frage der inneren Einteilung—das Verhältnis des primären zum secundären Glaukom—eingehen.

Wir definieren als Secundärglaukom diejenigen Fälle von Druckerhöhung, die sich auf andere schon bestehende krankhafte Veränderungen des Auges zurückführen lassen, während uns beim primären Glaukom solche noch unbekannt sind. Das Primärglaukom ist daher, wie sich Mauthner ausgedrückt, ein Secundärglaukom, dessen Ursachen wir nicht kennen. Aus diesem Grunde ist es

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klar, dass man von einem principiellen Unterschied beider Gruppen nicht reden kann und dass die eine sich immer auf Kosten der anderen erweitern wird, bis die letzte Schranke fällt. Wir erkennen diesen Entwicklungsgang mit grosser Klarheit, wenn wir die Geschichte des Glaukoms zurückverfolgen.

Die Ueberlegung zeigt uns, dass die pathologische Anatomie zwei Aufgaben hat: Sie soll uns einmal das Zustandekommen der Drucksteigerung erklären, dann aber auch feststellen, welche Erkrankungen des Auges die Druckerhöhung veranlassten. Wir kommen hiermit auf die Frage, was wir unter „Ursache des Glaukoms" zu verstehen haben. Nach der oben gegebenen Definition, die „Glaukom" mit „Druckhöherung" identificierte, müssen wir unter Ursachen des Glaukoms jene pathologisch-anatomischen Veränderungen verstehen, die die charakteristische Gleichgewichtsstörung im Flüssigkeitswechsel des Auges verursachen. Mit „Anlässen" des Glaukoms bezeichnen wir dagegen alle diejenigen abnormen Zustände, die das Zustandekommen der Drucksteigerung begünstigen; sie können demnach sowohl die Bedeutung einer Disposition als eines auslösenden Momentes haben.

Die Ursachen der Druckerhöhung liegen immer im Auge; die Anlässe haben wir nicht allein hier sondern auch im übrigen Körper zu suchen. Die pathologische Anatomie des Glaukoms umfasst somit die Ursachen in ihrer Gesamtheit, die Anlässe nur zu einem Teil.

An die beiden ersten Aufgaben schliesst sich natürlicher Weise noch eine dritte, das ist die Untersuchung jener Folgezustände, die als Wirkung des erhöhten Druckes aufzufassen sind.

Wenn wir die verschiedenen Glaukomformen in ihrer grossen Mannigfaltigkeit vor unserem Blick vorüberziehen lassen, packt uns ganz besonders das sogenannte primäre Glaukom durch das Geheimnisvolle, das aus dem Unbekannten entspringt. Denn wenn wir bei den secundären Glaukomen wenigstens die Anlässe und zum Teil die Ursachen recht gut kennen, sind uns beim primären die Ursachen ganz unbekannt. Die Forschung ist über Vermutungen nicht hinausgekommen; der Widerstreit der Meinungen über die grundlegendsten Fragen verbildlicht am besten das eben Gesagte. Ein geringfügiges Ergebnis im Vergleich zur ungeheuren Summe von Geist und Arbeit, die Decennien an diese Frage gewandt haben!

Unwillkürlich drängt sich uns die Frage auf, wodurch dieser Misserfolg zu erklären sei. Uns als praktischen Augenärzten erscheint er um so wunderbarer, als wir noch Alle mehr oder weniger durch die grosse Entdeckung von Graefes geblendet sind und an unsere therapeutischen Erfahrungen und Machtmittel glauben. Die Antwort liegt zunächst in der Art des pathologisch-anatomischen Untersuchungsmaterials. Die zur Section gelangenden Augen gehören fast ausnahmslos den Spätstadien der Erkrankung an; frische Fälle zu erlangen, ist eine so grosse Zufalls- und Glückssache, das man mit ihr nicht rechnen darf.

Dazu kommt dann zweitens, dass uns dass Tierexperiment ebenfalls im Stiche lässt.

Hiermit will ich keinesfalls sagen, dass die zahlreich angestellten und scharfsinnigen Versuche ohne Nutzen gewesen seien; in vielen wichtigen Einzelfragen haben sie im Gegenteil ganz entschiedene Erfolge zu verzeichnen, und es ist sogar gelungen, im Tierauge einen Zustand hervorzurufen, der dem menschlichen Hydrophthalmus congenitus ähnlich sieht. Mit alledem ist aber das Primärglaukom nicht ergründet worden, und es ist bisher nicht möglich gewesen, etwas ihm Wesensgleiches in dem Auge irgend einer Tierart hervorzurufen.

Das pathologisch-anatomische Untersuchungsmaterial setzt sich, wie bereits angedeutet, fast ausschliesslich aus Augen zusammen, die im Laufe langer Zeit an Glaukom krank und erblindet waren. In einigen Fällen, z. B. in dem von Fuchs (Arch. p. Ophth. 1884), war dagegen trotz längerer Krankheitsdauer noch ein recht gutes Sehvermögen erhalten geblieben. In zwei Fällen trat bald nach Ausbruch des Glaukoms aus anderen Gründen der exitus ein, so dass hier die Augen im Frühstadium zur Section kamen: im Falle von Birnbacher (Graz, 1890) war zwischen Ausbruch des Glaukoms und Enucleation nur ein Zeitraum von 7 Tagen, im (ersten) Falle Elschnigs (Arch. f. Aug. 1896) waren 23 verflossen. Von Interesse ist auch der Fall Levinsohns (Berlin. Klin. Woch. 1902), in welchem Homatropin einen ersten Glaukomanfall ausgelöst hatte, worauf sich alle Erscheinungen zurückbildeten und das Auge bei dem ungefähr 5 Wochen später erfolgten Tode ein normales Aussehen hatte. — Da in der Lehre vom Primärglaukom für gewisse Fragen, z. B. die Druckwirkung, auch die Befunde an secundären Glaukomen verwertet werden können, nenne ich hier noch einige derartige durch kurzen Bestand der Druckerhöhung ausgezeichnete Fälle.

Im Falle Zirms (Arch. f. Ophth. 1895) trat im Verlaufe einer Iridokyklitis luetica Drucksteigerung auf; vier Tage nach dem ersten Glaukomanfall fand die Enucleation statt. Im Falle v. Hippels (A. f. O. 52. 1901) lag zwischen Ausbruch des Glaukoms und Enucleation ein Zeitraum von 3 Wochen; es handelte sich um ein seit vielen Jahren blindes Auge. Das Ablatio-Glaukom Hesses (Klin. Mon. f. A. 1907) bestand 2 Monate. In einem mir (A. f. A. 62. 1908) gehörigen Falle von Glaukom infolge von Kataracta senilis betrug die Dauer 20–25 Tage. Diese durchaus nicht erschöpfende Aufzählung diene zur Kennzeichnung des uns zur Verfügung stehenden Materials.

Mehrere Autoren sind ferner dadurch der Frage näher getreten, dass sie Augen untersuchten, die zwar keine Druckerhöhung aufwiesen, aber aus verschiedenen Gründen dazu disponiert erschienen. Dass aber derartige Schlussfolgerungen in jedem Falle nur mit Vorsicht verwertet werden dürfen, braucht nicht betont zu werden. So veröffentlichte bereits Knies (A. f. O. 22. 1876) die Beschreibung eines Augenpaares, von denen das eine glaukomatös, das andere anscheinend gesund gewesen war. Baquis (A. f. O. 68. 1908) fand in den Augen eines an angeborener allgemeiner Cyanose leidenden Knaben Veränderungen, die ihn zur Schlussfolgerung veranlassten, dass hier der Eintritt des Todes den Ausbruch eines Glaukoms verhütet hätte. Fuchs (A. f. O. 69. 1908) studierte die Beziehungen zwischen vorderer Synechie und Hypertonie an Augen ohne Druckerhöhung. Watanabe (Z. f. A. 1908) beschrieb Augen mit und ohne Drucksteigerung.

Ich schliesse hiermit die Charakteristik der Aufgaben und Hilfsmittel der pathologischen Anatomie und wende mich den Veränderungen selbst zu.

Form und Grösse des Auges. Es ist wohl allgemein angenommen, dass der hyperopische Kurzbau das Auftreten des Primärglaukoms begünstige; jedenfalls ist es eine Tatsache, das sich bei diesem Leiden ausserordentlich häufig Hyperopie findet. Es kommt uns nun darauf an, festzustellen, welcher Bau dem Glaukomauge zukomme. Betrachten wir zunächst die Grösse, wie sie sich in der Länge der drei Hauptaxen widerspiegelt. Als Durchschnittszahlen ergaben sich mir aus Messungen an 19 in Formol fixierten Augen mit meist stark vorgeschrittenem Glaukom für die sagittale Axe 24.0 mm., für die horizontale Queraxe 23.7, für die verticale Queraxe 23.3. Hieraus ergibt sich also für die Spätstadien eine Form, die sich sehr der Kugelgestalt nähert; die sagittale Axe überwiegt immerhin die beiden anderen. Man darf aber auf dieses Ergebnis kein allzu grosses Gewicht legen, da es nichts Typisches für das Glaukom ergibt, wie ich mich durch Vergleiche mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

normalen Augen (darunter einem frischen) überzeugen konnte.

Merkel und Kallius (Handb. d. Augenh. II. Auflage) kennzeichnen ja ebenfalls das normale Auge als nahezu kugelförmig.

Wir dürfen hiernach der Drucksteigerung kaum einen nennenswerten, jedenfalls nicht regelmässigen Einfluss auf die Länge der Augenaxen zugestehen, wie es Koster (Arch. f. Ophth. 1901) und Schoute (Zeitschr. f. Aug. VII) wollen. Dagegen ist eine Dehnung der Augenwand in der Limbusgegend wohl nachzuweisen.

Hornhaut. Im Verlaufe des Glaukoms beobachtet man an der Hornhaut vorwiegend zwei Veränderungen: die Trübung und die Blasenbildung. Die Trübung wurde zuerst von Arlt als Oedem aufgefasst und von Fuchs (A. f. O. 1881) in grundlegender Weise auf ihre pathologisch-anatomischen Ursachen zurückgeführt. In der Cornea propria tritt dieses Drucködem in den vordersten Schichten in Form klaffender, die Lamellen auseinanderdrängender Spalten auf. Die Bowmansche Membran wird abgedrängt, und durch die verbreiterten und bisweilen ampullenartig erweiterten Nervencanäle gelangt die Flüssigkeit unter das Epithel und zwischen seine Zellen. Es ist leicht verständlich, dass eine gesteigerte Intensität dieser Vorgänge zu Abhebungen des gesamten Epithels oder einzelner Zelllagen führen muss; es kommt dann zu jenen Veränderungen, die der Kliniker als Keratitis vesiculosa und bullosa bezeichnet.

Während darin eine gute Uebereinstimmung zu bestehen scheint, dass die Blasenbildung als eine Folge des Oedems anzusehen ist, weichen die Ansichten hinsichtlich der Entstehung der Blasen noch auseinander. Leber (A. f. O. 1878) und Fuchs führen sie auf Flüssigkeitsansammlungen zwischen den Zellen zurück. Grössere Blasen entstehen nach Fuchs dann, wenn der Bowmanschen Membran faseriges, resistentes Gewebe aufgelagert sei und die Flüssigkeitsansammlungen unter diesem stattfänden.

Während diese Fuchssche Hypothese von einer grossen Reihe von Autoren zu der ihrigen gemacht wurde, vertritt neuerdings Gilbert (A. f. O. 1908) in Anlehnung an Brugger (J. D. 1886) die Ansicht, dass bei der Bildung eigentlicher Hohlräume Veränderungen in den Epithelien eine ausschlaggebende Rolle spielen. Nach ihm kommt es infolge des Oedems zu einer primären Aufquellung der Epithelzellen, wobei die Kerne zu Grunde gehen und die Wand schliesslich einreisst. Durch Confluiren vieler Lücken entständen grössere Hohlräume.

Wenn wir in den geschilderten Epithelveränderungen und der Blasenbildung rein regressive Vorgänge zu sehen haben, dürfen wir andererseits auch die progressiven nicht ausser Acht lassen. Wir bezeichnen sie mit dem Namen des Pannus degenerativus. Bereits Fuchs hat andeutungsweise den Gedanken ausgesprochen, dass man hierin einen Reparationsvorgang sehen müsse. Wirth (Zeitschr. f. Aug. 1906) und besonders Gilbert haben dann mit ganz besonderem Nachdruck diese Bedeutung des Pannus degenerativus begründet. Indem sich ein festes Gewebe vom Limbus her zwischen Bowmanscher Membran und Epithel ausbreitet, bildet es einen Schutz gegen den Durchtritt der Oedemflüssigkeit und führt ferner durch Sprossenbildung zur Consolidierung der Hohlräume. Interessant ist es, dass der Pannus degenerativus klinisch höchstens eine grau-weissliche Verfärbung des Limbus hervorruft. (Gilbert).

Wir können diesen Abschnitt nicht schliessen, ohne auf die Corneadehiscenzen einzugehen, die sich bei Drucksteigerung im kindlichen Auge finden. Zerreissungen der Bowmannschen Membran beschrieb Wintersteiner (Arch. f. A. 1896) bei Neuroepithelioma retinae mit Secundärglaukom; Reis (A. f. O. 1905) und besonders Seefelder (Klin. Mon. f. A. 1905) fanden analoge Veränderungen bei Hydrophthalmus. Letzterer beschrieb auch im Anschluss daran Continuitätstrennungen der oberflächlichen Propriaschichten. Eine ganz neue Untersuchung Newolinas (Klin. Mon. f. A. 1908) macht es wahrscheinlich, dass jenen als Zerreissungen aufgefassten Lücken z. T. erweiterte Nervenporen zu Grunde liegen. Auch an der Descemetschen Haut wurden Zerreissungen von Wintersteiner, Reis und Seefelder festgestellt; sie sind noch häufiger als die ersteren, was Seefelder veranlasst, daraus eine grössere Sprödigkeit der M. Descemetii zu folgern.

Zum Schluss sei noch kurz auf die Neubildung von Glashaut auf der Corneahinterfläche und den übrigen Begrenzungsflächen der vorderen Kammer hingewiesen.

Uvea. Bei primärem Glaukom finden sich in der Iris, im Corpus ciliare und in der Chorioidea wohl stets Veränderungen und sind in zahlreichen Arbeiten beschrieben worden. Eine Einigkeit hat sich aber bisher nicht erzielen lassen, sobald wir einerseits die Ausbreitungsweise, andererseits das ursächliche Verhalten jener Veränderungen zur Druckerhöhung in Betracht ziehen. Die Veränderungen im ciliaren Teile der Iris müssen im Zusammenhang mit den Vorgängen der Kammerbucht überhaupt besprochen werden.

Was nun zunächst das Gefässsystem betrifft, liegen bereits aus älterer Zeit von Brailey (Centr. f. pr. A. 1879) und Kuhnt (Ophthal. Gesell. 1885) umfassende Untersuchungen vor. Ersterer fand als constantestes Merkmal eine starke Erweiterung der Blutgefässe, besonders der Ciliargegend und veröffentlichte Messungen des Circulus arteriosus iridis, welche jene Erweiterung dartun, in der Folgezeit aber in ihrer Brauchbarkeit bestritten wurden. Kuhnt stellte eine Atrophie der Endausbreitungen des uvealen Gefässnetzes fest, nämlich im vordersten Aderhautabschnitte, um den Papillenrand, im Sphincterteil der Iris und in der pars plana des Ciliarkörpers. An den Gefässen der Iris wurden besonders von Ulrich (A. f. O. 1884) sclerotische Veränderungen der Adventitien mit Lumenverschluss beschrieben, an den Venae vorticosae peri- und endophlebitische Veränderungen von Birnbacher und Czermak (A. f. O. 1885). In neuester Zeit erwähnt endlich Bartels (Berlin 1905) auffallende Verengerungen der vorderen Ciliararterien und Erweiterungen an den hinteren. In den frischen Fällen von Birnbacher und Elschnig waren die Gefässveränderungen gering. Birnbacher sah Endothelwucherungen an zwei Vortexvenen, Elschnig fand Gefässerweiterungen im Ciliarkörper und Wandverdickungen an chorioidealen und Wirbelvenen.

Es würde viel zu weit führen, wollte man hier alle Befunde aufzählen. Uebereinstimmend sind die Ergebnisse der verschiedenen Forscher nicht; dazu kommt der Umstand, dass die erkrankten Augen senilen und oft angiosklerotischen Individuen angehört haben und dass ferner eine Bestimmung des Blutgehaltes der Gefässe und ihrer Wanddicke infolge der Fixierung und anderer Ursachen sehr ungenau ausfallen muss. Alle diese Gründe lassen uns den Pessimismus von Bartels berechtigt erscheinen, wenn er den an Glaukomaugen festgestellten Gefässerkrankungen nichts Specifisches zuerkennen will.

Wenn auch die nachweisbaren Veränderungen an den Gefässen geringfügig oder nicht charakteristisch sind, finden sich in ihrer Umgebung Hinweise auf ausgedehnte Wanderkrankungen; ich denke hier an die Oedeme, Rundzelleninfiltrationen und Blutungen innerhalb der Uvea. Die Blutergüsse beanspruchen dabei das geringste Interesse, da sie auf der senilen Angiosklerose beruhen können, und im degenierenden Glaukomauge höchstens in verstärktem Masse auftreten; ihre klinische Bedeutung beruht auf ihrer zerstörenden und

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Schmerzanfälle auslösenden Wirkung, die häufig den Anlass zur Enucleation abgibt. Von grösserer Wichtigkeit scheinen mir die geformten und nicht geformten Extravasate, da sie grade in frischen Stadien beobachtet wurden und den acuten Glaukomanfall zu kennzeichnen scheinen. So fand Birnbacher in seinem 7-tägigen Fall eine Verbreiterung der Chorioidea, beruhend auf einer feinkörnig geronnenen Masse zwischen Capillaren und mittleren Gefässen, und Elschnig sah Rundzellenansammlungen um Gefässe des Corpus ciliare und der Chorioidea. Auch Sattler (Discuss. Heidelb. 1885) erwähnt an einem Falle von beginnendem Glaukom mit noch verhältnismässig guter Sehschärfe einer Verdickung der Chorioidea durch Lymphe und Wanderzelleninfiltration und bestätigt damit die ähnlichen Befunde Kuhnts. Eine Anschwellung der Ciliarfortsätze ist seit Weber hin und wieder beschrieben worden, ohne dass sich hieraus etwas für die Richtigkeit seiner Hypothese folgern liesse. Auch in der Iris werden ähnliche Vorgänge wie in der Chorioidea beobachtet. Die Zelleninfiltrationen können den Gefässen folgen oder herdförmig erscheinen. — Bei längerer Dauer des Krankheitsprocesses treten nun an den Stellen der Infiltrationen Bindegewebsbildungen auf, die zur Atrophie führen. Die Erkrankung der Uvea charakterisiert sich demnach als eine chronische, zu schwieliger Verödung führende Entzündung. Von den bisher erwähnten Teilen der Uvea wird indessen kein einziger in charakteristischer Ausschliesslichkeit oder Stärke befallen, und eine Verursachung der glaukomatösen Drucksteigerung lässt sich überhaupt aus dieser Entzündung nicht ableiten.

Ich möchte noch kurz auf einige, z. T. sehr häufige Veränderungen an der Uvea von Glaukomaugen zu sprechen kommen. Das sogenannte Ektropion des Pupillarrandes kommt nach den Ausführungen von Knies, Birnbacher und Czermak dadurch zustande, dass sich auf der Irisvorderfläche eine entzündliche Bindegewebswucherung einstellt, die den freien Pupillarrand hinüberzieht. Der Halo glaucomatosus endlich beruht im Grossen und Ganzen auf einer den Sehnerv ringförmig umgebenden Aderhautatrophie, wie von Schweigger und Kuhnt nachgewiesen wurde; entzündliche Herde können vorkommen und von Einfluss auf die klinisch wahrnehmbare Färbung des Halo sein. Die alte Ansicht Arlts, dass der Halo ein Dehnungssymptom sei, wird in neuester Zeit, unter anderem auch von Kuschel vertreten.

Vorgänge in der Kammerbucht. Es ist bekannt, welche bedeutende Rolle die Obliteration der Kammerbucht seit Knies (A. f. O. 1876) in der Glaukomlehre gespielt hat, aber es geht mit dieser Glaukomveränderung wie mit vielen anderen: eine Einigkeit über ihr Verhältnis zur Drucksteigerung ist noch keineswegs erzielt worden. Dass der Kammerbuchtverschluss bei älteren Glaukomfällen die Regel ist und hier die Druckerhöhung unterhält, scheint nach unseren pathologischen und physiologischen Kenntnissen ohne Weiteres klar zu sein. Zweifelhaft bleibt es aber, ob die Obliteration der Drucksteigerung vorher gegangen oder ihre Folge gewesen sei.

Nach den Untersuchungen von Knies und Birnbacher und Czermak handelt es sich auch in der Kammerbucht um proliferierende entzündliche Vorgänge, ähnlich denjenigen der Uvea. Während aber Birnbacher und Czermak darin nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Uveitis sehen, hält Knies diese Vorgänge für umschrieben und selbständig. Aus alten Glaukomfällen lässt sich diese Frage weder in dem einen noch in dem anderen Sinne entscheiden, wir werden auch hier nach frischen Veränderungen suchen müssen, werden aber dabei gewisse Kategorien von Veränderungen streng zu trennen haben. Die Art des Flüssigkeitswechsels im Auge bringt es mit sich, dass dem Maschensystem des reticulum sclero-corneale auch in pathologischer Hinsicht eine selbständige Bedeutung zukommt.

Die Untersuchung der frischen Glaukomfälle Birnbachers und Elschnigs hat nun zunächst ergeben, dass ein völliger Verschluss der Kammerbucht nicht vorhanden zu sein braucht; bei der Entstehung der peripheren Synechie erfolgt die Annäherung der Iris an die vordere Kammerwand, nicht in der Kammerbucht selbst, sondern etwas vor derselben, und hier tritt auch zuerst die feste Verwachsung zwischen Iris und Cornea ein. In der Kammerbucht selbst geht dieser Process erst später vor sich. Auch in Fällen, in denen das Glaukom infolge von Iridectomie nicht absolut geworden war (Fuchs), oder durch ein Mioticum verhütet worden war (Levinsohn), fand sich keine Obliteration der Kammerbucht. Ferner ist es für die Beurteilung dieser Frage wichtig, dass auch totale periphere Synechien vorkommen, ohne dass Drucksteigerung zu beobachten wäre, wie noch kürzlich Fuchs an Augen mit Hornhautprocessen und Iriseinheilung gezeigt hat. Wir werden mit ihm in solchen Fällen eine ziemlich vollständige Filtration durch die Iris annehmen und den Eintritt der Drucksteigerung auf secundäre Verdichtung des Irisgewebes zurückführen. Uebrigens vertrat Schnabel (A. f. O. VI) bereits 1877 den Standpunct, dass die Obliteration der Kammerbucht allein unschädlich sei.

Infolge der geschilderten Tatsachen ist es uns nicht möglich, die Entstehung der Drucksteigerung auf die periphere Irissynechie zurückzuführen, wir müssen sie im trabeculum sclero-corneale suchen. In den Glaukomarbeiten finden sich häufig Hinweise auf die Wichtigkeit einer Verstopfung der Maschenräume mit Blut, Rundzellen und Pigment. Es ist auch theoretisch durchaus einleuchtend, dass durch derartige Verlegung des Abflussweges eine Flüssigkeitsretention eintreten muss. Pathologisch-anatomisch ist aber ein solcher Zusammenhang kaum nachweisbar, um so weniger, als es sich hierbei um immerhin recht seltene Veränderungen handelt. In neuerer Zeit hat besonders de Vries (Nederl. Tijdsch. 1907) in Fortsetzung der Untersuchungen von Knies diesen Vorgängen seine Aufmerksamkeit zugewandt, indem er die Fälle von sogenannter Sklerose des reticul. sclerocorneale zusammenstellte und eigene Beschreibungen folgen liess. Unter Sklerose wird hier eine Umformung verstanden, die durch Endothelverlust und Verdickung des Balkenwerks und Obliteration der Maschen gekennzeichnet ist. Selbstverständlich dürfen wir nicht vergessen, dass es sich hier um weit vorgeschrittene Veränderungen handelt; sie haben aber eine grundsätzliche Bedeutung, denn ihre Vorläufer müssen für die Entstehung der Drucksteigerung ausserordentlich wichtig sein. Sollte in Zukunft der Zufall frische Glaukomfälle zur Untersuchung bringen, wird man sein Augenmerk dem Verhalten des reticul. sclerocorneale in ganz besonderem Masse zuwenden müssen.

Sklera. Veränderungen an der Sklera sind häufig beschrieben worden und bestehen zum Teil in entzündlichen Zellinfiltrationen, zum Teil in atrophischen Zuständen. Die Ersteren sitzen nach Birnbacher und Czermak meist an den Gefässdurchtritten; diffuse Skleritis kommt ebenfalls vor, ist aber schwer nachzuweisen, wenn sie abgelaufen ist. Ferner haben Birnbacher und Czermak eine Atrophie der inneren Schichten beschrieben, die sie auf den erhöhten Druck zurückführen. Von andern Autoren ist fettige Degeneration und Verkalkung gefunden worden.

Wenn hier nicht weiter auf diese Veränderungen eingegangen wird, liegt es nicht an ihrer geringen Bedeutung, sondern an dem Umstand, dass die im Einzelnen angestellten Beobachtungen sich noch nicht unter allge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meine Gesichtspunkte ordnen lassen. Wir wissen von der normalen Anatomie und Physiologie der Sklera noch zu wenig, um die pathologischen Befunde in ihrer Bedeutung für die Glaukomlehre richtig einschätzen zu können. Alles was in dieser Richtung bisher veröffentlicht wurde, überschreitet kaum die Grenzen der Hypothese.

Kurz möchte ich noch auf die Staphylombildung in der Sklera hinweisen. Birnbacher und Czermak schildern ausführlich den Mechanismus ihrer Entstehung und fassen sie als Produkt einer chronischen Entzündung und des intraocularen Druckes auf. Hinsichtlich der Ausdehnung der Sclerocornealgrenze ist im Gegenteil Schnabel (A. f. A. VI. 1897) der Ansicht, dass sie nicht Folge sondern Ursache der Druckerhöhung sei.

Glaskörper. Das über die Sklera Gesagte trifft in dem Sinne auch für den Glaskörper zu, dass hier die Untersuchungstechnik noch nicht den berechtigten Anforderungen entspricht. In den Arbeiten über Primärglaukom finden sich allerdings häufig Hinweise auf die Beschaffenheit des Glaskörpers und Angaben über Consistenzveränderungen oder fremde Beimengungen. Es dürften aber in den seltensten Fällen Methoden angewandt worden sein, die der Structur des Glaskörpers im Besonderen angepasst wären. Eine pathologisch-anatomische Arbeit speciell über den Glaskörper bei Glaukom hat Haensell veröffentlicht und die Ansicht ausgesprochen, dass gewisse Veränderungen ein Stagnieren der Flüssigkeit in ihm bewirkten, ein Gedanke, der in anderen Varianten auch sonst noch zu finden ist, z. B. bei Stölting (A. f. O. 1888). Eine abschliessende Entscheidung darüber wird man von kommenden Arbeiten erwarten müssen.

Zonula Zinnii und Linse. Die Zonula Zinnii wird bald als normal oder verdünnt (Birnbacher und Czermak), bald als degeneriert und in Schollen zerfallen (Topolanski, A. f. A. 54) beschrieben. Dass sie in alten Glaukomaugen Veränderungen erleidet, wird übrigens durch das Vorkommen von Luxationen und Subluxationen der Linse erwiesen.

Die Linse wird häufig kataraktös, ohne dass man bisher charakteristische Veränderungen gefunden hätte. Die Ansicht Priestley Smiths, wonach bei primärem Glaukom die Linse relativ zu gross sei, wird von vielen Seiten und wohl mit Recht bestritten.

Retina. In den früh enucleierten Fällen von Primärglaukom von Birnbacher und Elschnig konnten irgend welche Veränderungen an der Netzhaut nicht festgestellt werden. Es muss indessen ausdrücklich darauf hingewiesen werden, das von keinem der Untersucher die technischen Hilfsmittel angewandt worden sind, die für die Darstellung feinster Veränderungen der Nervenzellen in Frage kommen (ich denke hier im Besonderen an die von Birch-Hirschfeld bei seinen Netzhautuntersuchungen angewandten Methoden).

Im Gegensatz zu diesen Fällen fand v. Hippel (A. f. O. 1901) bei einem 3 Wochen alten Primärglaukom Veränderungen in der Stäbchen-Zapfenschicht, wie sie bereits vor ihm Berenstein (A. f. O. 1900) an einem 3 Monate alten Secundärglaukom festgestellt hatte. Es handelt sich um Schrägstellung der Aussenglieder der Stäbchen und Zapfen und zwar in der Weise (in dem v. Hippelschen Falle), dass die Aussenglieder nasal von der Papille nasalwärts umgebogen waren, temporal von der Papille temporalwärts. Berenstein fasst diese Veränderungen als Druckwirkung auf.

Wenn die Druckerhöhung längere Zeit besteht, verfällt die Retina einer immer weiter fortschreitenden Atrophie und wird schliesslich durch ein fibröses oder mehr oder weniger structur- und gefässloses Häutchen ersetzt. Schreiber (A. f. O. 1906) hat in letzter Zeit besonders darauf hingewiesen, dass die inneren Netzhautschichten, nämlich die Nervenfaserschicht und Ganglienzellenschicht, bei vorgeschrittenem primären Glaukom restlos schwinden, und sieht darin eine mechanische Wirkung der Druckhöherung. Die äusseren Netzhautschichten, einschliesslich der inneren Körner, bleiben dagegen viel länger erhalten und können selbst dann noch mässige Veränderungen zeigen, wenn die inneren Schichten bereits in ein fibröses Gewebe aufgegangen sind.

Den Gefässen der Netzhaut und des Sehnerven wird in den Glaukomarbeiten ein grosses Interesse entgegengebracht, und in der Tat finden sich Veränderungen an ihnen ausserordentlich häufig. Bei einer kritischen Beurteilung darf aber nicht vergessen werden, dass es sich auch um angiosklerotische Erscheinungen oder um solche, die das Alter mit sich bringt, handeln könne, und beides müssen wir ausschliessen, wenn wir die fraglichen Veränderungen als typisch glaukomatös ansehen wollen.

Unter den Arbeiten, deren Zweck es ist, Klarheit über die sklerotischen Veränderungen an den Netzhautgefässen zu schaffen, ist ganz besonders die Untersuchung Hertels (A. f. O. 1901) zu nennen, da sie an einem grossen Material und mit Hülfe der Weigertschen Elastinfärbung unternommen wurde.

Hertel kommt hier zu dem interessanten Ergebnis, dass die Zunahme der elastischen Elemente in der Gefässwand weder nach Art noch Ausdehnung für die Angiosklerose charakteristisch sei, sondern als eine physiologische Altersveränderung aufgefasst werden müsse. Andererseits müssten herdweise auftretende Infiltrationen mit consecutiver Wucherung von Bindegewebe und elastischen Fasern als Symptom der Angiosklerose angesehen werden. Während Hertels Material aus Fällen bestand, in denen die Angiosklerose noch nicht zu Sehstörungen geführt hatte, legte Harms (A. f. O. 1905) seinen ausserordentlich gründlichen Untersuchungen Augen mit ausgedehnten Circulationsstörungen und Glaukom zu Grunde und fand als anatomische Grundlagen derselben ausgedehnte Veränderungen im arteriellen und venösen Gefässsystem, nämlich Intimaverdickungen und thrombotische Vorgänge. Diesen Befunden haben wir solche an Augen mit Primärglaukom entgegenzustellen. Es ist nun von grundlegender Bedeutung, dass in den Frühfällen Veränderungen weder an den Centralgefässen noch an denjenigen der Netzhaut gefunden wurden. Wir werden daher, wenn wir in vorgerückten Fällen von Primärglaukom Lumenverengerungen oder Obliterationen feststellen, dieselben als eine Folgeerscheinung des Druckes anzusehen oder aber eine zufällige Complication mit Angiosklerose anzunehmen haben. Es würde zu weit führen, auf die Gefässveränderungen im Einzelnen einzugehen. Weitere Untersuchungen werden festzustellen haben, in welcher Weise die Druckerhöhung auf den Untergang der Gefässe einwirkt. Für die Arterien könnte man übrigens an Vorgänge denken, die Thoma als compensatorische Endarteriitis bezeichnet hat und Garnier in diesem Sinne auffasst.

Sehnerveneintritt. Die Gestaltveränderungen an der Papilla nervi optici haben in der Glaukomanatomie stets eine ganz besonders wichtige Rolle gespielt.

Seitdem Heinrich Müller im Jahre 1856 die Excavation am enucleierten Auge nachgewiesen, hat sich die Wissenschaft daran gewöhnt, in ihr ein Glaukomcharakteristicum zu sehen. Hinsichtlich der Entstehung der Excavation ist aber bis auf den heutigen Tag eine ganz allgemein gültige Ansicht nicht erzielt worden. Das Aussehen der typischen Excavation kann hier als bekannt vorausgesetzt werden und braucht deshalb nicht näher geschildert zu werden. Von besonderer Wichtigkeit sind aber jene Fälle, deren Mehrdeutigkeit eben den Anlass zur Entstehung verschiedener Hypothesen gegeben hat. An die erste Stelle möchte ich hier das Auftreten von Cavernen vor und hinter der Lamina cribrosa anfüh-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ren. Bekanntlich hat Schnabel auf Grund solcher Befunde die Lehre von dem glaukomatösen Sehnervenleiden aufgestellt. Er versteht darunter einen Schwund der Nervenfasern mit Höhlenbildung innerhalb des Bindegewebsgerüstes, der vom intrascleralen Teil des Sehnerven nach den Nervenfasern der Retina absteigt und die „unentbehrliche Vorarbeit" für die glaukomatöse Excavation leistet. Sie skeletisiert nämlich den Sehnervenkopf und verringert seine Masse so, dass sie in einem sehr kleinen Raum Platz finden kann. Ist das geschehen, dann sinkt das seiner Stütze beraubte Bindegewebsgerüst zusammen und schrumpft, und es entsteht die sogenannte Sehnervenexcavation. Eine Dislocation der Lamina nach hinten tritt ein, wenn der Sehnerv hinter ihr an der cavernösen Atrophie teilnimmt (Z. f. A. 1905). Nach der Ansicht Schnabels, die von Elschnig geteilt und verteidigt wird, spielt eine Erhöhung des Augendruckes bei der Entstehung der Excavation nicht die geringste Rolle.

Gegen die Schnabel-Elschnigsche Hypothese ist vielerlei ins Feld geführt worden, in neuester Zeit besonders durch Schreiber (A. f. O. 64. 1906). So konnte dieser Autor nie in der Papille einen primären Nervenschwund im Sinne Schnabels finden. Wenn Höhlenbildung in der Papille vorhanden war, wurde sie in noch stärkerem Grade in der Nervenfaser- und Ganglienschicht der Netzhaut wiedergefunden. Die Befunde sprachen also für eine ascendierende und nicht descendierende Sehnervenatrophie. Die Excavation ist nach Schreiber die Folge des Druckes und der ascendierenden Degeneration; Letztere entsteht unter der Wirkung der Druckerhöhung. Mit Recht wendet auch Schreiber gegenüber Schnabel ein, dass man ein zufälliges Zusammentreffen des cavernösen Sehnervenleidens mit allen nur möglichen Secundärglaukomen nicht annehmen dürfe.

Einige andere Beobachtungen sind ebenfalls imstande, die Lehre von der Schnabelschen glaukomatösen Sehnervenatrophie zu erschüttern. So haben Axenfeld und seine Schüler nachgewiesen, dass die Cavernenbildung durchaus nichts Charakteristisches für Glaukom sei, sondern auch in myopischen Augen gefunden werde. Dass ferner die Druckerhöhung eine wichtige Rolle bei der Ausbuchtung der Lamina cribrosa spielt, hatten bereits Birnbacher und Czermak experimentell festgestellt. Nach all diesem lässt sich wohl nicht daran zweifeln, dass die Annahme eines primären glaukomatösen Sehnervenleidens nicht zu verteidigen sei. Es ist mir auch nicht recht verständlich, warum sich Schnabel und Elschnig so ablehnend gegen die Mitwirkung des gesteigerten Druckes bei der Entstehung der Excavation verhalten und alle Veränderungen gewissermassen gegen ihn erklären wollen. Andererseits sind auch zu allen Zeiten gewisse Anhänger der Druckhypothese viel zu weit gegangen, indem sie die Druckwirkung überschätzten. Auch Birnbacher und Czermak scheinen mir bis zu einem gewissen Grade in diesen Fehler zu verfallen. Wir sehen in der Hypothese Schnabels die Reaction auf jene Ueberschätzung; wenn sie ihrerseits gleichfalls über das Ziel hinausschoss, gebührt ihr immerhin das grosse Verdienst, eine vermittelnde Anschauung hervorgerufen zu haben. Wir müssen uns hiernach die Entstehung einer glaukomatösen Excavation folgendermassen denken: Da der intraoculare Druck von der Lamina cribrosa und nicht von der Papillenoberfläche getragen wird, muss die Druckerhöhung zunächst eine Ausbiegung jener hervorrufen. Dadurch tritt eine Zerrung und Atrophie der Nervenfasern ein (Birnbacher und Czermak), während zu gleicher Zeit von der Netzhaut aus eine ascendierende Degeneration Platz greift (Schreiber). Beides zusammen schafft die glaukomatöse Excavation.

Selbstverständlich gibt es häufig Fälle von Excavation, die von dem allgemeinen Typus mehr oder weniger abweichen. So beschrieb Römer (A. f. O. 52.) eine Excavation von dem Querschnitt eines auf eine Spitze gestellten Quadrates. Oguchi (A. f. A. 70) beschrieb eine cylindrische, centralgelegene Excavation, und ich selbst machte einen ähnlichen Befund an einem glaukomatösen Myopieauge. Mehrere Autoren haben Excavationen der Lamina cribrosa ohne Excavation der Papille beobachtet und diese Erscheinung auf verschiedene Weise zu erklären versucht. (So nimmt Schnabel die Entwicklung einer Stauungspapille in einer gewöhnlichen glaukomatösen Excavation an, Axenfeld und Krukenberg sehen im Gegenteil in einer Neuritis n. optici die primäre Veränderung und meinen, dass der gesteigerte Druck die geschwellte Papille in die Excavation hineingepresst habe. Roscher (Kl. M. f. A. 1901) glaubt, dass die Ausfüllung der Excavation seines Falles durch eine secundäre Entzündung der Papillenreste vor sich gegangen sei. Demaria (Kl. M. f. A. 1904) fand in der Excavation Gebilde vom Aussehen der Corpora amylacea mit Eisenreaction und leitet sie von einer in die Excavation erfolgten Blutung her). Hier mag noch erwähnt werden, dass die Excavationen in nicht allzu seltenen Fällen mit retinalem Gewebe angefüllt sind, wie es Kampherstein (Kl. M. f. A. 1903.) beschreibt, Geringere Grade von Dislocation der Netzhaut in die Excavation sind nach Schnabel häufig und wurden von ihm für seine Hypothese, von Anhängern der Druckhypothese für die ihrige ins Feld geführt.

(Ein besonderes Aussehen der Excavation zeigen Augen, bei denen die Druckerhöhung mit Skleradehnung des hinteren Abschnittes zusammentrifft, also bei Myopie, worauf ich bei der Beschreibung einiger Fälle hingewiesen habe. Man findet hier hauptsächlich auf der nasalen Seite eine weit ins Lumen der Excavation vorspringende Skleralleiste, die sowohl durch Supertraction der inneren Skleralagen, wie durch Retraction der äusseren zustande kommen kann).

Wir wollen diesen Abschnitt mit einem kurzen Hinweis auf die Veränderung am Sehnervenkopf in frischen Fällen von Drucksteigerung beschliessen. Im 7-tägigen primären Glaukom Birnbachers fand sich Papillenschwellung infolge von Oedem, Degenerationsherde im Nervengewebe vor der Lamina elastica und Ausbuchtung der innersten und mittleren Laminabündel. Elschnig (Festschrift f. Schnabel 1896) stellte in seinem 23-tägigen primären Glaukom an den scleralen Laminabalken Convexität nach hinten fest, an den chorioidealen Convexität nach vorn; das Papillengewebe war aufgelockert, innerhalb der Sklera und Chorioidea stark degeneriert. In v. Hippels 21-tägigem acuten (ob primären?) Glaukom war ausser Markscheidenzerfall nichts Wesentliches zu verzeichnen. In meinem 20—25-tägigem Secundär-Glaukom nach Cataracta senilis zeigten die fraglichen Gewebe keinerlei Abweichungen von der Norm. Zirm endlich fand in seinem Fall von Jridokyklitis luetica mit secundärer Drucksteigerung, keine Excavation und nur die Zeichen einer frischen Neuritis. Wir sehen aus diesen zum Teil negativen Befunden, wie wichtig weitere Untersuchungen frischer Glaukomaugen auch für unsere Kenntnisse von der Entstehung der Excavation sind.

Ich will und kann nicht eine Glaukomtheorie ausschliesslich auf Grund der pathologischen Anatomie construieren. Wenn ich den Versuch machen wollte, das Wesen des Glaukoms zu erklären, dürfte ich ebenso wenig die Ergebnisse der klinischen Beobachtung und des physiologischen Experimentes ausser acht lassen. Ein Eingehen auf diese so verwickelten wie umfangreichen Probleme liegt aber weit jenseits des gesteckten Zieles.

Wir wollen hier nur als Resultat der vorliegenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Betrachtung eine kurze Antwort suchen auf einige Cardinalfragen, die wir uns bereits eingangs gestellt haben.

Was unterhält die Druckerhöhung? Theoretisch ist es denkbar, dass die dauernde Gleichgewichtsstörung im Flüssigkeitswechsel, die dem gesteigerten Drucke zu Grunde liegt, sowohl durch gesteigerten Zufluss als durch behinderten Abfluss vor sich gehe. Wenn wir uns aber dessen erinnern, dass der hydrostatische Regulierungsapparat des Auges Zufluss und Abfluss in ein gewisses Verhältnis zu einander bringt, wenn wir ferner die Erfahrungen der Experimentatoren heranziehen, dann scheint uns die Retention das viel bedeutsamere zu sein. Als wichtigste Ursache der Retention erkannten wir aber die periphere Irissynechie. Sollte sie in sehr seltenen Fällen ausgeblieben sein, dann wäre das Hindernis peripher von der Kammerbucht im Sinne des Flüssigkeitsstromes zu suchen.

Was verursacht die Druckerhöhung? Wichtige Beobachtungen an frischen Glaukomaugen und anderen zu dieser Krankheit neigenden Zuständen haben gezeigt, dass die Obliteration nicht in der Kammerbucht selbst, sondern etwas vor ihr beginnt und dass andererseits die Druckerhöhung zeitlich der peripheren Irissynechie vorhergeht. Das führt notgedrungen zu der Annahme, dass die Ursache der Druckerhöhung in Veränderungen des Reticulum sclerocorneale zu suchen sei. Ob diese Hypothese allgemeine Bedeutung hat, muss die Zukunft lehren.

Was veranlasst die Druckerhöhung? Wir kennen zwei Gruppen von Anlässen im Auge. Die eine umfasst anatomische Eigentümlichkeiten, die andere senile Veränderungen. Zu der ersteren gehören hyperopischer Bau des Ciliarkörpers, Missverhältnis in der Grösse von Linse und Cornea, sowie alle Abweichungen, die im Sinne einer Raumbeengung der vorderen Kammer wirken. Die senilen Veränderungen bestehen in Sklerose und Elasticitätsverlust der für den Flüssigkeitswechsel wichtigen Gewebe. Die senile Sklerose ist der Boden, aus dem sich die glaukomatöse Drucksteigerung entwickelt (vergl. besonders die interessanten Arbeiten Kuschels in d. Zeitschr. f. Aug. Bd. XVI. u. ff.).

Was sind endlich die Folgen der dauernden Drucksteigerung? Als solche haben wir besonders Circulationsstörungen, chronische Entzündungen und Atrophien in den verschiedensten Geweben festgestellt. Ihnen fällt schliesslich das Auge als Sehorgan zur Beute. Aufsteigende Atrophie der Netzhaut in Verbindung mit Laminaectasie schafft die glaukomatöse Excavation. Staphylome, intraoculare Blutergüsse und Dislocationen der inneren Teile bezeichnen die letzte Stufe der Vernichtung.

Ueber die Therapie des Glaukoms.

(Indicationen und Heilwert der Glaukomoperationen, Iridektomie resp. Sklerotomie, und der Miotica, Bedeutung der Allgemeinbehandlung bei „primärem" Glaukom).

Correferat, erstattet in der ophthalmolog. Specialsitzung des I. Baltischen Aerztecongresses zu Dorpat am 25. Aug. 1909.

Von

Dr. E. Blessig-St. Petersburg.

M. H.! Gern komme ich der Aufforderung nach, ein Correferat über die Therapie des Glaukoms zu geben. Das, was ich zu diesem Thema zu sagen habe, ist allerdings weder neu, noch auch von wissenschaftlichem Interesse. Wohl aber scheint es mir im Interesse der praktischen Augenheilkunde dringend geboten, dass wir uns hier gerade auch über die Therapie des Glaukoms wieder einmal aussprechen und womöglich auch verständigen, besonders über die heutzutage inbezug auf Indication und Heilwert so vielfach angezweifelten Glaukomoperationen. Die Meisten unter uns erinnern sich wohl noch der Zeit, da noch unter dem nachwirkenden Einfluss der Graefe schen Schule, ein jedes primäre Glaukom eo ipso der Iridektomie unterzogen wurde, da es geradezu für einen Kunstfehler galt, eine solche zu unterlassen. Neben dem unberechenbaren Segen, den diese Operation in unzähligen Fällen tatsächlich gebracht hat, konnten bei einem solchen wahllosen Verfahren auch Misserfolge und schwere Enttäuschungen natürlich nicht ausbleiben. Unter dem Eindruck persönlich erlebter tragischer Fälle und mit Berufung auf die im letzten Jahrzehnt vielfach bekannt gewordenen Erhebungen über die Dauerresultate der Glaukomiridektomie sind manche Fachgenossen heutzutage zu einem m. E. unberechtigten Pessimismus, zu einer grundsätzlichen Ablehnung der operativen Behandlung des Glaukoms gelangt. Für die Praxis ist das sehr bedenklich: es hat zur Folge, dass ein Glaukompatient, wenn er heute mehrere Augenärzte nach einander consultiert, von diesen oft ganz entgegengesetzte Ratschläge zu hören bekommt: der eine rät ihm dringend zur Operation — der andere warnt ihn ebenso dringend davor. Es ist verständlich, dass ein solcher Patient sich eben nicht operieren lässt. Und so bleibt denn mancher Fall unoperiert, in dem die Operation fraglos indiciert gewesen wäre, so erblindet Mancher, dem durch sie hätte geholfen werden können!

Gegenüber einer solchen — sit venia verbo — Verwirrung der Anschauungen, gilt es einen festen Standpunkt zu gewinnen. Dies können wir aber nur, indem wir uns darüber klar werden, was die Glaukomoperation, spec. die Iridektomie als solche tatsächlich zu leisten vermag, was wir von ihr erwarten können. Dann werden wir auch wissen, ob und wann wir im gegebenen Falle die Operation anraten oder ober aber ablehnen dürfen.

Zur Vermeidung eines zeitraubenden Vortrags über dieses gewiss jedem praktischen Augenarzt naheliegende Thema habe ich mir erlaubt, meinen Standpunkt in einigen Thesen zu formulieren, die ich Ihnen hiermit vorlege. Es sind dieselben, die ich schon früher vertreten habe. (1905 in der St. Petersburger Ophthalmol. Gesellschaft, s. Westnik oftalmol. 1906 Nr. 1 und 1907 im Verein St. Petersburger Aerzte, s. St. Pet. med. Wochenschr. 1907, Nr. 30), nur sind sie hier präciser ausgearbeitet. Ich darf wohl sagen, dass mein darin ausgesprochener Standpunkt im Grossen und Ganzen auch mit dem in unserer St. Petersburger Augenheilanstalt geltenden übereinstimmt, wobei natürlich der persönlichen Anschauung der einzelnen an ihr wirkenden und operierenden Collegen immerhin ein weiter Spielraum bleibt. Auf einige specielle Punkte, so die Bewertung der Sklerotomie, die Allgemeinbehandlung des Glaukoms u. a. will ich näher eingehen, falls die Discussion dazu Veranlassung geben sollte. In Bezug auf Allgemeinbehandlung verweise ich übrigens auch auf meinen 1907 im Verein St. Petersburger Aerzte gehaltenen Vortrag (s. St. Petersb. med. Wochenschr. 1907, Nr. 34). Die von mir auch in meinen Thesen gebrauchte Nomenclatur des Glaukoms entspricht der von der St. Petersburger Ophthalmol. Gesellschaft 1903, auf Vorschlag einer besonderen Commission, angenommenen Classification der verschiedenen Glaukomformen (s. Westnik oftalmol. 1903) und weicht von der auch sonst üblichen nicht ab. Einige statistische Daten über die Glaukom-Iridektomien der St. Petersburger Augenheilanstalt für das letzte Jahrzehnt 1899—1908 gestatten Sie mir vielleicht später in der Discussion vorzubringen. Es sollte mich im Interesse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unserer Glaukomkranken freuen, wenn Sie eine solche im Anschluss an meine Thesen nicht ablehnen wollten.

Thesen:

1) Jedes „primäre" Glaukom ist als Aeusserung irgend eines Allgemeinleidens anzusehen (Herz- und Gefässerkrankungen, Gicht, Syphilis, etc.).

2) Dennoch fällt in der Behandlung des Glaukoms — auch bei voller Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und entsprechender Allgemeinbehandlung — der Localtherapie die Hauptrolle zu.

3) Jede locale Therapie des Glaukoms hat die Aufgabe, den pathologisch gesteigerten intraocularen Druck dauernd herabzusetzen, weil dieser in erster Linie es ist, der beim Glaukom das Sehvermögen bedroht und vernichtet.

4) Herabsetzung des intraocularen Druckes kann erreicht werden durch Operation oder durch Miotica, mithin kann die Localtherapie des Glaukoms eine operative oder medicamentöse sein. Es gilt, die Leistungsfähigkeit beider abzuschätzen und danach, ihre Indicationen abzugrenzen. Die Verhältnisse liegen darin heute anders als etwa zu Graefes Zeiten, wo die Miotica noch nicht in Betracht kamen und daher in der Operation die einzige Rettung gesehen werden musste.

5) Der heutzutage von manchen Fachgenossen vertretene Pessimismus inbezug auf den Heilwert der Iridektomie bei Glaukom erscheint als Reaction gegen jene Zeit, in der alle Glaukome — jeder Form und jeden Stadiums — unterschiedslos dieser Operation unterworfen wurden.

6) Die von Graefe vor mehr als einem halben Jahrhundert festgestellte und für die Therapie des bis dahin tatsächlich unheilbaren Glaukoms verwertete Tatsache, dass der pathologisch gesteigerte intraoculare Druck durch eine Iridektomie dauernd zur Norm herabgesetzt werden kann — besteht auch heute zu Recht. (Wieweit die Sklerotomie dasselbe zu leisten vermag, bleibe dahingestellt).

7) Eine Glaukomoperation, spez. die Iridektomie, kann daher auch nur dort indiciert sein, wo der intraoculare Druck nachweislich erhöht ist, also beim sogen. „entzündlichen" Glaukom in seinen verschiedenen Formen (Gl. „inflammatorium" acutum, subacutum, chronicum). Das sogen. Glaukoma simplex mit zweifelhafter Drucksteigerung ist mithin von der Operation auszuschliessen*).

8) Mehr als Druckherabsetzung kann die Glaukomoperation allerdings nicht leisten. Nicht immer wird sie daher auch von Einfluss auf die Erhaltung des Sehvermögens sein, besonders dann nicht, wenn sie zu spät kommt (s. p. 12).

9) Beim „entzündlichen" Glaukom wird tatsächlich durch die Iridektomie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Herabsetzung des intraocularen Druckes bis zur Norm erreicht. Dabei schwinden in der Regel mit dem Moment der Operation alle glaukomatösen Erscheinungen: die Hornhaut hellt sich auf, die Vorderkammer wird tiefer, die Injection nimmt ab, das Auge ist schmerzlos, das Sehvermögen erholt sich. Kurz, die wohltätige Wirkung der Operation ist evident. Diese Wirkung ist meist auch von Dauer.

10) Wird ein solcher Effect in einem frühen Stadium des Glaukoms an einem Auge erzielt, dessen Sehapparat noch nicht endgiltig unter dem gesteigerten Augendruck gelitten hat, d. h. bevor der Sehnerv excaviert, das Gesichtsfeld erheblich eingeengt ist — so darf ein so operiertes Auge für die Zukunft als gesichert angesehen werden.

11) Allerdings kommt es vor, dass ein Glaukomauge auch nach einer regelrecht (d. h. peripher und breit) angelegten Iridektomie dennoch hart bleibt, die Vorderkammer flach bleibt, Injection und Schmerzen andauern und das Sehvermögen weiter verfällt. Solche ungünstige Fälle bilden aber die Ausnahme, nicht die Regel!

12) Hat aber der glaukom. Process einmal zu randständiger Druckexcavation und atrophischer Blässe der Sehnervenpapille geführt, ist es schon zu dauernder Schädigung des Sehvermögens, zu hochgradiger Einengung des G. F.'s gekommen — so ist es verständlich, wenn in solchem Falle trotz der durch die Iridektomie erzielten normalen Druckverhältnisse, d. h. auch nach Beseitigung der schädigenden Drucksteigerung, der durch diese einmal eingeleitete atrophische Process weiter fortschreitet und zur Erblindung führt.

13) Doch selbst in solchen aussichtslosen Fällen kann die Iridektomie indiciert sein, weil sie die unvermeidliche Erblindung doch manchmal aufzuhalten und ferner auch das erblindete Auge vor den weiteren Folgen der glaukom. Degeneration, besonders vor schweren Glaukomschmerzen, zu bewahren vermag.

14) Die druckherabsetzende Wirkung der Iridektomie, von ihrem Entdecker empirisch gefunden, ist danach durch tausendfältige Erfahrung an operierten Glaukomaugen allgemein bestätigt. Ihr praktischer Wert kann nicht dadurch geschmälert werden, dass es an einer sichern wissenschaftlichen Erklärung für diese Wirkung einstweilen noch fehlt.

15) Aus p. 9, 10 und 13 folgt, dass die Iridektomie bei den „entzündlichen" Glaukomen im Allgemeinen durchaus indiciert ist, dass diese Glaukomformen zu operieren sind, und zwar je früher — desto besser, womöglich schon im prodromalen Stadium!

16) Im Interesse der Technik und des Erfolges der Operation ist es dringend wünschenswert, den Augendruck noch vor der Operation möglichst herabzusetzen durch den Gebrauch von Mioticis, eventuell auch, wo diese versagen, durch eine der Iridektomie vorausgeschickte Sklerotomie. Letztere ist auch als Nachoperation in den sub. p. 11 erwähnten Fällen indiciert.

17) Als Contraindicationen gegen die Iridektomie beim Gl. „inflammator." können gelten: hochgradige Einengung des G. F's. bis nahe an den Fixierpunct, ferner, im Falle einer Erkrankung des zweiten Auges, ein etwa schon früher, am ersterkrankten Auge erlebter Misserfolg der Operation, endlich auch Neigung zu Blutungen (Gl. haemorrh.). Dagegen darf der nach einer jeden Iridektomie zu erwartende, übrigens nur geringe und durch entsprechende Gläser leicht zu corrigierende Hornhautastigmatismus nun und nimmer als Contraindication angeführt werden, wo es sich darum handelt, ein Auge vor der Erblindung an Glaukom zu bewahren. Unter Umständen kann auch ein zu schwerer Allgemeinzustand des Patienten die Operation verbieten.

18) Die Miotica (Eserin resp. Pilocarpin) sind für die Therapie des Glaukoms von hohem Wert, schon dadurch, dass sie es dem Operateur ermöglichen, den geeigneten Moment für die Operation zu wählen und auch das acute Glaukom „im Intervall" unter günstigeren Bedingungen zu operieren. In Fällen, wo bei „entzündlichem" Glaukom aus besonderen Gründen die Operation contraindiciert ist (s. p. 17), und ebenso beim „Glaukoma simplex" (s. p. 7) sind wir auf sie allein angewiesen.

19) Die Wirkung der Miotica ist beim „entzündlichen" Glaukom meist nicht von Dauer. In der Regel versagen

*) NB. diese These hat in der auf dies Correferat folgenden Discussion eine gewisse Einschränkung erfahren (s. das Protocoll der Sitzung).

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sie nach kürzerer oder längerer Anwendung. Doch gelingt es manchmal, auch allein durch regelmässig fortgesetzten Gebrauch von Mioticis in einem glaukomatösen Auge den Druck dauernd normal zu erhalten. In solchen relativ gutartigen Fällen darf bei intelligenten Patienten und der Möglichkeit fortgesetzter ärztlicher Controlle von einer Operation abgesehen werden. Am ehesten wird das noch in der Privatpraxis möglich sein.

20) Neben der localen (operativen oder medikamentösen) Therapie des Glaukoms ist einer entsprechenden Allgemeinbehandlung möglichste Beachtung zu schenken. Denn ein Glaukompatient ist auch im Uebrigen nicht als gesund anzusehen! Es können hier, je nach der Natur des Grundleidens, Herzmittel (besonders Strophantus), Jod, Hg, u. a. m. in Betracht kommen. Es scheint auch, dass manches prodromale Glaukom, (z. B. bei Gichtischen) durch allgemeine Massnahmen, interne Medicationen und diätetisches Regime geheilt werden kann. Am ehesten wird auch dies alles sich in der Privatpraxis durchführen lassen. Doch müssen solche Patienten dabei immer unter Controlle des Augenarztes stehen und für den Fall erneuter prodromaler Anfälle unbedingt mit einem Mioticum versorgt sein!

Referate.

Prof. A. Seibert: Kampher und Pneumococcen. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. Nr. 36).

Seibert berichtet über 21 Pneumoniker, die er im St. Francis Hospital (New-York) mit grossen Kampherdosen behandelt hat. Das Bemerkenswerte war dabei, dass 1) in keinem Falle eine Krisis eintrat, 2) dass statt dessen eine langsame, aber stetige Besserung der Symptome nach der ersten Einspritzung auftrat, 3) dass diese Besserung auf stetig wiederholte Einspritzungen fortschritt und 4) dass die Krankheitsdauer dadurch wesentlich verkürzt wurde. Es handelte sich um eine Reihe von schwersten Erkrankungen. Der jüngste Patient war 4 Jahre, der älteste 72 Jahre alt. Eingespritzt wurden alle 12 Stunden 12 ccm. eines 20 proc. sterilen Kampheröls; beim 4-jährigen Patienten alle 12 Stunden 6 ccm. Der Umstand, dass das alveoläre Exsudat in der Lunge erst nach Temperaturabfall und bei normalem Puls und Atmung verschwindet, spricht nach Meinung des Autors dafür, den Kampher für ein die Pneumococcen in der Blutbahn abtötendes Mittel zu betrachten. Das beweisen auch die Versuche mit Aussaaten von Pneumococcen auf Nährböden, welchen ein zehntausendster Teil Kamphers zugesetzt war, und die nicht aufgingen, während die Controllculturen weiter wuchsen. Ebenso genasen Kaninchen, denen eine Pneumococcenemulsion intravenös eingeführt worden war und eine Stunde später 1 ccm. 20 proc. Kampheröls subcutan eingespritzt wurde. Diese Einspritzungen wurden alle 12 Stunden wiederholt. Die Tiere erkrankten zwar, erholten sich aber bald, während die Controlltiere eingingen.

Den Vorgang bei dieser Behandlung erklärt der Autor sich derartig, dass der Kampher aus dem Oel nur langsam in die Blutbahn gelangt und deshalb auch nur allmählich seine Wirkung entfalten kann. Dass das Mittel im Blute kreist und durch die Atmung ausgeschieden wird, beweist der deutliche Kamphergeruch aus dem Munde der Patienten. Diese Verdunstung verhindert wohl auch irgend welche cumulative Wirkung.

C. Rose: Eine Influenza ähnliche Diplococcenepidemie. (Münchener med. Wochenschrift, 1909, Nr. 44).

Im März und April 1909 erkrankten im Bürgerspital zu Strassburg i. E. von 84 auf 6 Sälen verteilt liegenden chronisch Kranken innerhalb 3 Wochen 37 und von Pflegepersonal und Aerzten 16 an einer der Influenza ähnlichen Krankheit. Dieselbe wurde eingeschleppt durch einen Patienten, der am Nachmittag zuvor einen kranken Verwandten besucht hatte. Die Incubationsdauer schwankte zwischen 12 und 36 Stunden. Der Beginn war acut unter Schüttelfrösten, das Fieber betrug zuerst 38,8 bis 39,2° um dann in den nicht complicierten Fällen in 10—12 Tagen lytisch zurückzugehen. Objectiv fand sich immer eine starke Pharyngitis mit zähem, eitrigem Belag; nur einmal fehlte sie unter 37 Fällen. In 4 Fällen trat eine Bronchopneumonie hinzu, 17 Fälle zeigten das Bild der crupösen Pneumonie. Von letzteren starben 7, darunter ein Patient, der neben der Pneumonie noch eine Eiterung des rechten Kniegelenks hatte. Bei 3 Patienten stellte sich am fünften resp. siebenten Tage eine hämorrhagische Nephritis ein. In 3 Fällen litten die Kranken an heftigen Durchfällen. Im Sputum aller Patienten wurden massenhaft Gram-positive Kapseldiplococcen (Fränkel-Weichselbaum) gefunden, ebenso im Belag des Pharynx, im Conjunctivalsack, im Schleim bei Rhinitis. In allen Fällen ging der Diplococcus gewöhnlich in Reincultur auf. In einigen Fällen fanden sich noch der Friedländersche Bacillus und der Mikrococcus catarrhalis. 2 Patienten, bei denen der Diplococcus im Blut gefunden wurde, starben: der eine an Pneumonie, der andere unter dem Bilde der Sepsis. Pfeiffersche Influenzabacillen waren in keinem Fall nachzuweisen.

Weyert.

Blumer: A report of two cases of osteoplastic carcinoma of the prostate with a review of the literature. John Hopkins Hosp. Bull., XX. No. 220.

Prostatacarcinome geben viel häufiger Knochenmetastasen als andere Carcinome, annähernd in $^2/_3$ aller Fälle. Die klinisch manifesten Formen sind oft singulär, können bei Sitz in den langen Knochen primäre Knochencarcinome und bei Sitz in den Wirbeln spastische Paraplegie vortäuschen. Oft verraten sich die Metastasen nur durch Schmerzen in den betr. Knochen oder durch Steifigkeit, wobei natürlich die Zeichen einer malignen Erkrankung auch vorhanden sind. Nur in $^1/_3$ der Fälle waren ausgesprochene Symptome einer Harnerkrankung vorhanden. Infolge dessen weist der Verfasser auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose hin.

Davis: The effect of Scarlet red in various combinations upon the epithelisiation of granulating surfaces. John Hopkins Hosp. Bull. Vol. XX. No. 219.

In 60 verschiedenen Fällen (verschiedene ulcera, Decubitus, Verbrennungen) wandte Verf. mit sehr gutem Erfolg Scharlachrot an. Er benutzte 2—20 pCt. Salben, in einigen Fällen auch rein, in Combination mit Borvaselin, Zinksalbe, Jodoformvaselin und Perubalsamsalbe und beobachtete die Vorsicht, die Ränder des Defectes mit einer indifferenten Salbe einzuschmieren. Beigelegte Photographieen illustrieren den manches Mal geradezu verblüffend raschen Erfolg.

Wichert.

Dr. Philalethes Kuhn: Die Verbreitung der Tuberculose in der Kapcolonie und ihre Lehre für Südwestafrika. Klinisches Jahrbuch, Bd. XX. 1908.

Verf. hat sich früher einmal dahin ausgesprochen, dass den südwestafrikanischen Kolonien durch die Einwanderung Lungenkranker, die zu Heilzwecken dahin geschickt werden, keine Gefahr drohe, wenn dabei genügende hygienische Sorgfalt verwendet wird. Vereinzelte Fälle von Ansteckung würden vielleicht unter der gesunden Bevölkerung vorkommen, sie dürften aber bald zur Heilung gelangen. Neuerdings sieht sich Verf. veranlasst, seine Meinung einer Nachprüfung zu unterziehen, denn der letzte Jahresbericht (1906) des Medical Officer of Health verzeichnet eine beunruhigende Verbreitung der Tuberculose in der Kapkolonie unter der eingeborenen Bevölkerung. Der Grund ist, ausser Unreinlichkeit, die Annahme europäischer Kleidung und Sitten, Trunksucht und Laster, ungenügende Ernährung und Ansteckung in den Schulen. Es müsse also, schliesst Verf., bei der Ansiedlung Tuberculöser in Südwestafrika die grösste Vorsicht obwalten.

F. Holzinger.

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. Max Neuburger. Geschichte der Medicin. Bd. I und 1. Hälfte des II. Bandes. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1906—1908.

Wie Verf. im Vorwort zum ersten Bande hervorhebt, hatte er bei der Abfassung des vorliegenden Werkes im Auge, «den Zusammenhang zwischen der allgemeinen Cultur und der Medicin und den Entwickelungsgang des medicinischen Denkens» zu schildern, und diese Aufgabe ist ihm vollauf gelungen. Von der primitiven Medicin der Naturvölker beginnend und durch die Geschichte der Medicin des Orients, des classischen Altertums und des Mittelalters wird dem Leser dieser Zusammenhang in überaus klarer, fesselnder Form vorgeführt und der Einfluss der übrigen Zweige der Erkenntnis und des Wissens auf die Medicin und Hygiene dargestellt. Namentlich die Beziehungen zwischen der Hygiene und der Religion bei den Völkern des Orients und ihre gegenseitige Beeinflussung bilden ein besonders interessantes Capitel. Die Er-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gebnisse der historischen Forschung der letzten Jahre sind überall eingehend wiedergegeben und durch die eigenen Quellenstudien des Verfassers reichlich ergänzt, wobei alles literarische Beiwerk, das die Lectüre erschweren würde, vermieden ist. Den umfangreichsten und ausführlichsten Abschnitt des ersten Bandes bildet in gebührender Weise die Medicin im classischen Altertum, und speciell in Griechenland, deren eigenartige Entwickelung — wie ja überhaupt die ganze Cultur der Hellenen einzig in ihrer Art ist — im Gegensatz zur Medicin der Völker des Orients, aus der sie hervorging, in ganz besonders fesselnder Weise geschildert wird. Im Orient wurden die durch Erfahrung gesammelten Tatsachen und Kenntnisse in Systeme gebracht, die den herrschenden religiösen und Weltanschauungen untergeordnet waren, an denen nicht gerüttelt werden durfte, wodurch jede weitere Entwickelung unmöglich gemacht wurde. Bei dem freien Griechenvolke hingegen fand das Erbe der alten mesopotamisch-ägyptischen Ueberlieferung einen günstigen Nährboden, auf dem sich der im Grunde genommen doch spärliche Samen der Wissenschaft zu ungeahnter Höhe und Fülle entwickeln konnte, dank dem Fehlen religiöser Schranken und dank dem kritisch veranlagten, schon frühzeitig die Gesetzmässigkeit der Naturereignisse erkennenden Geist dieses Volkes. Ein Gegenstück hierzu bildet die Medicin der Römer, die Jahrhunderte lang auf einer Stufe stehen blieb, ehe durch griechische Aerzte, namentlich durch Asklepiades, die wissenschaftliche Heilkunde nach Rom gebracht wurde und die alte rohe und abergläubische Ueberlieferung verdrängte. Galen bedeutet den Höhepunkt der antiken Medicin, nach ihm beginnt der Verfall der Heilkunde, dessen Ursache Neuburger in scharfsinniger Weise in ihrem eigenen Wesen erkennt. «Es fehlte im Altertum jederzeit an einer receptiven Masse, welche die Continuität der Forschung aufrecht erhielt und dasjenige durch mühsame Einzelarbeit ausbaute, was in den Fundamenten von den Meistern angelegt war». Hierzu kam der Einfluss der abergläubischen Volksmedicin, die allmählich auch bei den ärztlichen Autoren Eingang und Berücksichtigung fand, bis der Neuplatonismus und der Mysticismus im 2. Jahrhundert n. Chr. schliesslich zu einem vollen Niedergang der Wissenschaft führte. Der ungünstige Einfluss des Christentums kommt erst in zweiter Linie in Betracht.

Für das fernere Schicksal der Medicin wie der Wissenschaft überhaupt war die politische Weltlage von grosser Bedeutung. Die Bildung des west- und oströmischen Reiches schuf in Byzanz eine für die Pflege der Wissenschaft günstige Stätte, während im Westen durch die zunehmende Barbarei der endgiltige Verfall der Medicin eintrat, die nur in den Klöstern eine bescheidene Zuflucht fand. Aber auch in Byzanz fand nicht etwa eine weitere Entwickelung der Wissenschaft statt, vielmehr wurde hier nur die äussere Form in traditioneller Weise conserviert, was eine völlige Verödung des Inhalts zur Folge hatte. Wenn auch bei den Arabern die fruchtbaren Keime der Medicin zu keiner vollen Entfaltung kamen, so bleibt doch die Sammlung von reichem Tatsachenmaterial seitens der arabischen Aerzte und namentlich die Uebersetzung zahlreicher Werke der classischen Medicin, so namentlich des Galen, die uns z. T. im Original verloren gegangen sind, ein Verdienst dieses Volkes gegenüber den folgenden Geschlechtern, deren Aufgabe es wurde, aus den oft entstellten Ueberlieferungen, den Kern in reiner, ursprünglicher Form wiederherzustellen und die Wissenschaft in neue Bahnen zu weiterer Entwickelung zu lenken.

Mit der Medicin der Araber schliesst die erste Hälfte des zweiten Bandes, dem als Anhang eine literarhistorische Uebersicht der allerwichtigsten arabischen Autoren beigegeben ist. Es konnten hier nur einige springende Punkte sowie die Richtlinien des groszügigen Werkes angedeutet werden. Eine auch nur kurzzusammenfassende Wiedergabe des Inhalts würde bei der Fülle des Stoffes weit über den Rahmen des hier zu Gebote stehenden Raumes gehen. Einem jeden Arzt, der sich für den Werdegang der Medicin interessiert und denselben im Zusammenhang mit der gesamten Culturentwickelung der Menschheit studieren will, sei das Neuburgersche Werk angelegentlichst empfohlen. Es bietet viel Interessantes und Neues auch demjenigen Arzt, der sich mit der Geschichte der Medicin schon beschäftigt und bildet eine Quelle der Anregung zu weiterem Studium, dank den Ausblicken, die der Verfasser durch die eigenartige Behandlung und Beleuchtung des Stoffes gibt. Mit lebhaftem Interesse sehen wir der weiteren Folge des Werkes entgegen.

F. Dörbeck.

Dr. A. Lorand: Das Altern, seine Ursachen und seine Behandlung durch hygienische und therapeutische Massnahmen. Ein Handbuch für eine rationelle Lebensweise. Leipzig, 1909. Verl. von Dr. Werner Klinkhardt. 257 Seiten.

Das Bestreben des Verf. geht dahin, nachzuweisen, dass das Altern eine chronische Erkrankung ist, die mit demselben Recht behandelt werden kann, wie jede andere chronische Krankheit. Als Hauptursache des Alterns werden Veränderungen der Blutdrüsen aufgefasst, die alle Lebensvorgänge des Organismus beherrschen und die folgende 3 Hauptfactoren für das Altern bedingen: 1. die Herabsetzung der Stoffwechselprocesse, 2. die allgemeine Zunahme des Bindegewebes und 3. die Verminderung der Tätigkeit der entgiftenden Organe, die alle unter dem Einflusse der Blutdrüsen stehen. Verf. glaubt natürlich nicht, dass das Altern eine heilbare Krankheit ist, er ist aber überzeugt, dass sein Eintritt auf lange Jahre hinausgeschoben und die Lebenszeit weit über die durchschnittliche Dauer verlängert werden kann. Die Mittel dazu sind rationelle Lebensweise, für die folgende «12 Gebote» aufgestellt werden:

1. Halte Dich möglichst viel in frischer, gesunder Luft, vor allem, falls nicht zu heiss, im Sonnenschein auf. Sorge hierbei reichlich für Bewegung und unternimm jeden Tag einen grösseren Spaziergang.
2. Geniesse Fleisch nur in mässigen Mengen, einmal am Tage. Die Kost bestehe hauptsächlich aus roher Milch gesunder Kühe oder Ziegen, Eiern, Cerealien, grünem Gemüse, Butter, Käse und Obst. Jeden dritten Monat vermeide überhaupt den Genuss des Fleisches. Kaue die Speisen gründlich.
3. Nimm täglich ein Bad, wöchentlich (bei gutem Circulationsapparat) ein Schwitzbad.
4. Achte auf täglichen Stuhlgang. Reinige ausserdem den Darm einmal durch ein mildes Abführmittel.
5. Trage poröse Kleider, am besten baumwollene; höchstens im Winter wollene Unterwäsche. Der Hemdkragen sei weit. Hut und Kleider wähle im Sommer in heller, im Winter in dunkler Farbe. Trage stets Halbschuhe.
6. Geh sehr früh zu Bett und stehe sehr früh auf.
7. Schlafe bei offenem Fenster in einem finsteren, stillen Zimmer. Der Schlaf sei nicht kürzer als 6½ und beim Mann nicht länger als 7½, bei der Frau als 8—8½ Stunden.
8. Ruhe wöchentlich einen Tag vollkommen. Verbringe, wenn möglich, Sonnabend bis Montag auf dem Lande oder in den Bergen.
9. Meide Gemütserschütterungen und Aufregungen. Sorge dich nicht weder um das, was sich nicht ändern lässt, noch um das, was kommen könnte. Sprich nicht von unangenehmen Dingen. Sei willensstark.
10. Sei mässig im Geschlechtsgenuss. Unterdrücke aber nicht gänzlich den sexuellen Instinkt. Heirate, und wenn verwitwet, heirate wieder!
11. Meide überheizte Locale, vor allem solche mit Dampfheizung oder schlechter Ventilation.
12. Sei mässig in Genuss von Alcohol und Tabak, Kaffee und Tee.

Wird von den schwer- und unerfüllbaren Forderungen abgesehen, so decken sich ja im allgemeinen die Verordnungen des Verf. mit den landläufigen Begriffen von gesunder Lebensweise, und darüber ein dickes Buch zu schreiben, wäre kaum lohnenswert. Der Schwerpunkt liegt auch nicht darin. Der ureigenste Gedanke des Verf. ist nämlich in den «12 Geboten» garnicht enthalten; das sind die Ausführungen über die Bedeutung der Schilddrüsenpräparate für die Regulierung der «inneren Secretion» und deren Rolle als jungerhaltendes Mittel. Es lässt sich nicht leugnen, dass die Wucht der gesammelten Tatsachen und eigener Beobachtungen den Eindruck hervorrufen, dass «etwas dran ist», störend aber wirkt es, dass das Indicationsgebiet der Schilddrüsenpräparate als schier unbegrenzt geschildert wird. Immerhin ist das Buch interessant, gedankenreich und seine Lectüre warm zu empfehlen.

F. Holzinger.

Auszüge aus den Protocollen der Dorpater Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Mai 1909.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer (in Stellvertretung): Hollmann.

Anwesend 9 Mitglieder.

Herr Rothberg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber alimentäre Toxikosen bei jungen Kindern».

An der Discussion beteiligen sich die Herren: Riemschneider, Kieseritzky, Hartge, Meyer, Rothberg.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Sitzung vom 11. September 1909.

Vorsitzender (in Stellvertretung): Prof. Dehio. Schriftführer: Russow.

Anwesend 16 Mitglieder und Gäste.

1) Herr Leihberg demonstriert (vor der Tagesordnung) eine milchige Ascitesflüssigkeit von rein weisser Farbe und so intensiver Trübung, dass sie sich äusserlich durch nichts von kräftiger Vollmilch unterscheidet. Die Punctionsflüssigkeit entstammt einer 70-jährigen Frau, die im Verlauf dieses Jahres wiederholt in der medicinischen Klinik beobachtet wurde. Die Anamnese ist belanglos. Bei der Untersuchung konnte jedesmal nur eine schnell sich erneuernde Flüssigkeitsansammlung im Abdomen und zunehmende Kachexie constatiert werden. Tumoren waren nie zu palpieren, trotzdem wurde die Diagnose auf Carcinoma peritonei gestellt. Die erste Punction wurde am 2./XII 1908 vorgenommen und ergab 5500 cm³ eines gelblichen, leicht getrübten Exudates, von 1,018 spec. Gew. und 3,3 pCt. Eiweiss nach Esbach. Im Sediment fanden sich grosse Mengen von verfetteten Epithelien und vereinzelte Blutkörperchen. Am 3./IV 1909 stellte sich Pat. wieder zur Punction ein, die von nun an bis zum Tode alle 3—4 Wochen vorgenommen werden musste. Es wurden dabei jedesmal ca. 6—7 Liter entleert. Die Farbe des Exsudates ging allmählich in dunkelgelb, bräunlich, später in weisslich über, bis sie bei der letzten Punction am 10./IX 1909 die beschriebene milchige Beschaffenheit aufwies. Während anfangs die Menge der Epithelien und deren Gehalt an Fettkörnchen im Sediment zugenommen hatte, waren in der letzten, milchweissen Flüssigkeit bedeutend weniger Zellelemente nachweisbar. Dagegen fanden sich in jedem Gesichtsfelde eine mässige Anzahl grösserer freier Fetttröpfchen und feinste in Brownscher Bewegung begriffene Körnchen, die sich zum grössten Teil mit Osmiumsäure nicht färben liessen. Die weitere Analyse der Punctionsflüssigkeit ergab folgendes: spec. Gew. 1,015. Reaction alkalisch. Beim Stehen veränderte sich die Flüssigkeit nur insofern, als sich an der Oberfläche eine mässige Rahmschicht bildete. Durch Filtrieren und Centrifugieren wird die Trübung nicht verändert. Zucker ist nicht nachweisbar. Ausschütteln mit Aether nach KOHzusatz klärt etwas die Flüssigkeit. Nach Abgiessen und Verdunsten des Aethers bleibt ein Fettrückstand nach. Beim Kochen mit Essigsäure fällt ein colossaler Niederschlag aus, wobei die Flüssigkeit sich vollständig klärt und farblos wird. Dasselbe wird durch Fällung des Eiweisses mit Alcohol erreicht, das Fett wird dabei mit ins Sediment gerissen und lässt sich durch heissen Alcohol vom Eiweiss trennen. Zusatz von Osmiumsäure bewirkt Graufärbung.

Nachträglich hatte Vortr. die Möglichkeit, im hiesigen pharmakologischen Institut unter der liebenswürdigen Anleitung von Prof. Lawroff die Flüssigkeit genauer zu analysieren. Zur quantitativen Fettbestimmung wurde eine bestimmte Menge des Exsudates im Wasserbade eingedampft und mit Aether im Soxlethschen Apparat extrahiert. Nach Verflüchtigung des Aethers bis zum constanten Gewicht getrocknet, ergab der Rückstand einen Fettgehalt von 2.135 pCt. Bei der Eiweissbestimmung ergab die Bestimmung des Gesamtstickstoffs nach Kjeldahl 2.92 pCt., nach Esbach 6 pCt., auf gewichtsanalytischem Wege 2.682 pCt. Die Differenzen erklären sich auf die Weise, dass im Essbachschen Reagenzglase das Fett mit ausfiel und den Bodensatz vergrösserte; bei der Stickstoffbestimmung ist der N der Exstractivstoffe abzurechnen. Das Vorhandensein der Letzteren wurde durch Dialyse bewiesen.

Vortragender bespricht kurz die verschiedenen Ursachen milchiger Trübung von Exsudaten. Nach Quincke wird die Trübung hervorgerufen: 1) beim Ascites chylosus durch directe Beimengung von Chylus, 2) beim A. chyliformis durch fettigen Zerfall von Zellelementen und 3) beim A. pseudochylosus durch Suspension feinster Eiweisspartikel.

Ein Charakteristicum des A. chylosus — Zucker im Exsudat — war im vorliegenden Fall nicht vorhanden, es kommt diese Form also hier nicht in Betracht. Durch den hohen Fettgehalt der Flüssigkeit von mehr als 2 pCt. gehört sie zu den chyliformen Exsudaten; bei den pseudochylösen Formen findet man nur 0.01—0.06 pCt. Fett. Auch lässt sich im vorliegenden Falle die Entstehung der Trübung aus zerfallenen Zellen deutlich verfolgen: mit dem Auftreten von freien Fetttröpfchen und dem Milchigwerden der Flüssigkeit nimmt die Zahl der Zellen im Sediment plötzlich ab, während sie bis dahin stetig zugenommen hatte. Fasst man somit die Flüssigkeit als rein chyliforme auf, so bleibt doch ein Teil der Analyse unerklärt. Ausschütteln des Fettes klärt die Flüssigkeit nur zum Teil. Eine vollständige Klärung wird erst erreicht durch Ausfällung des Eiweisses (mit gleichzeitigem Ausfällen des Fettes). Auch die Körnchen im mikroskopischen Bilde waren nicht mit Osmiumsäure färbbar, also nicht als Fett anzusehen. Es sind also auch die Eiweisskörper an der Trübung beteiligt, und es muss daher das Exsudat als eine Combination von Ascites chyliformis und A. pseudochylosus aufgefasst werden. Damit wird die auffallend starke Trübung auch besser erklärt, ein Fettgehalt von 2 pCt. allein kommt auch bei viel klareren Exsudaten vor.

Der Fall ist unterdessen zur Section gekommen. Es fand sich auf dem Peritoneum eine Eruption miliarer und submiliarer Knötchen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung (Privatdocent Dr. Schirokogoroff) als Endotheliome erwiesen.

(Autoreferat).

An der Discussion beteiligten sich die Herren Dehio, Rothberg, Leihberg.

2) Prof. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «Referat über die Verhandlungen des Lepracongresses in Bergen» (vergl. den Bericht über den I. baltischen Aerztecongress).

An der Discussion beteiligten sich die Herren Riemschneider, Russow, Rothberg, Terrepson, Leihberg, wobei Prof. Dehio Gelegenheit nahm, noch ergänzend mitzuteilen: 1) in Betreff der Diagnose, dass Arning über eine Reihe von positiven Bacillenbefunden bei Lepra anästhetica mit Hülfe der Muchschen modificierten Gramfärbung berichtete. 2) Ueber die Aetiologie, dass ein hereditärer Einfluss fast allgemein geleugnet wurde, während für die Annahme einer speciellen Disposition sich einige Vertreter fanden, unter anderen auch Blaschko. 3) Ueber die Dauer von Heilungen seien die Angaben vorsichtig gewesen.

Sitzung vom 25. September 1909.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Anwesend 10 Mitglieder und Gäste.

Herr Terrepson hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Hauttuberculose mit Pepton behandelt». (Die ausführliche Arbeit erscheint im Журналъ кожныхъ и венерическ. болѣзней).

Der Vortragende schildert einen Fall von Erkrankung des Dorsum penis, wobei die Haut von der Glans bis zum Mons Veneris zerstört war; die Inguinaldrüsen beider Leistenbeugen waren operiert worden und nebst der umliegenden Haut vereitert. Pat. war 10 Monate vor seinem Eintritt in das Dorpater Stadthospital erkrankt. Eine jede antisyphilitische Cur erwies sich als vergeblich. Die Diagnose «Tuberculosis cutis» wurde durch eine histologische Untersuchung, die im pathologischen Institut der Universität vorgenommen wurde, erhärtet. Es werden die Mikrophotogramme der erkrankten Haut vorgelegt, welche Epithelioidzellen, Plasmazellen, Leukocyten, wenig Granulationszellen und Lymphoidzellen enthalten. Die oft vorkommenden Riesenzellen sind im Mikrophotogramm nicht sichtbar. Unter Anwendung von 30 Injectionen von Pepton-Witte wurde im Laufe zweier Monate Verheilung der Dorsalwunde des Penis und der Wunde in der rechten Leistenbeuge erreicht, die der Linken war nicht vollkommen, da der Patient an Typhus erkrankte und starb. Dadurch war es möglich die Organe auf Tuberculose zu untersuchen und die histologischen Vorgänge an der sich reparierenden Haut zu studieren. Alle Organe waren vollkommen frei von Tuberculose mit Ausnahme der peritonealen Drüsen und der Leistendrüsen. Erstere waren verkalkt, letztere verkalkt oder verhärtet und einige enthielten entschieden kaseöse Massen im Centrum.

Eine Photographie des Penis beweist die Ausheilung der grossen Wunde, das Sectionsprotocoll die der Wunde in der rechten Leiste. Die aus dem noch bestehenden Wundrande der linken Leiste entnommene Haut beweist das Fehlen von allen, dem tuberculösen Process eigenen Zellelementen, wogegen aber Unmengen von Bindegewebs- und Granulationszellen sichtbar sind. Die nebeneinander demonstrierten Mikrophotogramme der erkrankten und genesenden Haut zeigen deutlich die Unterschiede bereits bei einer Vergrösserung von 90:1. Eine untersuchte Inguinaldrüse weist keine tuberculösen Elemente auf, wohl aber mächtige, ins Innere ziehende Bindegewebsstränge und eine starke Periadenitis. Terepson fasst den Fall als den einer ektogenen Infection auf, wobei wieder der enge Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Penis und der retroperitonealen Drüsen zu Tage tritt. Die Peptoninjectionen zur Erzielung von Fieber und Hyperleukocytose sind nach Prof. Dehio und Rothberg gemacht worden. Autor bespricht dann den Symptomencomplex der Anaphylaxie (Richet), der eine Ueberempfindlichkeit des Organismus nach Injectionen von Bakterienarten und Serumarten darstellt und nach Riedl und Kraus (Wien. med. Wochenschr. 1909. Nr. 11) hauptsächlich in einer typischen Blutdrucksenkung, einem Zeichen der hochgradigen Schädigung der Circulation und in einer herabgesetzten oder völlig fehlenden Gerinnungsfähigkeit des Blutes besteht.

(Autoreferat).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion.

Rothberg geht zunächst auf die Schwierigkeit der Diagnose (Hauttuberculose) in diesem Falle ein; dieselbe erscheine nicht ganz überzeugend, obwohl freilich das geschilderte locale pathologisch-anatomische Bild Merkmale aufweist, wie sie bei Hauttuberculose typisch sind. Nach dem mitgeteilten Sectionsprotocoll haben sich keine sicheren tuberculösen Organveränderungen feststellen lassen. R. fragt daher, 1) ob zur Unterstützung der Diagnose eine der üblichen Tuberculinreactionen angestellt worden ist? 2) Wie Pat. die vorher eingeleitete antiluetische Cur vertragen habe, letzteres aus dem Grunde, weil bekanntlich Tuberculöse oft schlecht auf Quecksilberinunctionen reagieren.

Terrepson bemerkt hierzu, dass die Diagnose, wie schon im Vortrag betont wurde, durch den localen Befund (auch mikroskopisch erhärtet) und durch Ausschluss anderer Möglichkeiten gestellt worden ist. Diagnostische Tuberculininjectionen wurden auf der betreffenden Abteilung des Stadthospitals damals (1906) noch nicht gemacht. Die cutanen und conjunctivalen Reactionen waren überhaupt noch nicht bekannt gegeben.

Ernstere Schädigungen durch Peptoninjectionen hat Vortr. nicht gesehen, selbst in einem Falle, bei dem aus Versehen das Pepton direct in eine Vene gepritzt wurde, wobei allerdings Schüttelfröste, wie auch Kopfschmerzen und Uebelkeit auftraten. Abgesehen von einem gewissen Abgeschlagensein, gelinden Kopf- und Gliederschmerzen, erbieten sich die Patienten leicht zu dieser Behandlung und nehmen diese Unbequemlichkeiten gern hinüber, wenn sie nur von ihrem Leiden befreit werden.

Rothberg ist jedenfalls der Ansicht, dass durch die Peptonbehandlung bei Tuberculose nichts zu erwarten ist. Der Tuberkelbacillus wird durch die Hyperthermie, wie sie nach Peptoninjectionen auftritt, nicht in seinen Wachstumsverhältnissen beeinflusst. Dementsprechend hat R. Abstand genommen von dieser Behandlung, namentlich bei Organtuberculose, weil er nur Verschlimmerungen gesehen hat. Auch bei Drüsentuberculose ist das Heilungsresultat sehr fraglich, weil man es nicht mit Sicherheit auf die Peptoninjectionen zurückführen kann.

(Autoreferat.)

Terrepson hat ausser dem mitgeteilten Falle noch zwei weitere beobachtet — eine ziemlich ausgedehnte Tuberculose der unteren Extremität und bei einem anderen Pat. der Penishaut. Bei beiden wurde durch Peptoninjectionen, ohne dass Fieber eintrat, Heilung erzielt. T. spricht die Ansicht aus, dass nicht das Fieber und die eventuelle Hyperleukocytose, sondern das Pepton als solches eine Umstimmung des Organismus hervorrufe und tuberculöse Processe heilen könne. Er reserviert die Peptonbehandlung ausschliesslich für Tuberculose der Haut und regionären Lymphdrüsen, nicht aber für eine solche der Lungen, Blase oder Nieren. Autor bedauert es, keine serologischen Untersuchungen, wie auch Leukocytenzählungen in den zuletzt angeführten Fällen gemacht zu haben.

(Autoreferat).

Sitzung vom 9. October 1909.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Anwesend 16 Mitglieder und Gäste.

1) Herr Walent hält seinen angekündigten Vortrag über «Operative Behandlung der Prostatahypertrophie». (Die ausführliche Arbeit erscheint im Русск. Хирург. Архивъ).

Der Vortragende schildert zunächst die anatomische Lagebeziehung der hier in Frage kommenden Organe, so wie die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Blasenhalse bei Prostatahypertrophie.

Von den Operationen, die darauf ausgehen, eine Atrophie der vergrösserten Prostata herbeizuführen, werden die Sexualoperationen erwähnt. Ihre Anwendung hat jedoch eine sehr wesentliche Einschränkung in der letzten Zeit erfahren durch die Ausbildung der Operationsmethoden, die direct die vergrösserte Prostata angreifen. Heutzutage kommen nur noch in Betracht die Bottinische Operation und die Prostatektomie. Die Bottinische Operation, deren Wirkung sehr unsicher ist und unübersehbare Gefahren mit sich bringt (Nachblutung, Urininfiltration), musste in den letzten Jahren einem radicaleren Verfahren — der Prostatektomie — das Feld räumen. Durch letztere wird die vergrösserte Prostata entweder vom Perineum aus, oder durch die Sectio alta partiell oder total entfernt. Welchen Weg man wählen soll, darüber geben die Meinungen noch auseinander, es scheint jedoch, dass die suprapubische Methode in den letzten Jahren immer mehr und mehr Anhänger gewinnt. Die Operationswahl dürfte unbedingt abhängig sein von den anatomischen Veränderungen, die die vergrösserte Prostata am Blasenhalse setzt, deshalb hat die Cystoskopie für die ganze Frage der Prostatektomie eine grosse Bedeutung. Eine Prostata, die als knolliger Tumor ins Rectum sozusagen hineinwächst, wird am besten perineal operiert. Bei stark inficierter Blase sollte der perinealen Operation auch der Vorzug gegeben werden. Im Anschluss an den Vortrag werden die Krankengeschichten über 3 perineale und 2 suprapubische Prostatektomien berichtet, die von Prof. Zoege von Manteuffel ausgeführt wurden.

(Autoreferat).

Discussion.

Meyer fragt, in welcher Weise die Heilung bei solchen Fällen vor sich geht, wo bei der Operation die Pars prostatica der Harnröhre verletzt resp. zerstört wird; insbesondere, ob nicht häufig Stricturen zurückbleiben.

Walent: Die Pars membranacea schiebt sich mehr dem Blasenhalse zu, so dass unter einer gewissen Verkürzung der Harnröhre sich meist gute Bedingungen zur Heilung herstellen. Stricturierungen kommen wohl vor und müssen dann für sich behandelt werden, immerhin ist dieses Ereignis selten.

Zoege v. Manteuffel: Bei der perinealen Ausschälung bleibt die vordere Harnröhrenwand erhalten, bei der Operation von obenher der hintere Teil; in beiden Fällen genügt die Erhaltung des halben Umfangs zur Herstellung der Continuität und zur Vermeidung einer Strictur. Eine principielle Schonung der Harnröhre kann man überhaupt nicht fordern; die Operation wird übermässig erschwert, was in keinem Verhältnis steht zu den geringen Folgen, die eine Verletzung mit sich bringt.

Zur Wahl der Operationsmethode ist zu bemerken, dass bei dem Vorgehen von oben her eine grosse uncontrollierbare Wunde im Grunde der Blase zurückbleibt, zu welcher man später keinen Zugang hat, wenn Nachblutungen eintreten sollten. Eine Tamponade der Wundhöhle ist ganz zu verwerfen, es tritt dabei leicht Gangrän der Wundränder und Schleimhaut mit allen ihren unberechenbaren Folgen ein. Bei der perinealen Methode geht man dagegen, was Schutz gegen Nachblutung anlangt, viel sicherer.

Terrepson demonstriert einen Jungschen Prostatatractor und bespricht dessen Anwendung.

Zoege von Manteuffel benutzt ein von Leguen construiertes Instrument, dasselbe ist schlanker gebaut, gestattet die gleiche Anwendungsweise wie das Jungsche und erscheint dabei handlicher.

Sitzung vom 23. October 1909.

Die Sitzung fand auf Aufforderung von Prof. Zoege von Manteuffel in der chirurgischen Klinik statt.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Anwesend 22 Mitglieder und Gäste.

Prof. Zoege von Manteuffel demonstriert: 1) In Gemeinschaft mit Dr. Reyher: 1) Eine Anzahl von Röntgenaufnahmen und gibt kurze Beschreibungen der klinischen Krankheitsbilder. 2) Zwei Fälle von operierter doppelseitiger Hasenscharte, bei denen der verlagerte Zwischenkiefer in normale Stellung gebracht worden war. 3) Demonstration eines durch Frühoperation gewonnenen Wurmfortsatzes. Vortr. präcisiert bei dieser Gelegenheit seinen Standpunkt gegenüber dieser Operation. 4) Demonstration eines wegen Litréscher Hernie resecierten Darmstückes. 5) Demonstration eines durch Operation gewonnenen, beginnenden Magencarcinoms von der kleinen Curvatur.

Die Demonstrationen fanden zum Teil im Operationssaal der Klinik, zum Teil in den neuerbauten Ambulanzräumen statt.

Russow.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

1. Allgemeine Sitzung.

Sonntag, den 23. August von 10—1 Uhr.

Eröffnung des I. baltischen Aerztecongresses durch den Stadtarzt Dr. A. Lezius.

Prof. K. Dehio heisst als Präses des Congresses die Gäste und die anwesenden Collegen willkommen und fährt dann folgendermassen fort:

M. H. Wir leben in einer Zeit der allgemeinen Erregung, in einer Zeit der politischen und socialen Gärung, wo alles dazu drängt, aus den alten, stabilen Zuständen etwas Neues und, wie wir hoffen, Besseres zu gebären. Auch unser baltischer Aerztestand ist von dieser allgemeinen Bewegung nicht unberührt geblieben; auch in ihm harren viele Fragen der Erledigung, die nicht bloss die Interessen unseres Standes,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern mehr noch die sanitären Zustände des ganzen Landes betreffen und dringend der Discussion unter den Aerzten selbst bedürfen.

Das ist der innere Grund für die Stiftung eines allgemeinen baltischen Aerztetages. Wir wollen einen Boden schaffen, auf dem sich die Aerzte aller baltischen Provinzen — von Nord und Süd, aus Stadt und Land — und alle, die sich für unsere Mühen und Bemühungen interessieren, treffen und aussprechen können; wir wollten insbesondere ein neutrales Gebiet schaffen, wo die nationale Zerrissenheit unseres Landes überbrückt werde und die Fragen nach der Nationalität des Einzelnen keine Bedeutung haben. — Ob dieses Ziel von unserem baltischen Aerztetag erreicht werden wird, das muss die Zukunft lehren. Wir wollen das beste hoffen!

Einstweilen haben wir nur das Eine im Auge zu behalten, dass uns Aerzte hier nichts weiter zusammengeführt hat, als Menschenliebe und Wissenschaft. Nichts anderes als Menschenliebe, als Humanität, ist es, was uns dazu treibt, nach einer Besserung der gesundheitlichen Zustände unseres Landes und einer den modernen Ansprüchen genügenden medicinischen und hygienischen Versorgung unseres Volkes zu streben. Hier bedarf es des einheitlichen Zusammenwirkens aller Aerzte, ohne Unterschied der Specialität und Nationalität, hier muss eine Provinz von der anderen lernen durch gegenseitigen Austausch der Erfahrungen. Und die Vermittelung dieses Austausches sollen unsere baltischen Aerztetage übernehmen. Dann werden sie, wie wir hoffen, sich zu einer beratenden Instanz auswachsen, die von den Regierungsorganen nicht überhört werden wird.

Aber uns liegt noch ein anderes am Herzen: unsere edle, hehre medicinische Wissenschaft. Unser einsamer Erdenwinkel ist natürlich nicht dazu geeignet, ein Centrum wissenschaftlicher Forschung zu sein, und unser Aerztetag wird nicht beanspruchen, durch seine Verhandlungen die medicinische Wissenschaft wesentlich zu bereichern; — was unser Aerztetag aber wohl tun kann und tun wird, das ist Folgendes: er wird das Wissen des einzelnen Teilnehmers vertiefen und erhöhen. — Wir halten es für einen glücklichen Griff unseres Organisationscomitees, dass es für solche Vorträge von allgemeinem Interesse gesorgt hat, wie die unseres geehrten Prof. v. Kennel und des Herrn Dr. v. Antropoff. Wir alle werden durch die Dinge, die wir hören sollen, hinausgehoben werden in das volle Geistesleben der Gegenwart und der zeitgenössischen Cultur. Was wir sonst noch hören und sehen werden an speciell medicinischen Dingen, wird uns bereichern an Wissen, und da das Wissen erst das Können erzeugt, wird es uns fördern in unserer medicinischen Kunst zum Wohle unserer Mitmenschen.

Humanität und Wissenschaft! — Das sei die Devise für die nunmehr beginnenden Verhandlungen des ersten baltischen Aerztecongresses.

Das Stadthaupt, Herr V. v. Grewingk, begrüsst mit warmen Worten im Namen der Stadt den Congress und fordert die Mitglieder des Congresses auf, am Dienstag, den 25., in den Räumen der Ressource an einem von der Stadt veranstalteten Rout teilnehmen zu wollen.

Prof. Dehio dankt dem Stadthaupt im Namen des Congresses für die Einladung.

Dr. A. v. Bergmann übermittelt dem Congress Grüsse und Glückwünsche des livländischen Aerztetages und wünscht, dass die Strahlen der alten alma mater, an deren Stätte sich der erste Baltische Aerztecongress versammelt hat, erwärmend auf das wissenschaftliche Leben, stärkend auf das collegiale Verhältnis wirken mögen.

Dr. v. Wistinghausen-Reval begrüsst den Congress im Namen des estländischen Aerztetages.

Dr. Zoepffel-Libau beglückwünscht den Congress im Namen des kurländischen Aerztetages und der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Dr. Krannhals-Riga übermittelt den Glückwunsch der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Dr. Sadikoff-Talsen gratuliert im Namen des nordkurländischen Aerztevereins.

Prof. Dehio dankt für die übermittelten Glückwünsche.

Darauf schreitet der Congress auf Aufforderung Prof. Dehios zu den Wahlen.

Die Glieder des ständigen Congressbureaus in Riga, und zwar Dr. W. v. Holst als Präses des Bureaus, Dr. L. Bornhaupt als Kassaführer und Archivar und Dr. G. Schultz als Secretär werden in ihrem Amt bestätigt. Die auf dem letzten Aerztetage in Riga vorgenommene Wahl Prof. Dehios zum Präses des Congresses wird bestätigt. Prof. Dehio dankt für die Wahl. — Weiterhin werden per Acclamation die seitens des Bureaus proponierten Präsides der Sectionen gewählt, und zwar Dr. A. v. Bergmann für die Section für Chirurgie, Dr. J. Krannhals für die Section für innere Medicin, Dr. v. Kruedener für die ophthalmologische, Dir. Dr. Tiling für die psychiatrische und neurologische, Dr. v. Engelmann für die urologische, Dr. F. Voss für die otologische und Prof. Kessler für die geburtshilfliche und gynäkologische Section. Da letzterer aber verreist ist, so wird auf Vorschlag Prof. Dehios die Wahl des Präses für die zuletzt genannte Section den Mitgliedern derselben überlassen.

Zu Vicepräsides des Congresses werden Dr. Greiffenhagen und Dr. Zoepffel gewählt, zu Secretären: aus Livland — Dr. J. Schröder und Dr. R. Wolferz jun., aus Kurland — Dr. O. Brehm und Dr. Raphael, aus Estland — Dr. Armsen und Dr. G. v. zur Mühlen. Den Beschluss der Wahlen bildet die Wahl von 3 Kassaführern, zu welchem Amt der Congress folgende Herren wählt: Dr. Pfaff-Livland, Dr. P. Mende-Kurland, Dr. v. Dehn-Estland.

Dr. W. v. Holst erteilt einen kurz gehaltenen Rechenschaftsbericht über die bisherige Tätigkeit des Congressbureaus und führt einige kurze Daten über die Entstehung des 1. Baltischen Aerztecongresses an. Schon auf dem 18. Livl. Aerztetage in Wolmar wäre die Umbenennung des Livl. Aerztetages in einen balt. geplant worden, doch hätte dieser Vorschlag damals nicht allgemeinen Anklang gefunden; erst auf dem letzten Aerztetage zu Dorpat sei die Begründung eines baltischen Aerztecongresses, der alle 3 Jahre zusammentreten und die Glieder der drei einzelnen baltischen Aerztetage vereinigen solle, beschlossen worden. Dieser Vorschlag sei von den Aerztetagen der beiden Schwesternprovinzen acceptiert und freudig begrüsst worden.

Prof. Dr. J. v. Kennel (als Gast) hält seinen Vortrag: «Ueber Befruchtung und Vererbungstheorien».

In zündender, einstündiger Rede, die die Zuhörer ungemein fesselte, ging Redner auf die Entwicklung der Samen- und Eizellen ein, wozu als Paradigma der Verlauf dieses Processes bei dem Pferdespulwurm (Ascaris megalocephala) diente. Durch instructive Bilder wurde das Verständnis für diese Fragen den Anwesenden erleichtert. — Weiter sprach Redner über die Veränderungen, die wir in den Samen- und Eizellen bei der Befruchtung beobachten können, und ging dann auf die Bedeutung des Zellkernes und des Protoplasmas ein. Zum Schluss entwickelte Redner seine höchst interessanten Ansichten über die verschiedenen Vererbungstheorien. (Eine Wiedergabe des Vortrages in extenso an dieser Stelle muss leider unterbleiben, da der Umfang desselben es als untunlich erscheinen lässt).

Der Vorsitzende dankt Redner für den ungemein anregenden Vortrag, was die allgemeine Zustimmung der Congressteilnehmer findet.

Dr. phil. v. Antropoff-Riga (als Gast) hält seinen Vortrag: «Ueber den osmotischen Druck und seine Bedeutung im Organismus».

Dieser Vortrag versetzt die Zuhörer in ein Gebiet, das von ungemein grossem Interesse für die Teilnehmer des Congresses ist, da Fragen berührt werden, die gerade jetzt sehr actuell sind.

Prof. Dehio dankt dem Redner für seine hochinteressanten Ausführungen und weist darauf hin, dass der Congress in ihm einen Vertreter der technischen Hochschule in Riga zu hören Gelegenheit gehabt hat.

Feuilleton.

Wiener Brief.

Ueber das Recht des Kindes auf das Leben sprach Karl Aug. Herzfeld im «Wien. medic. Doctorencollegium». Zunächst wirft H. die Frage auf, in welchen Fällen der Geburtshelfer bewusst auf das Leben des Kindes verzichtet, um die Mutter zu schonen. Vor allem sind die Fälle von Beckenge zu nennen, bei denen das räumliche Missverhältnis zwischen Becken und kindlichem Schädel ein so grosses ist, dass das Kind ohne schweren Schaden weder durch die mütterlichen Triebkräfte allein geboren, noch durch unsere Kunsthilfe lebend per vias naturales zu Tage gefördert werden könnte, wo wir also das lebende oder abgestorbene Kind perforieren müssen. Weiter sind die Fälle von Eklampsie zu nennen. Schon lange war auf den geburtshilflichen Kliniken das Princip geltend, die Kranke bei Eklampsie möglichst rasch zu entbinden, die Entbindung selbst aber in möglichst schonender Weise auszuführen. Ausgehend von der Tatsache, dass Eklamptische, die ihren ersten Anfall erst nach der Entbindung bekommen, eine bedeutend günstigere Prognose haben, ja auch bei Beginn der Anfälle in der Austreibungsperiode besser daran sind als Frauen, bei denen die Eklampsie während der Schwangerschaft oder in der Eröffnungsperiode eintritt, sagten sich die Geburtshelfer, man müsse die Frau möglichst rasch in den Zustand einer solchen bringen, bei welcher die Eklampsie erst post partum aufgetreten ist. Nachdem wir nun im Allgemeinen der An-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nahme zuneigen, dass die Eklampsie eine schwere Intoxication ist, welche durch Anhäufung von Stoffwechselproducten im Organismus zustandekommt, die sonst zur Ausscheidung gelangen, stehen wir auf dem Standpunkte, dass es unsere erste Aufgabe ist, den Uterus möglichst rasch zu entleeren. Bisher galt hier der Grundsatz, dass dies mit geringerer Rücksichtnahme auf das Kind als auf die Mutter zu tun ist, bis vor einigen Jahren Vorschläge auftauchten, die Entbindung mittelst des klassischen Kaiserschnittes oder der vaginalen Sectio nach Dührssen auszuführen. Was die Placenta praevia betrifft, so war es unsere erste Aufgabe, die Blutung sorgfältig zu stillen, die Geburt einzuleiten, durch die Wendung nach Braxton-Hicks und das Herabziehen der unteren kindlichen Extremität, einerseits eine Tamponade der blutenden Placentarinsertionsstelle vorzunehmen, anderseits wehenbefördernd zu wirken. In den letzten Jahren hat man diese Erweiterung des Collum uteri dadurch zu beschleunigen versucht, dass man an den herabgezogenen Fuss des Kindes ein Gewicht anhängt und durch eine mässige Extension eine allmähliche Erweiterung des Cervicalscanals anstrebt. Aber an die Rettung des Kindes dachte niemand. Jedem, der an einer geburtshilflichen Klinik gedient hat, werden jene nicht seltenen Fälle in Erinnerung bleiben, bei denen trotz genauester Beobachtung dieser Vorschriften, obwohl man das Kind absterben liess und aus Furcht vor Cervixrissen keine Beschleunigung durch angebrachte Extension versuchte, dennoch, bei spontaner Austreibung unmittelbar nach dem Austritte der Frucht eine häufig nicht gerade nennenswerte Blutung auftrat, die genügte, um den exitus herbeizuführen. Bei der Section solcher Frauen findet man am Muttermunde keine schweren Verletzungen, meist nur ganz leichte Einrisse, aber unmittelbar unter der Schleimhaut der Cervix fingerdicke Venen, die, eingerissen, den Verblutungstod herbeiführten. Durch einzelne neuere geburtshilfliche Eingriffe scheint auch für solche Frauen und ihre Kinder eine bessere Epoche anbrechen zu wollen, indem man die Placentarinsertion direct angreift und nicht auf das Kind verzichten will. Da sind zunächst, die beckenerweiternden Operationen zu nennen. Die schlechten Resultate der Symphyseotomie einerseits, anderseits der dringende Wunsch, die Kraniotomie des lebenden Kindes gänzlich zu beseitigen, waren es, die zur Hebosteotomie führten. Sie wird gemacht, indem man seitlich von der Symphyse das Schambein durchsägt, ein operativer Eingriff, der von vornherein deshalb weniger gefährlich erscheint, weil secundäre schwere Verletzungen des Knochengerüstes viel weniger leicht möglich sind als bei der Symphyseotomie, und weil auch die bei dieser zu befürchtenden schweren Weichteilsverletzungen zu vermeiden sind. H. selbst sah auf dem Sectionstische, dass bei der Symphyseotomie die Synchondrosis sacroiliaca leicht zum Klaffen kommt, und dass dann beim Anlegen der Zange schwere Verletzungen an den Gelenken des Beckengürtels stattfinden. Bei der Hebosteotomie kommen wir nach unten zum grössten Teile ausserhalb des Diaphragma urogenitale und weichen dem uropoetischen System aus. Eine Gefahr ist nur die eventuelle Blutung aus dem Corpus cavernosum, die aber bei der Symphyseotomie noch grösser ist. Tandler hat folgende Methode angegeben, die durch bewusste Schonung des Corpus cavernosum clitoridis und der mächtigen Gefässe des Diaphragma urogenitale, weiter durch subperiostales Vorgehen der Nadel absolute Sicherheit gewährt. Schnitt ausserhalb der Vulva auf den absteigenden Schambeinast bis auf das Periost. Der musc. ischio-cavernosus und das corpus cavernos. wird mit dem Periost mittelst Raspatorium vom Knochen teilweise abgelöst und medialwärts verdrängt. Hierauf wird eine stumpfe Hebosteotomienadel zwischen Periost und Knochen eingeführt und an der hinteren Wand des Schambeins, immer subperiostal bleibend, nach aufwärts geschoben, bis die Nadel medial vom Tuberculum pubicum unter der Bauchdecke erscheint. Auf das Nadelende wird eingeschnitten, die Nadel hervorgezogen, mit der Giglischen Säge armiert und zurückgezogen, worauf das Schambein in typischer Weise durchsägt wird.

Wir haben noch zwei Methoden zur Hebosteotomie: die eine, wo man auf die Knochen einschneidet, die Weichteile rückwärts vom Knochen stumpf loslöst und nun mittelst der Giglischen Drahtsäge das Schambein durchtrennt, oder die 2. sympathischere subcutane Methode nach Döderlein, Rosthorn u. a., indem man einen Querschnitt oberhalb des Schambeins macht, mit dem behandschuhten Finger hinter die Symphyse zur stumpfen Loslösung der Weichteile eingeht, sodann mit der Nadel vordringt und dann die Säge nachzieht oder, wie Bumm es macht, zwischen der grossen und kleinen Schamlippe aussen einsticht, die Nadel um das Schambein herumführt und dann die Säge nachzieht. Es erweitert sich zunächst das Becken, und zwar nicht allein um die Spalte, die durch das Klaffen der Knochen entsteht, und nicht blos dadurch, dass die Conjugata grösser wird, weil sich die Symphyse vom Promontorium entfernt, es verändert sich auch die Form des Beckens. In demselben Momente dreht sich das Kreuzbein um seine quere Achse, sodass das Promontorium nach hinten, die Steissbeinspitze nach vorn ausweicht. H. kommt nun auf die auf Frank zurückgehenden extraperitonealen und präperitonealen Methoden des Kaiserschnitts zu sprechen. Diese Verfahren erscheinen auf den ersten Blick chirurgischer als die beckenerweiternden Operationen, bei denen wir die Knochen durchsägen und uns bezüglich der Verletzungen sehr auf das Glück verlassen müssen. Auch sind wir bei der Eklampsie und der Placenta praevia in der Lage, die Frucht zu entfernen, an die Placentarinsertionsstelle heranzutreten und das Kind vor dem Tode zu bewahren, was bei den bisherigen Operationen lange nicht so sicher ist. Das letzte Wort in dieser Frage ist noch nicht gesprochen. H. war sehr erstaunt zu lesen, dass eine grosse Reihe von kindlichen Leben zugrunde geht, weil der zur Geburt gerufene Arzt die Zange zu spät angelegt hat. H. hat eher das Gegenteil beobachtet, und oft die Kraniotomie ausführen müssen, weil die Zange vorzeitig, unzeitig oder schlecht an gelegt wurde. Nichts ist schwerer als die Prognose der Geburt beim engen Becken. In den meisten Lehrbüchern werden die Verhältnisse viel zu schablonenhaft dargestellt und nur die Grösse der Conjugata herangezogen. Das räumliche Missverhältnis besteht aber nicht aus einem Factor sondern aus dem Verhältnisse zwischen dem vorhandenen Schädel und dem vorhandenen Becken; ferner kommt die Wehentätigkeit in Betracht, ob die Frau das erste Mal entbindet, die Härte des Schädels, die Art seiner Einstellung u. s. w. Die besprochenen Operationen eignen sich für die Klinik, nicht aber für den praktischen Arzt.

Hermann Algyogyi demonstriert einen Fall von Tumor der mittleren Schädelgrube. Es handelte sich um eine 37-jährige Pat., die mit Ausnahme von Kopfschmerzen in der l. Stirn- und Scheitelbeingegend, an denen sie seit 10 Jahren zeitweise leidet, bis vor 2 Jahren gesund war. Seither trat eine progressive Abnahme des Sehvermögens zunächst auf dem l. Auge und seit 6 Monaten auch auf dem r. Auge ein, gleichzeitig stellte sich l. eine Ptosis ein. Die Pat. consultierte einen Augenarzt in Warschau, der bei ihr einen retrobulbären Tumor in der Orbita diagnosticierte und sie einem dortigen Chirurgen zur Operation zuwies. Dieser nahm an ihr die Krönleinsche Operation vor, konnte aber keine Geschwulst finden. Seit dieser Zeit hat sich ihr Zustand so verschlimmert, dass sie zurzeit l. vollkommen erblindet ist, und r. nur noch Finger in $1^1/_2$ m. Entfernung zählen kann, zunehmendes Schwächegefühl; die Menstruation ist seit $4^1/_2$ Jahren vollkommen ausgeblieben; die augenärztliche Untersuchung ergab: Atrophia nervi optici beiderseits; l. vollkommene Amaurose, r. bereits Amblyopie. Die Reflexe sind bis auf das Fehlen der Abdominalreflexe und Herabsetzung der Plantarreflexe beiderseits normal. Wir haben es hier mit einem Tumor der Schädelbasis bez. der mittleren Schädelgrube zu tun. Dafür spricht der progressive Verlauf, das Fehlen der Temperatursteigerung, das Ergriffensein des l. Opticus, Oculomomotorius, und des ersten Astes des Trigeminus derselben Seite, das Uebergreifen auf den Opticus der anderen Seite, sowie das Fehlen von Allgemeinerscheinungen (Schwindel, Erbrechen), die bei Tumoren der Hypophysengegend und der mittleren Schädelgrube sehr häufig vermisst werden. Die von A. auf der Röntgenabteilung der Poliklinik vorgenommenen Röntgenaufnahmen ergaben einen überraschenden Befund. Man sieht einen basalen, grossen porösen Schattenherd mit pilzförmigen Excrescenzen und Zerstörungen der Sella turcica. Es handelt sich unzweifelhaft um einen kalk- oder knochenhaltigen malignen Tumor. In der Discussion wies R. Kienböck darauf hin, dass der Fall vom radiologischen Standpunkt ein Unicum sei. Wenn sich Tumoren im Röntgenbilde erkennen lassen, so geschieht dies zufolge des Unterschiedes ihrer Dichte gegenüber dem umgebenden Gewebe Knochensarkome, die Knochen enthalten, stellen sich in der Muskel- oder Gehirnsubstanz als Schattenherde, in der Knochensubstanz aber als locale Aufhellungsherde, da sie poröser sind als die gesunden Knochen, die sie ersetzen; wir haben also im letzteren Falle Defecte im normalen Skelettbild. Hirntumoren geben sich zumeist nur dadurch zu erkennen, dass sie einen Teil des Schädels destruiert haben; hierher gehören Hypophysentumoren mit Aufhellung der Umgebung der normalen Sella turcica im Röntgenbilde. Wenn Hirntumoren als Schattenherde erscheinen, so ist dies nur zufolge ihres bedeutenden Gehaltes an Knochensubstanzen möglich; sie bringen in dem ohnehin ziemlich dunklen Feld des Schädel-Gehirnschattens einen noch dunkleren Schattenherd hervor. Solche Fälle sind in der Literatur nur ganz spärlich mitgeteilt; Kienböck hat bisher noch keinen derartigen Fall beobachtet. Bei kritischer Prüfung der Fälle von „Hirntumorschatten" in der Literatur stellte es sich meist heraus, dass verschwommene hellere Bezirke auf der Platte irrtümlich als Tumorschatten gedeutet wurden. In dem von Algyogyi demonstrierten Fall ist die radiologische Diagnose des Hirntumors durch beide Symptome möglich: 1) findet sich ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grosser distincter Schattenherd vor, 2) ein Fehlen der Conturen der Sella turcica. Der Schattenherd nimmt im Seitenbilde des Schädels die ganze mittlere Schädelgrube ein, der Schädelbasis breit aufsitzend, 6 cm. lang und meist ca 2—3 cm. hoch; eine haselnussgrosse Excrescenz überragt mit ihrem oberen Pol die Schädelbasis um 6 cm. Besonders gut ist die Localisation des Tumors möglich; auf dem Frontbilde ist nämlich ein entsprechender Schattenherd im medianen und linksseitigen Teil des Schädels sichtbar. Die verschwommene, grobnetzförmige Structur des Schattenherds lässt auf einen Tumor schliessen, der ein poröses Knochengerüst enthält, wohl auf ein Osteosarkom.

Dr. S. Federn spricht über den normalen Darm und normale Stuhlentleerung. Schon als jungem Arzt fiel es F. auf, dass wir bei functionellen Störungen des Darmes uns eigentlich auf die Aussage des Pat. verlassen müssen, sie aber objectiv-wissenschaftlich am Lebenden nicht eruieren können. F. wollte objectiv entscheiden, wie lange wir den Pat. purgieren sollen, und hoffte dies durch den Tastsinn oder die Percussion zu entscheiden. Der Tastsinn reicht für diese Entscheidungen nicht aus; die Percussion ermöglicht dies uns, aber auf mühevolle Weise. So lernte F. die Wichtigkeit der partiellen Darmatonie kennen, besonders für den Verlauf der Tuberkulose, des Morbus Basedowii, und die Arteriosklerose. Im weiteren Verlaufe untersuchte F. die Motilität des Darmes. Der Darm muss den innerhalb einer gegebenen Zeit, z. B. 24 Stunden gebildeten Kot vollständig entleeren. Was die Frage der Bewegung des Darminhaltes durch das Colon betrifft, so soll der Inhalt sich durch dieses bewegen, wie das Secret der Niere durch den Ureter. Er darf nirgends länger haften, bis er über dem Sphincter internus in der Flexura sigmoidea sich ansammelt. F. suchte nun diese Verhältnisse an der Leiche nachzuweisen. Dies hatte seine grossen Schwierigkeiten, weil die partielle Atonie erst im Laufe der Zeit durch die Folgekrankheiten zum letalen Ende führt und daher bei Sectionen nicht erkannt wird. F. suchte daher folgenden Ausweg: wie er wiederholt publicierte, ist die partielle Darmatonie Ursache eines abnorm erhöhten Blutdruckes, und er nahm daher an, dass bei plötzlichen Todesfällen, die zur Section kommen, z. B. Herzruptur oder Apoplexie, wo der hohe Blutdruck gewiss eine Mitursache des Todes, die partielle Darmatonie nachweisbar sein wird. Haberda teilte ihm auch mit, dass bei solchen Todesfällen häufig ein contrahierter Darm nachzuweisen ist, der nach F. ein sicheres Zeichen von Darmatonie ist.

Im med. Doctorencollegium sprach Alois Pick über die Kenntnis der Neurosen des Verdauungstractes. P. hält es für richtiger, den Sammelnamen «Nervöse Dyspepsie» für einen von Fall zu Fall wechselnden Symptomencomplex nicht mehr anzuwenden, sondern die einzelnen Störungen, jede für sich, zu analysieren und den Zustand vorerst nach dem hervorstechendsten Symptom zu bezeichnen, wobei er sich nicht verhehlt, dass in den seltensten Fällen eine Störung allein vorhanden ist, sondern zumeist combinierte Störungen (der Sensibilität, Motilität der Secretion) das jeweilige Krankheitsbild zustande bringen. P. hält isolierte Neurosen des Verdauungstractes, wie solche auf anderen Nervengebieten, z. B. im nervus ischiadicus vorkommen, für möglich. In der Mehrzahl der Fälle sind jedoch nervöse Symptome allgemeiner Natur vorhanden. Diese können entweder die Zeichen einer Allgemeinneurose sein oder in einer Minderzahl von Fällen die Folge einer Magen-Darmaffection. Eine Reihe von Allgemeinerscheinungen seitens des Circulationsapparates, des Hautorgans und des Nervensystems entstehen auf dem Wege der Autointoxication (vom Magen und besonders vom Darme aus). In den letzten Jahren wurden Meinungen laut, dass insbesonders Veränderungen der Psyche secundäre Störungen im Bereiche des Verdauungstractes nach sich ziehen. P. hält beide Entstehungsarten für möglich; das eine Mal können functionelle Anomalien des Magen-Darmcanals isoliert auftreten und in der Folge zu nervösen Störungen Veranlassung geben (Neurasthenie, Hypochondrie), das andere Mal lassen sich die dyspeptischen Symptome auf eine psychogene Ursache zurückführen. Gerade die jüngsten Experimente Pawlows und seiner Schüler beweisen die enge Verknüpfung von Sinnesreiz und psychischem Vorgang mit den physiologischen Acten der Verdauung. Als einen bedeutsamen aetiologischen Factor der nervösen Dyspepsie führt Dreyfus die Cyclothymie an. Es ist dies eine abgeschwächte Form des manisch-depressiven Irreseins mit vorwiegend melancholischer Depression. Hieher gehören viele Künstler, die eine Zeitlang intensiv productiv waren, dann aber arbeitsunlustig sich von der Welt zurückziehen. Es treten hier häufig erhebliche Störungen subjectiver Art seitens des Verdauungstractes auf, derart dass sich die Pat. für magen- und nervenkrank halten, und ausschliesslich die Internisten aufsuchen. Diesen geben sie an, an Aufstossen, Appetitlosigkeit und Parästhesien im Unterleibe zu leiden, verschweigen aber ihre allgemeinen nervösen und psychischen Störungen, so dass nur eine sorgfältige Anamnese den Zustand aufdecken kann. Neben der Cyclothymie nimmt Dreyfus die angeborene nervöse Disposition, die degenerative Anlage des Nervensystems als eine Ursache der nervösen Dyspepsie an, ferner die von Stiller Asthenia universalis congenita genannte Anlage. Was die erworbene Neurasthenie betrifft, so ist bekannt, dass in ihrem Bilde dyspeptische Beschwerden, Appetitlosigkeit, abnorme Sensationen im Epigastrium, Aufstossen, Uebelkeit, Obstipation, Flatulenz nur äusserst selten fehlen. Freud berichtet über das Vorkommen von Diarrhoen bei Angstneurosen. Bei so verschiedener Aetiologie ist das Gesamtbild der dyspeptischen Beschwerden ein von Fall zu Fall wechselndes. Deshalb schlägt eben P. vor, die Bezeichnung «nervöse Dyspepsie» fallen zu lassen und sie durch die Namen, z. B. nervöse Anorexie, nervöses Erbrechen, hysterische Hyperästhesie des Magens, reflectorische Hypersecretion u. s. w. zu ersetzen. Auf dem Gebiete der Magenneurosen finden wir Störungen der Sensibilität und des Appetits, der Motilität und der Secretion, und zwar sowohl im Sinne einer Herabsetzung, als auch einer Steigerung dieser Functionen. Solche Störungen finden sich oft schon im Oesophagus. Unter dem Einflusse von Gemütsaffecten und überwertigen Ideen, können bei hierzu disponierten Personen Schluckbeschwerden auftreten. Wahrscheinlich ist der Globus hystericus nichts anderes als eine Störung der Motilität und Sensibilität des Oesophagus. P. sah Fälle, bei denen eine förmliche functionelle Stenose im oberen Abschnitt des Oesophagus bestand, wobei die Pat. nicht einen Tropfen Wasser schlucken konnten. Feste Speisen konnten sie leichter in den Magen bringen, die Magensonde ging meist anstandslos in den Magen. Auch Cardiospasmus kann bei Gemütsaffectionen auftreten, und nach Abklingen derselben spontan verschwinden. Auf dem Gebiete der Sensibilitätsneurosen des Magens sind Störungen im Sinne einer Steigerung der Empfindlichkeit in der Ueberzahl. Bald besteht eine Hyperästhesie gegen alle Arten äusserer Reize, bald eine solche nur gegen eine bestimmte Gruppe von Reizen mechanischer, thermischer oder chemischer Natur. Von einer tactilen Hyperästhesie sprechen wir dann, wenn mechanische Reize, wie sie von den eingeführten Ingestis ausgehen, und die normalerweise vom gesunden Magen nicht empfunden werden, zur Perception gelangen, oder, wenn normale Reize, die beim Gesunden nur physiologische Organgefühle wecken, abnorme, insbesonders schmerzliche Sensationen hervorrufen. So ist z. B. häufig der Zustand des Hungers oder der Sättigung die nächste Ursache zur Auslösung von Schmerz oder Uebelkeit. Sehr oft werden bei solchen Fällen Flüssigkeiten schlechter vertragen, als feste Speisen. Die Zahl der Nervenendigungen, die getroffen werden, ist nämlich bei Flüssigkeiten grösser und infolge dessen eben auch der Schmerz der kranken Schleimhaut grösser.

Scherback spricht über die Therapie beim Puerperalprocess. Um die Notwendigkeit und den wirklichen Wert einer Therapie bei dem bereits ausgebrochenen Puerperalfieber beurteilen zu können, wäre eine halbwegs exacte Prognosenstellung Vorbedingung. Die vielfach geübte, von Döderlein angegebene Abimpfung aus der Uterushöhle hat viel von ihrem Wert verloren, seit neuere Untersuchungen ergeben, dass z. B. von 100 normalen Wöchnerinnen am 3 bis 5 Tage 35 pCt., am 8 bis 9 Tage schon 72 pCt. Keime im Uterus beherbergen, und dass in dem ersten Termine etwa 9 pCt., im späteren sogar 37 pCt. dieser nicht fiebernden Wöchnerinnen sogar Krankheitskeime in den Culturen liefern. Auch der Nachweis von Keimen im kreisenden Blut ist durchaus nicht verlässlich. Er kann in schwersten Fällen negativ bleiben, während etwa 17 pCt. der positiven Streptococcenbefunde noch immer eine gute Prognose geben. Die von Leo angegebene Mikroskopie der Scheidenlochien hat nur bei zwei Gruppen sicheren prognostischen Wert, einen günstigen bei Streptococcenfreiheit der Lochien, einen ungünstigen bei dauerndem Ausbleiben der Phagocytose. Die cytologische Untersuchung des Blutbildes hätte, von der Schwierigkeit in der Praxis abgesehen, nur bei mehrtägiger systematischer Fortführung Nutzen. Am deutlichsten gehe die Unmöglichkeit einer sicheren Voraussage aus der grossen Beobachtungsreihe Mermanns über mehr als 200 therapeutisch unbeeinflusste Puerperalprocesse hervor. Kritischer Fieberabfall, plötzliches Verschwinden schwerster Symptome kommen auch ohne jede Behandlung ausser absoluter Ruhe vor. Und deshalb sei gerade beim Puerperalfieber das grösste Misstrauen in die Beurteilung der Therapie geboten; sie zerfällt in eine zum Teil medicamentöse Allgemeinbehandlung und in eine locale, den Infectionsherd auf chirurgischem Wege angreifende. Diese Einteilung fällt fast gänzlich zusammen mit einer anderen, in die dem praktischen Arzt in der alltäglichen Tätigkeit möglichen, und die nach specialistischer Anstaltsbehandlung verlangenden Heilverfahren. Was die antipyretische Behandlung betrifft, empfiehlt Sch. consequent durchgeführten Antipyringebrauch (2,0 bis 4,0 pro die). Curschmann, Zweifel,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jung haben bei pyämischen Processen gute Erfolge damit gehabt. Ergotinpräparate werden von allen mit Ausnahme Mermanns gelobt. Die Alcoholtherapie (Runge) ist jetzt allgemein verlassen, die Nukleïnanwendung (Hoffmann) wenig verbreitet. Sehr viele und darunter recht günstige Berichte liegen über die Einwirkung des Collargols auf den septischen Process vor. Die ursprüngliche Credesche Salbe ist durch die intravenöse oder rectale Anwendung der Collargollösung ersetzt. Was das Paltaufsche Serum betrifft, macht allen Zweifeln der experimentierenden Bakteriologen (Zangemeister) gegenüber in vielen Fällen die rechtzeitige und ausgiebige Anwendung des Serums den Eindruck eines günstigen Einflusses auf eine Reihe schwerer Symptome und hat eine Contraindication nur in dem Bestehen grösserer Eiterdepots.—Neuere Autoren (Winter) messen dem blossen Zurückbleiben von Eiresten nicht mehr die frühere Bedeutung für das Entstehen wirklicher septischer Processe, nicht blos saprämischer Processe zu. Jede Vielgeschäftigkeit an dem puerperal erkrankten Uterus ist abzulehnen, ganz besonders muss vor der falschen, gefährlichen Analogie mit der Ausschabung post partum gewarnt werden. Auch die Uterusaustastung und Ausspülung (am besten mit Alcohol) sind auf strenge Indicationen zu begrenzen. Die Exstirpation des septisch erkrankten Uterus — von der klaren Indication bei vereitertem Myom abgesehen — wird an dem Zweifel seine Schranken finden, ob die Operation noch rechtzeitig und doch nicht überflüssig kommt. Wenigstens in dieser Beziehung steht die Möglichkeit einer operativen Indication besser bei der puerperalen allgemeinen Peritonitis und bei der chronischen Thrombophlebitis und Pyämie.

Aerztlicher Verein in Brünn.

Gottwald Schwarz spricht über Schutz gegen Röntgen- und Radiumstrahlen. Die Radiotherapie war, weil die oberflächlichen Wirkungen der X-Strahlen auf die sehr empfindliche Haut am deutlichsten und stärksten sich manifestierten, zunächst nur Dermatotherapie. Das ist heute nicht mehr so, ihr bedeutenderer Teil betrifft die malignen Bluterkrankungen und Tumoren, wo schon gegenwärtig befriedigende Ergebnisse vorliegen. Gerade in diesem wichtigsten Zweige der Röntgentherapie, bei der «Tiefenbestrahlung» bildet aber die grosse Empfindlichkeit des Hautorgans ein immer störender empfundenes Hemmnis, muss man sich doch oft sagen: wir könnten mehr leisten, könnten wir mehr Röntgenlicht auf den krankhaften Process in der Tiefe applicieren. Wir können aber nicht, weil sonst die Haut Schaden nehmen würde. Das Bestreben, hier Abhilfe zu schaffen, führte Sch. auf folgenden Weg. Versuche, die Sch. an Pflanzen anstellte, belehrten ihn darüber, dass zwischen der Röntgenempfindlichkeit der Zellen und ihrer Stoffwechselgrösse ein inniger Zusammenhang besteht. «Bestrahle ich trockenen Samen, in welchem der Stoffwechsel des ruhenden Pflanzenembryo auf ein Minimum reduciert ist, so bleiben selbst ungeheuerliche Röntgenlichtmengen ohne Effect. Quoll aber der Samen auf, was das Wachstum einleitet, so genügten schon sehr geringe Röntgenlichtdosen, um charakteristische Veränderungen, Wachstumsstörungen, Pigmentationen zu erzielen. Die Röntgenempfindlichkeit ist also der Stoffwechselgrösse proportional, folglich müssen alle Agentien, die den Stoffwechsel herabsetzen, auch die Röntgenempfindlichkeit herabsetzen. Ich unternahm folgenden Versuch. Bei einem Mädchen, das uns wegen Naevus flammeus des Vorderarms zur Radiumbehandlung zugewiesen wurde, bestrahlte ich zwei benachbarte Hautstellen gleich lange, mittelst einer würfelförmigen Radiumkapsel, nur mit dem Unterschiede, dass ich einmal die Kapsel einfach auflegte, das andere Mal aber sehr kräftig mittelst Gummizeuges gegen die Haut aufdrückte. Im letzteren Falle war die Hautpartie anämisiert, der Saftzufluss gesperrt, der Stoffwechsel gehemmt. Das Resultat war, dass in der ungedrückten Partie heftige Entzündung mit Schwellung und Abschuppung und später Gefässatrophie auftrat, in der gedrückten Partie kam es nur zu einer vorübergehenden Hyperämie, die Stelle glich einer völlig unbestrahlten. Obwohl bei der grossen Verwandschaft, die die Radiumstrahlen mit den Röntgenstrahlen besitzen, die Annahme gerechtfertigt war, dass dasselbe auch für Röntgenstrahlen gilt, überzeugte ich mich noch durch eigene Versuche. Ich bestrahlte bei einem Jungen mit Trichophytie, zwei etwa 1½ cm. grosse Stellen der behaarten Kopfhaut gleichzeitig mit derselben Röntgenlichtmenge mit dem Unterschiede, dass auf der einen Partie ein dünner Holzspatel lose auflag, während auf die andere ein solcher mittelst Gewichtzuges sehr kräftig gepresst wurde. Nach 17 Tagen war die ungedrückte Stelle völlig enthaart, in der gedrückten Stelle sitzen die Haare fest. Es gilt also für Röntgen dasselbe wie für Radium. Der Druck stellt wohl nur eine der zahlreichen Möglichkeiten zur Stoffwechselhemmung dar. Andere werden in Erwägung gezogen.

Sofer.

Professor Peter Lesshaft †.

Am 28 November starb in Heluan (Aegypten) der bekannte Anatom, Professor Dr. med. P. Lesshaft im Alter von 73 Jahren. Er war Anfang October an der Influenza erkrankt, an die sich eine Pneumonie und acute Nephritis anschloss, worauf ihm die behandelnden Aerzte den Rat erteilten, nach Aegypten zu reisen. Lesshaft begann seine akademische Laufbahn als Professor der Anatomie an der Universität zu Kasan, musste aber bald diese Stellung aufgeben infolge eines Zeitungsartikels, in welchem er die Zustände in dieser Universität, einer strengen Kritik unterzogen hatte, die das Missfallen der Obrigkeit erregte. Er hatte hierbei die Genugtuung, dass 8 Professoren den Beschluss fassten, gleichfalls ihren Abschied zu nehmen. Nachdem er 7 Jahre ohne Anstellung geblieben war, kam er als Prosector zu Prof. W. Gruber an die Militär-medicinische Akademie in St. Petersburg. Als er im Jahre 1885 bei der eröffneten Vacanz des Lehrstuhls der Anatomie an derselben Akademie nicht zum Professor erwählt wurde, verliess er dieselbe und übernahm die Vorlesungen über Anatomie an der naturhistorischen Facultät der St. Petersburger Universität. Aus dieser Zeit stammen von ihm zahlreiche Arbeiten über die Anatomie der Knochen, Fascien und Muskeln, sowie solche anthropologischen und pädagogischen Inhalts. Die Beschäftigung mit der Pädagogik führte dazu, dass Lesshaft schliesslich eine Schule gründete zur Heranbildung von Erzieherinnen und Lehrerinnen für physische Erziehung der Jugend. Später wurde das Programm dieser Anstalt bedeutend erweitert und dieselbe in eine Höhere Freie Schule umgewandelt. Als Verfechter des Wahlspruchs «freie Wissenschaft und freie Lehre» war Prof. L. von jeher vielfachen Anfeindungen und Verfolgungen ausgesetzt und 1901 wurde er sogar aus Petersburg verwiesen. Genoss er schon als Gelehrter, Pädagoge und hochbegabter Redner eine grosse Popularität bei der Jugend, so wurde sein Einfluss durch ein solches «Martyrium» natürlich nur erhöht und die Sympathie zu ihm gesteigert. Lesshaft war ein Mann von hervorragender Begabung und vielseitigen Interessen für die Wissenschaft, dabei ein überzeugter Kämpfer für die Freiheit auf allen Gebieten der Geistesbetätigung und von der Idee beseelt, für die Bildung und Entwickelung der Jugend alles zu tun, was in seinen Kräften stand. In seinen anatomischen Arbeiten suchte er die Entwickelung und die morphologischen Structurveränderungen der Knochen und Muskeln auf mechanische Einflüsse zurückzuführen, wobei er in den Fehler verfiel, wie ja das bei begeisterten Verfechtern einer Idee häufig der Fall ist, seine mechanische Theorie etwas zu einseitig vorzutragen, ohne gebührende Berücksichtigung der Embryologie und Histologie. Die grösste Bedeutung Lesshafts besteht aber in seiner Tätigkeit als Lehrer und Erzieher der Jugend, der er, selbst seinen Idealen allezeit treu, den Glauben an diese Ideale einzuflössen und zu erhalten wusste. Er verfügte über eine grossartige Arbeitskraft, die um so mehr zu bewundern war, als er beständig Verdächtigungen und Verfolgungen ausgesetzt war, in seinen besten Absichten häufig missverstanden und in seinen besten Bestrebungen fortwährend gehemmt wurde.

D.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Das Ministerium des Inneren hat die Statuten der Russischen Liga zur Bekämpfung der Tuberculose bestätigt.

— Censur von Medicamentenreklamen. Die Praxis der Anwendung der bestehenden Regeln über die Censur der Ankündigungen und Reklamen durch die örtlichen Medicinalverwaltungen hat erwiesen, dass einige Medicinalverwaltungen von Personen, die Ankündigungen von Medicamenten publicieren, die Vorstellung der Copie der entsprechenden Journalbeschlüsse des Medicinalrats oder überhaupt eines Papiers verlangen, das über die Erlaubnis der Einfuhr des betreffenden Materials Auskunft gibt. Die Hauptverwaltung des Medicinalinspectorats im Ministerium des Innern nimmt darauf Rücksicht, dass die Vorstellung derartiger Papiere bisweilen unmöglich ist, da einige Besteller über die Genehmigung der Einfuhr von Präparaten nur von den ausländischen Generalconsulaten in Kenntnis gesetzt werden, und hat die Medicinalverwaltungen darüber informiert, dass es für die Censur vollkommen genügt, wenn die Besteller die Nummer der von der Hauptverwaltung des Medicinalinspectors herausgegebenen «Nachrichten über die öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin» oder die Nummer des Anzeigers der Regierungsverfügungen im Finanzministe-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

rium vorweisen, in der die Genehmigung zur Einfuhr des betreffenden Präparats in Russland veröffentlicht ist.

— An der Militär-Medicinischen Akademie habilitierte sich als Privatdocent für Chirurgie Dr. med. A. L. Poljenow.

— Zum Rector der Universität in Jurjew (Dorpat) ist Prof. Alexejew ernannt.

— Kiew. Am 29. November fand die Einweihung des Gebäudes des Weiblichen Medicinischen Instituts statt.

— Der 3. Internationale Congress für Physikalische Therapie findet vom 29. März bis 2. April (n. St.) in Paris statt unter dem Vorsitz von Prof. Landouzy. Auskunft erteilt Prof. Dr. Vacquez, 27 rue du Général Foy.

— Heidelberg. Der Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. E. Kehrer ist zum a. o. Professor ernannt.

— Prag. Die Privatdocenten DDr. E. Münzer und G. Pick wurden zu ausserordentlichen Professoren der inneren Medicin an der deutschen Universität ernannt.

— Wien. An des verstorbenen Prof. Monti Stelle wurde Dr. Reuss zum Director der Wiener Allgemeinen Poliklinik erwählt.

— Mr. George Crocker, der Sohn des Eisenbahnindustriellen in California, welcher ein Vermögen von 6 Millionen Pfund Sterling hinterliess, hat der Columbia Universität 300000 Pfd. Sterling überwiesen zur Erforschung des Krebses.

— Wie das in London erscheinende Journal «The Hospital» (Nr. 147, Vol. VI) berichtet, hat ein anonymer Spender einen Preis von 20000 Pfund Sterling gestiftet für die Entdeckung einer absoluten Heilmethode der Tuberculose. Der Preis ist in der Yale-Universität deponiert, und die an der Yale-Medical-School angestellten Aerzte sind als Bevollmächtigte für die Preisverteilung ernannt. Dieselben haben viele bekannte Aerzte zur Mitgliedschaft an einem Comitee aufgefordert, das über den Wert der eingereichten Arbeiten zu entscheiden hat. An dem Wettbewerb um diesen Preis können sich Aerzte und Forscher der ganzen Welt beteiligen.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 29. Nov. bis 5. Dec.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	6	(1)	6305	(2404)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	—	(2)	1349	(751)	27. »
Stadt Moskau . . .	68	(37)	155	(84)	27. Juni
Stadt Baku	2	(2)	170	(88)	16. Sept.
Gouv. »	7	(10)	91	(71)	18. Oct.
» Jekaterinoslaw .	2	(2)	163	(68)	6. Sept.
» Taurien. . . .	1	(—)	238	(125)	28. Aug.
Gebiet des Donkosakenheeres	6	(1)	10	(3)	15. Nov.
Im Ganzen	92	(55)			

Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland in diesem Jahr 20389 Personen an der Cholera erkrankt und 9275 gestorben. Die Stadt Moskau ist für choleraverseucht erklärt.

— Verbreitung der Pest in Russland. In dem in der Kirgisensteppe gelegenen Ort Kuschuk-Kurgan (Gouv. Astrachan), 80 Kilometer südlich von Beis-Kulak (s. Nr. 49 St. Pet. med. Woch.) wurden vom 26. November bis zum 3. December in 4 Kirgisenhütten 15 Fälle von Erkrankung an der Lungenpest constatiert, von denen 13 tötlich verliefen. Am 4. December erkrankten wieder 2 Kirgisen und starb 1. Am 5. December fanden keine Erkrankungen statt. — In Beis-Kulak starb am 4. December 1 Kirgise an der Pest. Gegenwärtig sind dort keine Pestkranken vorhanden. Im ganzen sind in der Kirgisensteppe im Gouv. Astrachan vom 5. November bis zum 5. December 31 Kirgisen an der Pest erkrankt und 28 gestorben. Die Gesamtzahl der Kranken beträgt gegenwärtig 2. Im Kreise Uralsk, Ural-Gebiet, wurden in der Umgegend von Dshambeit-Bazar vom 12. November bis zum 4. December 73 Fälle von Lungenpest festgestellt, von denen bis jetzt 42 tötlich verliefen; gegenwärtig befinden sich daselbst 31 pestkranke Kirgisen.

Die «Pestcommission» hat den Kamysch-Ssamarschen Teil der Kirgisensteppe (Gouv. Astrachan) und die Stadt Hankou in China für pestinficiert und das Gouvernement Astrachan sowie das Uralgebiet für pestbedroht erklärt.

— Verbreitung der Pest. Deutsch-Ostafrika. Vom 19. Sept. bis zum 5. October wurden im Gebiet von Mpapua 7 Fälle von Pest beobachtet, die tötlich verliefen. — Türkei. In Beirut wurden Ende November 2 Pestfälle beobachtet. Aegypten. In der Woche vom 13. bis zum 19. Nov wurde 1 Erkrankung an Pest in Girga registriert. — In Zanzibar ereignete sich am 23. Oct. ein Pestfall mit tötlichem Ausgang. — In Bombay (Britisch-Indien) wurden im October 52 Fälle von Erkrankung an der Pest und 45 Todesfälle constatiert.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 22. bis zum 28. Nov. 1909 502 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 2[illegible], Typh. exanth. 0, Febris recurrens 7, Pocken 41, Windpocken 50, Masern 105, Scharlach 77, Diphtherie 120, Cholera 11, acut. Magen-Darmkatarrh 36, an anderen Infectionskrankheiten 32.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12800. Darunter Typhus abdominalis 194, Typhus exanth. 8, Febris recurrens 35, Scharlach 2[illegible], Masern 81, Diphtherie 298, Pocken 194, Windpocken 6, Cholera 21, crupöse Pneumonie 90, Tuberculose 713, Influenza 186, Erysipel 125, Keuchhusten 19, Hautkrankheiten 8[illegible], Syphilis 590, venerische Krankheiten 441, acute Erkrankungen 2313, chronische Krankheiten 1735, chirurgische Krankheiten 1585, Geisteskrankheiten 3357, gynäkologische Krankheiten 289, Krankheiten des Wochenbetts 42, verschiedene andere Krankheiten 70.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 717 + 38 Totgeborene + 48 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 4, Typh. exanth. 0, Febris recurr. 0, Pocken 1[illegible], Masern 38, Scharlach 19, Diphtherie 23, Keuchhusten 12, crupöse Pneumonie 41, katarrhalische Pneumonie [illegible], Erysipelas 10, Influenza 8, Pyämie und Septicaemie 10, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 24, Dysenterie 0, Cholera 2, Magen-Darmkatarrh 29, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 18, andere Todesursachen 234.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 16. November im Kreise Nowoladoga, Gouv. St. Petersburg, Dr. Catharina Maljarewskaja, geb. 1851, approbiert 1878. 2) Am 24. Nov. in Odessa Dr. W. Bondurowskij, geb. 1863, approbiert 1882. 3) Am 28. Nov. in Heluan (Aegypten) Prof. Dr. P. Lesshaft. 4) Prof. Dr. Ripamonti, Director des Ospedale Maggiore in Mailand.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. Dec. 1909.

Tagesordnung: Weber: Echinococcus der Bauchhöhle.
Lezenius: Die Ophthalmologie der Römer.

Geschäftliche Sitzung: Besprechung der Bibliothekfrage.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Dec. 1909.

Tagesordnung: 1) Serck: Ueber exsudative Pleuritis im Kindesalter.
2) Dr. Ucke: Neueres über Blutuntersuchung.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

L. Asher. Der Physiologische Stoffaustausch zwischen Blut und Geweben. Jena. G. Fischer. 1909. Mk. 1.20.

H. Schridde. Die ortsfremden Epithelgewebe des Menschen. Jena. G. Fischer. 1909. Mk. 1.60.

P. Krause. Lehrbuch der Klinischen Diagnostik innerer Krankkeiten. Jena. G. Fischer. 1909. Mk. 14.

Die innere Einrichtung der Sanitätszüge in 18 Bildern. Wien. J. Safár. 1910. Mk. 1.80.

v. Hoen und M. Szarewski. Behelf zur Lösung von Aufgaben aus dem taktischen und operativen Sanitätsdienste im Rahmen von Armee, Korps und Division. Wien. J. Safár. 1910. Mk. 2.70.

Cron. Feldtaschenbuch für den Sanitätsdienst im Kriege. Wien. J. Safár. 1908. Mk. 2.70.

Cron. Ueberblick einer Neuanlage des Gefechtssanitätsdienstes. Wien. J. Safár. 1909. Mk. 1.80.

Cron. Zehn Beispiele aus dem Gebiet des Gefechtssanitätsdienstes. Heft I bis V. Wien. 1908. J. Safár. Mk. [illegible] p. Heft.

B. Drastich. Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. Wien. J. Safár. 1909. Mk. 2.50.

L. Knapp. Der Scheintod der Neugeborenen. II. und III. Teil. Leipzig und Wien. W. Braumüller. 1909. Mk. [illegible]

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 51 St. Petersburg, den 19. December 1909 (1. Jan. 1910). **XXXIV.** JAHRGANG.

Das Unfallversicherungsgesetz und seine Folgen.

(Vortrag, gehalten auf dem I. baltischen Aerztetag zu Dorpat, 1909).

Von

Dr. Eduard Schwarz.

M. H.! In der nächsten Reichstagssession im Deutschen Reich kommt eine Reform der Reichs-Versicherungsordnung zur Beratung, und wohl nicht in all zu ferner Zukunft soll die Einführung ähnlicher Gesetze in der russischen Reichs-Duma beraten werden!

Welche Stellung hat heute der Arzt zu diesen hochwichtigen Dingen einzunehmen?

Ich habe schon mehrere Mal Gelegenheit genommen, auf die hier in Frage kommenden hoch interessanten Dinge hinzuweisen, und bin der Aufforderung unseres Secretärs gern gefolgt, auch diese hochzuverehrende Versammlung um Aufmerksamkeit zu bitten, in der Hoffnung, dass schon die allgemeine menschliche, die psychologische Seite der Frage Ihr Interesse erregen dürfte. Auch besteht unter den Fachleuten der verschiedenen Nationen noch keine vollkommen einheitliche Anschauung über diese Dinge, wie es eben jetzt im Mai in Rom auf dem 2-ten internationalen Unfallcongress zu Tage getreten ist. Ferner sind durch die sociale Gesetzgebung die Interessen des ärztlichen Standes, und die idealsten in erster Linie, so empfindlich geschädigt worden, dass eine nähere Beleuchtung dieser Verhältnisse des Interesses der Aerzte sicher sein dürfte. Der grosse Kampf, den unsere Collegen in Deutschland auszukämpfen haben und für den wir ihnen die besten Erfolge wünschen, wäre ohne die sociale Gesetzgebung nicht heraufbeschworen worden!

M. H.! die Flucht der Landarbeiter vom Lande zur Stadt, das Verlassen des heimatlichen Bodens, der ungenügend bearbeitet ungenügenden Unterhalt gewährte (H. v. Samson), das Aufblühen der Industrie, die reicheren Lohn versprach, haben eine gewaltige Umwälzung der Lebensbedingungen der europäischen Culturmenschheit gezeitigt und einen neuen Menschentypus geschaffen, den es früher nicht gab. Dem heimatlosen Fabrikarbeiter geht es nicht schlecht, so lange er gesund und arbeitsfähig ist; sobald aber Krankheiten ihn ereilen, zeigt sich die Unsicherheit seiner Existenz; verfällt er nur einer längeren Krankheit, so ist er nach seinen eigenen Kräften hilflos.

Dieser Not wollte das Versicherungswesen, aus wohlwollendem Herzen entsprungen, zu Hilfe kommen. Es sind viele Wunden geheilt worden, die Gesetze haben vieler Not abgeholfen, doch ihre Nebenwirkungen sind so grosse und gewaltige, dass sie direct die Frage erwecken: ist das Versicherungswesen ein Culturfortschritt, oder ist es nur ein Palliativmittel, das die Krankheit durchaus nicht heilt, die Schmerzen wohl zeitweilig lindert, aber bei fortgesetztem Gebrauch schädigend einwirkt, so dass die Schädigung den Nutzen übertrifft?

Bei der Creierung des Gesetzes hat der Gesetzgeber die Feststellung der Krankheit, und damit auch der Hilfsbedürftigkeit des Objectes — des betroffenen Arbeiters — als so selbstverständliche Grundlage angenommen, dass der Arzt, dem doch später die Hauptrolle zufiel, der ausschlaggebend sein sollte, in dem er zu entscheiden hatte — krank, oder nicht krank — für den Erlass des Gesetzes überhaupt nicht gefragt worden ist. Was er leisten konnte, darnach wurde nicht gefragt. Seine Hilfe wurde als etwas Selbstverständliches vorausgesetzt. Die Folge hat gezeigt, wie schwierige Aufgaben den Arzt erwarteten.

Vielleicht hätten manche schlimmen Folgen des Gesetzes vermieden werden können, wenn damals das Urteil massgebender Aerzte eingeholt worden wäre. Der damals oberste Leiter des Staates, Fürst Bismarck [1]) hatte sich das Getetz anders gedacht; er sagte am

[1]) Bismarck als Erzieher. v. Paul Dehn pag. 463.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21. IV. 95 einer Abordnung der Deutschen Burschenschaften: „die Leute beschuldigten mich, dass ich das Tabakmonopol als matrimonium pauperum, als Unterlage für die Arbeiterversorgung haben wollte. Da war aber von Arbeiterbeirägen gar keine Rede; der Reichstag lehnte das ab; es ist dann in die Räder der Geheimratsmaschine gekommen und kam ziemlich anders wieder zum Vorschein, und als schliesslich nach 7—8 Jahren, nachdem ich den Antrag eingebracht hatte, der parlamentarische und geheimrätliche Wechselbalg wieder herauskam, da wurde ich gefragt: willst Du das oder nicht? da habe ich gesagt: ich will lieber das als garnichts".

Bei der Verwendung des Tabakmonopols für die Versorgung der Unfallverletzten hätte der Staat die Macht in der Hand behalten und in landesväterlicher Fürsorge den wirklich Geschädigten geholfen, die Rentensüchtigen kurzer Hand abgewiesen und so manchen Fehler des Gesetzes schneller und früher wieder redressieren können! Ob die Reform die bestehenden Missstände fortschaffen wird, bleibt abzuwarten! Aber die Schäden, die durch das Bestehen eines solchen Gesetzes an sich gezeitigt werden, werden auch beim reformierten Gesetz bestehen bleiben!

In den letzten Decennien ist in unermüdlicher Arbeit eine fast unübersehbare Literatur über die hier in Frage kommenden nervösen Störungen erarbeitet worden; man hat auf Vereinen und Congressen sich mit dem Gegenstande eingehend befasst, zuletzt im Juni 1907 in Baden, auf den Wanderversammlungen der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte und auf den Internationalen ärztlichen Unfallcongressen, dem ersten in Wien und dem II-ten am 23—28 Mai dieses Jahres in Rom! Es sind mehrbändige Werke geschrieben worden, so das in 2-ter Auflage eben erscheinende Werk von Prof. Thiem in Cottbus.

Bald nach Creierung des Unfallgesetzes, des von den 3 grossen socialen Gesetzen in seinen Folgen am besten bekannten, sahen die Aerzte nach Unfällen nervöse Störungen auftreten, die ein besonderes, eigentümliches Gepräge an sich zu haben schienen, so dass eine neue Neurose in den medicinischen Lehrbüchern erschien. Die „traumatische Neurose" Oppenheims war mit so viel didactischer Schärfe nach dem Leben gezeichnet worden, dass sie lange und noch bis in die Jetztzeit in dem Ideenkreise der Aerzte, und speciell der Gutachter, eine ausschlaggebende Rolle gespielt hat und noch spielt. Geleistet haben die Aerzte schliesslich ihre Aufgaben, sie sind, von Detailfragen abgesehen, zur Erkenntnis gelangt, die für die allgemeine Sachlage notwendig ist — nach manchen Irrwegen!

Auf dem internationalen Congress in Rom hat Thiem mit aller Entschiedenheit betont, dass die deutschen Aerzte in ihrer grössten Mehrheit dafür eintreten, es existiere eine „traumatische Neurose" als solche überhaupt garnicht. Prof. Brissaud-Paris, Prof. Biondi-Cagliari, Dr. Poëls-Brüssel halten an der Specificität der traumatischen Neurose fest, obgleich sie alle zugeben, dass das Unfallgesetz am Zustandekommen derselben die Schuld trägt. Prof. Brissaud proponiert für die traumatische Neurose den Namen „Sinistrose". Gegen diese Auffassung ist in Rom Thiem energisch aufgetreten: fort mit dem Namen „traumatische Neurose", fort mit dem Namen „Traumasthenie" und weit, weit fort mit dem Namen „Sinistrose". Einen besonderen Charakter erhalten die Neurosen nach Unfällen, nicht durch die Folgen des Unfalls, sondern durch die Folgen der Unfallgesetzgebung".

Die nervösen Krankheitsbilder, die nach Traumen zur Beobachtung kommen, sind dieselben wie wir sie auch sonst im Leben unter den Bildern zu sehen gewohnt sind, die als Neurasthenien, Hysterie, Hypochondrie bezeichnet werden; Thiem betont, dass sogar die Hinzufügung „post trauma" zu den obigen Diagnosen bedenklich erscheine, weil das Trauma bei weitem nicht die einzige Ursache der nach Unfällen beobachteten Nerven- und Geistesstörungen sei, ja sogar in vielen Fällen als Ursache überhaupt nicht mehr in Frage komme; die vorliegende Störung sei lediglich die Folge der Unfallgesetzgebung, wie ja auch alle Redner anerkannt hätten. Wolle man diesen eigenartigen Zuständen einen Namen geben, so müsse man sie „Unfallgesetzneurose" nennen. Er sträube sich aber mit aller Entschiedenheit gegen alle derartigen Bezeichnungen, da es nicht üblich sei, Krankheiten nach ihren Ursachen, sondern nach ihrem pathol. Befunde, oder wenn dieser noch unbekannt, nach ihren klinischen Erscheinungen zu benennen; die Schaffung besonderer Namen für die infolge der Unfall- und Haftpflichtgesetzgebung auftretenden Krankheitsbilder sei unwissenschaftlich und gefährlich, indem sie die Einbildung Unfallverletzter verstärke „es drohe ihnen nach Unfällen eine besondere, geheimnisvolle, bisher unbekannte Krankheit". Ich meine, diesen Anschauungen hätten sich sobald wie möglich alle Aerzte anzuschliessen; ich schreibe, wenn überhaupt, schon seit Jahren, die Diagnose „traumatische Neurose", nur mit dem Epitheton: „sogenannte" und in Anführungszeichen!

Wie der Congress in Rom gezeigt hat, ist es aber nicht so weit, dass die Aerzte aller Herren Länder sich zu diesem Standpunkt durchgerungen haben; auch in Deutschland waren vor 2 Jahren die Anschauungen noch nicht so geklärte. Das Referat, um das Prof. Hoche gebeten worden war, sollte über das Thema erstattet werden: „Die klinischen Folgen der Unfallsgesetzgebung."

Während der Vorbereitung des Referates hatte sich dem Referenten „das Thema verschoben, denn es ergab sich sehr rasch, dass Meinungsverschiedenheit über das klinische Bild im Einzelfall nicht mehr bestand". Es bestanden auch keine Zweifel mehr über die gewaltige Zunahme der Unfallneurose, und so gestaltete sich das Referat zu einem solchen über die Therapie der grossen Volksepidemie der traumatischen Neurose".

Und in der Tat, die nervös-psychische Epidemie, erzeugt durch eine staatliche Massregel, ist im Wachsen begriffen, „sie wird immer ein merkwürdiges Capitel in der Geschichte der Medicin bleiben", ihr Auftreten und Wachsen ist unheimlich. Eine derartige, sich weitverbreitende psychische Epidemie wäre wohl bei Creierung der Unfallgesetze nicht vorauszuahnen gewesen. Aber, m. H.! staatliche Massnahmen sind nicht von Anfang an für ihre weitere Entwickelung und ihre Wirkung zu prognosticieren. Diese Unsicherheit in der Beurteilung der einzuschlagenden Wege in der Politik hat dem langjährigen und erfolgreichen Lenker der Geschicke Deutschlands viel Sorge, viele schlaflose Nächte gemacht und zur Entstehung seiner schmerzvollen Leiden viel beigetragen. Er verglich den Staat mit einem lebenden Organismus, an dem man bei Verordnung neuer Massnahmen mit Vorsicht experimentieren solle (Hoche).

Eine wie gewaltige Bedeutung die Gesetze haben, geht schon aus dem Umstande hervor, dass in Deutschland jeder 3-te Mann sich in der staatlichen Unfallversicherung befindet; 1907 waren es 20 Millionen, heute schon 21 Millionen (Flügge: Deutsch. med. Woch. 1909, pag. 722). Hoche referierte, dass 1886 die Zahl der Entschädigungen 2 Millionen, im Jahre 1906 146 Millionen betragen habe. Der deletäre Einfluss des Versicherungswesens ist auch in Beamtenkreise nicht unbekannt; am 13. XII. 04 warnte der damalige Staatssecretär Graf Posadowsky im Reichstage vor einer Ueberspannung des Versicherungsprincips, vor einer zu weit

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gehenden Ausdehnung der staatlichen Versicherung auf immer neue Erwerbszweige. So weit ich habe sehen können, ist in der Vorlage die Reform die Reichs-Vers.-Ordnung betreffend, keine Einschränkung sondern eine Ausdehnung vorgesehen! „Eine Reform wird mit den Aerzten gemacht werden, oder sie wird keine Reform sein" (Hoche). Ernst ist die Lage der Dinge, denn die Wirkung der Gesetze erstreckt sich nicht nur auf den Unfallkranken selbst, die schlimmen Wirkungen dehnen sich auch auf die Umgebung der Betroffenen aus. Die Frau, die Bekannten, ja die ganze Gemeinde nehmen Partei für den Unfallkranken und werden so in ihren Anschauungen und Ideen mitverändert. In der Discussion, die dem Referate Hoches in Baden-Baden folgte, illustrierte Prof. Weygandt aus Strassburg diese Wirkung durch besonders prägnante Beispiele. „Ganze Ortschaften pflegten die Neigung der Verletzten, sich gehen zu lassen und sich in die Vorstellung des Krankseins möglichst hineinzuleben, durchaus zu unterstützen und zu verstärken. Baargeldrenten seien auf dem Lande sehr gesucht; das erhelle aus dem besonderen Ansehen, das die Rentenempfänger in ihren Gemeinden genössen; ja es komme sogar vor, dass sich ein solcher auf seine Visitenkarte als Beruf das Wort: „Rentenempfänger" drucken lasse!!

M. H.! Wie haben wir uns die Wirkung des Unfallgesetzes vorzustellen? Vor dem Gesetz hatte jeder das Bestreben, nach einer Verletzung wieder gesund und arbeitsfähig zu werden. Es gab auch damals Träge und Wehleidige, doch diese wurden schliesslich doch durch die Not gezwungen, wieder zu arbeiten. Nach Creierung des Gesetzes strebten auch anfangs vernünftigerweise die Mehrzahl, jetzt auch noch eine grosse Zahl der Verletzten nach Heilung und Arbeitsfähigkeit, aber neben diesem Bestreben besteht der Gedanke an die Rente!

Es wurden die Wohltaten des Gesetzes Vielen zu Teil; die erstrebenswerten Vergünstigungen und Vorteile treten Allen klar vor Augen, als verlockende Beispiele. Und unter den Entschädigten fanden sich auch Leute, die eine Rente mit Unrecht erhalten hatten. Es ist auch an einem Gesunden die Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit eine äusserst schwierige Sache; sie steht nicht in directem Verhältnis zur Körperbeschaffenheit. Oft leisten kleine, elend aussehende Leute mehr als kräftig und robust aussehende; die Leistungen hängen eben von dem „guten Willen" ab, und der wird oft erst durch starke Antriebe — Not, Hunger, Liebe — in Bewegung gesetzt (Quincke). Viel schwieriger ist die Beurteilung eines Menschen, der irgend eine Verletzung oder Schädigung erfahren hat und nun behauptet, arbeitsunfähig zu sein. Der Arzt sieht oft nur ein subjectives Krankheitsbild, objective Symptome fehlen, und wie oft die subjectiven Klagen eines Kranken mangelhafte Wegweiser sein können, weiss jeder von uns und hat im Speciellen die Geschichte des Unfallgesetzes wieder neu gelehrt.

In dieser Geistesrichtung, mit dem Blick auf eine eventuelle Rente, werden dann subjective Sensationen, die direct durch das Trauma erzeugt worden sind oder auch schon früher da waren, subjectiv verwertet; objectivere Naturen werden in einen Kampf versetzt, die Rente lockt; die Sensationen und Beschwerden „sind ja nicht so schlimm"! „man könnte ja wohl arbeiten, aber — die Rente"! — und das Ergebnis dieses Kampfes ist ein verschiedenes je nach der Eigenart des betreffenden Menschen, seiner eigenen inneren Kraft, je nach der Macht des Milieus. Bei Manchen ist das Pflichtgefühl und das Streben nach Genesung stark genug, um die Oberhand zu behalten, Andere unterliegen — und die subjectiven Sensationen führen zum subjectiven Urteil: „ich bin krank"! Hier liegt der Anfang der Neurose! Die erste Verfälschung des Tatbestandes, zu der vor dem Gesetz keine Veranlassung vorhanden war!!

Diese falsche subjective Beurteilung sieht der Simulation und Uebertreibung sehr ähnlich; Simulation und Uebertreibung haben in den früheren Discussionen eine grosse Rolle gespielt. Man tat gut — nach einem vorzüglich prägnanten Ausdruck Hoches — „sich ohne Aerger und nur mit einer gewissen Zurückhaltung zu entrüsten." Uud bei noch Anderen — und diese Gruppe wächst — ist von einem Kampfe nicht mehr die Rede, sie beanspruchen in brutaler Weise ihr Recht auf Grund des eigenen Urteils, „ich habe doch einen Unfall erlitten, also bin ich krank"!

Das ist die grosse Gruppe der Leute, die auch sonst Rechte fordern, ohne in gleicher Weise auch Pflichten anerkennen zu wollen.

Das Gesetz wollte versöhnen, hat aber in Wirklichkeit diesen Rechtsstandpunkt nur noch befestigt und untermauert.

Zu diesen Erscheinungen, die direct vom Unfall abhängig gemacht werden, kommen noch Störungen, die schon vor dem Unfall bestanden, nach demselben aber stärker hervor und in den Vordergrund treten und stärker betont werden und mit mehr oder weniger klarem Bewusstsein in directen Zusammenhang mit dem Trauma gebracht werden. Erich Schlesinger in Berlin [1]) hat an 100 Unfallverletzten der Norddeutschen Textil-Berufsgenossenschaft, die er „im Durchschnitt 10 Tage nach dem Unfall" untersuchte, „also nach einem Zeitraum, der erfahrungsgemäss für die Entwickelung einer Neurose zu kurz ist", — das überraschende Resultat gefunden, dass nur 22 keinerlei pathol. Befunde darboten; kommen die gefundenen pathol. Erscheinungen später nach Jahr und Tag — während der Begutachtung des Unfallkranken — erst zur Kenntnis des Gutachters, so kann kein Arzt entscheiden, ob die Symptome schon vor dem Unfall bestanden oder erst nach dem Unfall sich eingestellt haben.

In Rom wurde von Liniger-Düsseldorf betont, dass kaum 50 % der Arbeiter völlig gesund seien, und Waegner aus Charkow berichtete, „dass nicht einmal 50 % der Arbeiter bei Eintritt in die Fabrik gesund seien; doch „nur die offensichtigen Fehler würden zurückgewiesen" — (in Russland wird jeder Arbeiter bei Eintritt in die Fabrik untersucht),—denn sonst müsste die Industrie ohne Arbeiter bleiben.

Die Verhältnisse sind äusserst wichtige und in ihrer Beurteilung difficil, namentlich bei der Beurteilung der nach dem Unfall zurückgebliebenen Arbeitsfähigkeit. In Rom ist der 3-te und zum Teil auch der 4-te Sitzungstag diesen Dingen gewidmet worden; für unser heutiges Thema können wir von weiterem Eingehen auf diese Fragen absehen.

Und wenn nun die Rente nicht sofort bewilligt wird, so nimmt das Gerichtsverfahren mit all seinen deprimierenden Einflüssen seinen Anfang; Not, Sorgen, Aerger, Kränkung empfindlichen Rechtsgefühls lassen den sein

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 19, pag. 833 ff. **Schlesinger fand das KnPh. 58 Mal gesteigert**, 2 × fehlend und nur 32 × normal, den Hornhautreflex 10 × abgeschwächt und 12 × fehlend, den Schluckreflex 12 × abgeschw. und 12 × fehlend. Das GF. nur 69 × normal, 11 × conc. eingeengt, mässig 11 ×, hochgradig 3 ×; hochgradig ermüdbar 10 ×. Dermographie fehlte nur in 38 Fällen und war 40 × schwach und 22 × stark ausgeprägt. Lidzittern fehlte nur 30 ×, Rombergsches Zeichen war 16 × schwach und 2 × stark ausgeprägt; das Verhalten des Pulses war auch nur 72 × normal, 3 × bestand Arhythmie, mässige Steigerung bis 100 23 ×, eine hohe Steigerung bis 120 5 ×. Das sind meist Symptome, die als Zeichen einer traumatischen Neurose früher bezeichnet worden sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„gutes Recht" Suchenden jetzt erst wirklich erkranken. Die Begehrungsvorstellungen — ein von v. Strümpell geprägter Begriff — werden durch die Misserfolge in erster Instanz nur noch gesteigert, aber alle anderen Factoren wirken mit und in gleicher Richtung, und dabei hatte das Gesetz dem Unfallkranken das Appellieren leicht gemacht, es war bisher kostenlos!! Ein weiterer Fehler der bisherigen Gesetzgebung!! Diese Kostenlosigkeit verführt den Arbeiter, in seinem Streben nach seinem Recht keinen Halt zu machen!

So hat das Gesetz die Energie und die Selbständigkeit geschwächt, es hat das Vertrauen auf eigene Kraft untergraben; es wirkt, wie Quincke [1]) betont, „direct umgekehrt wie die allgemeine Wehrpflicht; diese gewöhne den Menschen daran, Unbequemlichkeiten nicht zu achten, die eigene Persönlichkeit hintenan zu stellen, als Glied eines grösseren Ganzen gemeinsame Ziele zu erstreben, sie dämpfe so den Egoismus; die Unfallversicherung züchte ihn in der Sorge um das liebe „Ich". Die allgemeine Wehrpflicht betone die Pflicht, die Unfallgesetzgebung das Recht des Einzelnen, der depravierende Einfluss des Gesetzes sei schon jetzt (1905) bemerkbar und würde im Lauf der Jahre immer deutlicher werden!" — und er ist so deutlich geworden, dass schon 1907 zur schleunigen Reform des Gesetzes dringend gemahnt wurde, und sie soll im nächsten Winter im Reichstage zur Beratung kommen.

Das Gesetz wollte eine Aussöhnung der unzufriedenen Volksmasse zustande bringen, indem es die schwierige Lage erleichterte; das Gesetz mag bei Manchen, bei Vielen durch seine Wohltaten weichere Seiten berührt haben; es hat aber bei Vielen Vertrauen und Achtung noch mehr untergraben und Hochmut und den Dünkel der eigenen Ueberzeugung in Dingen, die der eigenen Beurteilung nicht unterliegen, direct gezüchtet! Denn der Arzt wage nur einem, nach Rente Strebenden zu sagen, er sei garnicht so krank, wie er meine, und die Beschwerden, die er habe, würden bei der Arbeit schwinden — welchen Beschmähungen ist der Arzt ausgesetzt!! desgleichen der Richter, der nach dem Urteil des Arztes sein Urteil ausgesprochen hat. — So hat das Gesetz zur Versöhnung wenig beigetragen, dem Hasse aber neue Wege eröffnet!

Liegen die Verhältnisse wirklich so?!

Zum Beweise, dass die krankhaften Zustände, die durch Gesetz und langdauerndes Gerichtsverfahren erzeugt worden, nichts Specifisches an sich haben als nur eben die durch diese äusseren Verhältnisse — das Gesetz — erzeugten Eigentümlichkeiten, dienen mehrere Tatsachen.

Die jüngsten Erfahrungen an den Verunglückten durch die erschütternde Katastrophe in Messina haben wieder gezeigt, dass ohne Gesetz keine traumatische Neurose zustande kommt.

Prof. Galli (Rapallo) schreibt in einem italienischen Brief der Münch. Med. Woch. [2]), dass Prof. Bianchi in Neapel, der eine grosse Menge nach Neapel transportierter Verunglückter längere Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, von einer Entwickelung einer sog. „traumatischen Neurose" nichts gesehen habe; er schreibt: „Beim Studium dieser Fälle hätte sich der neapolitanische Kliniker die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, ob es tatsächlich eine traumatische Neurose gäbe; er kam an einem Material von ca. 100 Fällen, das sich für die Beantwortung dieser Frage eignete, zu der Schlussfolgerung, dass ungeachtet der ungewöhnlich schweren auslösenden Ursachen die sich entwickelnden nervösen Affectionen nichts mit der „traumatischen Neurose" gemein hätten!" In Rom ist jedoch von mehreren Seiten betont worden, dass es auch vor dem Gesetz ganz ähnliche Krankheitsbilder gegeben habe! Dass bei Leuten, die ganz ausserhalb des Einflusses der Versicherungsgesetze stehen, ganz ähnliche Symptomenbilder beobachtet werden können, das stimmt! Der Unterschied ist nur in einem Punkt ein greller — in der Prognose, — und gerade diese beweist die Abhängigkeit vom Unfallgesetz und beweist den direct deletären Einfluss auf die Neurose; sie wird durchs Gesetz unheilbar oder heilt erst, wenn die definitive Erledigung der Klagesache erfolgt ist, wobei es unwesentlich zu sein scheint, ob die Leute mit Capital abgefunden oder abgewiesen werden, und diese Entscheidung muss inappellabel sein. „Zur Krankheit tritt also ein äusseres Moment hinzu, das das Wesen der Krankheit in ihrer Bedeutung für das Individuum und den Staat in nachteiligster Weise verändert.

Ich habe mich bemüht, in einer ausführlicheren Arbeit, die im vorigen Jahr in der Monatsschrift für Unfallsheilkunde und Invalidenwesen erschienen ist, beweisende Krankengeschichten beizubringen. Unter dem Einfluss der Umgebung, wenn derselbe autoritative Kraft hat, entstehen Krankheitsbilder mit allen Symptomen, die für die „traumatische Neurose" als charakteristisch angeführt wurden. — Einengung des G. F., Paresen, dumpfe, brütende melancholische Gemütsstimmung und langjähriges Siechtum — also Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit! — nur dass dieses Siechtum und mit ihm alle Symptome in kürzester Zeit schwinden können, sobald den Kranken die krankmachende Vorstellung „ich bin krank" genommen werden kann und ihnen die Vorstellung „Du bist gesund" gegeben wird. Die Seele dieser Kranken ist für diese Suggestion frei, sie empfangen sie freudig als Erlösung aus entsetzlichen inneren Qualen!

Die erste Kranke, deren genauere Krankengeschichte in obiger Zeitschrift nachzulesen wäre, habe ich 1887 zuerst gesehen. Durch den Vater, der Arzt, Psychopath und Alcoholist, veranlasst, hatte sie nach einem Trauma, das Schmerzen im Rücken zurückgelassen hatte, Monate lang auf Eis und im Bett gelegen. Sie hatte wohl die Empfindung: „ach es ist ja nicht so schlimm!" doch die väterliche und ärztliche Autorität siegte, und Pat. lag im Bett. Jung war sie, und als nach Jahr und Tag Specialisten herangezogen wurden, fanden sie ein Symptomenbild, das sehr schwer zu deuten war und das zu Fehldiagnosen nur zu leicht Veranlassung geben konnte und auch gab. — Da wurde die Diagnose des Vaters bestätigt. Der deprimierende Einfluss und der psychische Druck, unter dem ein junges Mädchen von 19 Jahren steht, das Monate und Jahre (ich sah Pat. 2 Jahre und 4 Monate nach dem Unfall) als schwer krank bezeichnet wird und dieses schliesslich glauben muss, weil es sieht, die Symptome mehren sich, der Zustand verschlimmert sich, — diese Einflüsse liessen Rückenschmerzen mit localer Druckempfindlichkeit, liessen allgemeine Schwäche, concentrisch eingeengtes GF. mit Unvermögen, deulich zu sehen und zu lesen, entstehen, liessen Haarausfall (wenn auch nicht hochgradig) und für längere Zeit subfebrile Temperaturen entstehen! — Was Wunder, dass von chirurgischer Seite ein ossaler Herd vermutet wurde, Suspensionscur, Curen in Kemmern mit Moorbädern etc. versucht wurden! — der psychische Einfluss der „Suggestion" „Du bist schwer krank" blieb, und die Kranke wurde immer schwächer! Sie kam in einen Zustand, von dem sie referierte „ich war dem Wahnsinn nahe!" Als ich Pat. zum ersten Mal sah, meinte ich, nur ein nervöses Krankheitsbild constatieren zu können; Pat. konnte in kurzer Zeit zur Ueberzeugung gebracht werden, dass ihr nichts Besonderes fehle, und sie genas schnell und ist — was die Hauptsache ist und was besonders zu betonen ist — bis heute, also 22 Jahre lang, gesund

[1]) Schlesische Zeitung, 1905.

[2]) Münchener Med. Woch. 1909. Nr. 26, pag 1347.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

geblieben! Sie arbeitet fleissig und ist ein nützliches und erwerbs- und arbeitsfähiges Glied der menschlichen Gesellschaft. Und noch ein wichtiges Moment. Sie hat in späteren Jahren noch ein schweres Kopftrauma davongetragen und präsentierte sich mir; es blieb ohne Folgen, die „Unfallsreaction" (Windscheid) blieb aus!! (Unter anderen Krankengeschichten habe ich auch diese genauer in Bezug auf die erhöhte Temperatur in d. St. Petersb. Med. Woch. 1907, Nr. 42 erörtert). Die Seele der jungen Dame war der Suggestion „Du bist gesund" zugängig; in derselben befanden sich nicht andere mächtige Triebfedern, die die Tür solchen Einflüssen verschlossen! sie hatte nicht das Interesse, mit ihrem Kranksein Geld, eine Rente zu verdienen! sie hatte nur das Interesse, gesund zu werden. Sie wurde gesund und blieb gesund. Der Unfallskranke ist der Suggestion „Du bist gesund" nicht mehr zugängig! Er will garnicht gesund werden, er will die Rente haben — und hat er sie, so wird er nicht gesund, denn er will sie nicht verlieren. Dieser Fall zeigt auch weiter, dass Kopftraumen, die nicht unbedeutend sind, durchaus nicht eine ähnliche Neurose auszulösen brauchen, auch nicht bei Personen, die schon einmal an einer solchen Neurose gelitten hatten, wenn nur die Beeinflussung von Anfang an eine richtige ist.

In dem 2. Beispiel, dessen ausführliche Krankengeschichte gleichfalls im oben citierten Aufsatze nachzulesen ist, ist das psychische Verhalten schon das der allgemeinen menschlichen Mittelmässigkeit mit einem Stich ins pathologische. Nicht wie im ersten Beispiel werden die Sensationen und Schmerzen, die dem Trauma folgen, in nüchterner objectiver Weise zum Urteil verwertet, „ach es ist ja nicht so schlimm", welches Urteil nur durch die Autorität des Vaters und Arztes und durch die späteren Aerzte besiegt wird, — es zeigt dieser Fall den umgekehrten Vorgang. Die Sensationen im betroffenen Körperteil werden angstvoll betont und führen zum subjectiven Urteil „mein Knie ist doch krank!" das Urteil des ersten Arztes, der eine schwere Erkrankung des Knies in Abrede gestellt hatte und der Kranken Aufstehen und Bewegung anempfohlen hatte, wird verworfen; es werden andere Aerzte gerufen, die dann auch Erkrankungen finden, Pat. nach Arensburg schicken; Pat. braucht die Cur dort 2 Jahre, wird immer schlechter; durch Collegen von Bergmann kommt Pat. fast 3 Jahre nach dem Vorfall am 24. IV 1896 zu mir; ich fand gleichwie Bergmann am Knie „nichts Pathologisches"; durch Nichtgebrauch war der Extensor cruris des befallenen rechten Beines bedeutend magerer als des linken; dieses Missverhältnis gab Veranlassung zur Täuschung. Das Knie sah dicker aus als das gesunde, war aber de facto 1 Cm. im Umfang dünner, als das gesunde; diese Klippe hat noch mehrmal zu Fehldiagnosen Gelegenheit gegeben.

In der Seele dieser Dame — Pat. war Lehrerin — waren aber noch geistige Imponderabilien vorhanden, die ins Gewicht fielen, und die der Arzt ausnutzen konnte! sie wollte sich fügen, sie hatte neben dem subjectiven Urteil noch Vertrauen und hörte und tat, was man sagte. Es gelang, sie in einigen Monaten durch Gebrauch ihres Beines zu einer gesunden Tätigkeit zurückzuführen. Sie gab wieder Stunden und wurde ein nützliches Glied der Gesellschaft und gesund. Sie blieb 11 Jahr gesund. Sie hat in dieser Zeit getanzt, ist viel gegangen und ist vom Knie nicht incommodiert worden. Im Sommer 1907 nun hatte Pat. den Schlüssel zu ihrem Zimmer verloren und stieg über eine Leiter in das 8—10 Fuss hohe Fenster; die Leiter brach und sie fiel mit dieser, kam auf beide Beine zu stehen, der Shock war unbedeutend, und „es war eigentlich nichts, ich hatte mich nicht beschädigt", waren ihre Worte. Sie habe aber sofort den Gedanken gehabt: „Was wird nun mit meinem Knie werden"? Trotzdem ging sie, meiner früheren Vorschrift gedenkend, am selben Tage noch 5 Werst, versah auch beim Beginn des Semesters ihre Pflichten, gab ihre Stunden, doch das „Knie quälte" sie. „Das Bein drang an" — nach ihrer Meinung; sie wurde immer nervöser, ihr „gefiel ihre Wohnung nicht mehr", sie ging wohl in ihre Stunden, die übrige Zeit lag sie. Jetzt half mein Zureden nicht wie früher, Pat. befolgte wohl meine Anordnungen, sie ging; doch der Gedanke, das Knie sei krank, quälte sie, und dazu trug die Umgebung bei. Die Bekannten und Freundinnen sorgten dafür, dass ihre Angst und ihre Sorge ums Knie nicht zur Ruhe kam. Jede empfahl ihr ein neues Mittel und jede empfahl ihr ihren Arzt, da sie doch bei mir nicht gesund werde; die Eine schickte ihr auch wirklich ihren Arzt, welcher zufällig derselbe war, der ihr damals gleich nach dem Unfall den sachgemässen Rat gegeben hatte. Dieser Arzt sah ihren psychischen Zustand und proponierte ihr eine Cur in einer Klinik. All diese Dinge vermochten noch nicht das Vertrauen zu ihrem Arzt völlig zu untergraben, weckten jedoch Zweifel und verschlimmerten ihren Zustand; ein intercurrent fieberhafter Schnupfen brachte sie ins Bett auf einige Tage; darnach wurde der Zustand ganz schlimm. Pat. konnte sich nicht mehr entschliessen, in die Schule zu gehen; sie kam ganz in Verzweiflung. Sie kam von dem Gedanken, ein krankes Knie zu haben, nicht los; Sensationen im Bein und anscheinend objective Beobachtungen am Knie verwertete Pat. so weit zu fester Ueberzeugung, dass sie mir auf meine Gegenvorstellung sagte: „Ja Herr Dr., Sie können das garnicht verstehen, ich fühle doch, dass mein Knie schmerzt, und sehe doch, dass es dick ist und dass es blau wird, wenn ich abends mit übergeschlagenem Bein sitze; dabei ist es so merkwürdig; im Sept. wollten mich Fremde zu einem Gartenfest mitnehmen, mein Knie schmerzte, damals hatte ich noch Niemandem von meinen Befürchtungen etwas gesagt; sie nahmen mich fast mit Gewalt mit, ich ging viel und blieb lange, und am nächsten Tage war mein Knie so gut, dass ich Stunden lang auf der Nähmaschine arbeiten konnte; das kann ich nicht verstehen, das macht mich halb wahnsinnig!"—Am Knie war auch jetzt nichts. Der Oberschenkel war ebenso wie vor 11 Jahren noch magerer wie der gesunde linke; das Knie selbst 1 cm. geringer im Umfang, machte aber im Gegensatz zum weniger vollen Oberschenkel und im Vergleich zum anderen Knie einen dickeren Eindruck; das täuschte Pat.

Endlich gelang es, Pat. so weit zu beruhigen und aufzuklären, dass sie in den Weihnachtstagen aufs Land fuhr und im Januar wieder ihre Stunden aufnahm und bis jetzt ruhig und mit Erfolg ihre Stunden gibt und gesund ist! Für die Beurteilung des Zustandes erschwerend war ein schneller Puls, den Pat. während der schlechten Zeit zeigte, 100—120 zählte ich täglich, nur morgens früh im Bett sollte der Puls 70—80 betragen, dabei bestand eine Struma, die freilich von Kindheit an vorhanden war; Pat. klagte über Hitze; es waren Gedanken an Morb. Basedowii nahe liegend, doch der schnelle Puls ist jetzt geschwunden. Pat. hat selbst während ihrer sie noch erregenden Stunden in der Schule einen Puls von 70—80 gezählt. Im Sommer 1908 wohnte Pat. wieder am Strande; obgleich sie vom Januar bis Mai Stunden gegeben, dem Bruder die Wirtschaft geführt hatte, war der angstvolle Gedanke an ihr Knie nicht erloschen; sie tat, was ich ihr anriet, und fühlte die günstigste Wirkung, doch das Knie spielte immer eine grosse Rolle in ihren Gedanken und Empfindungen. Im Sommer 1908 prakticierte eine medicinische Autorität am Strande. Freunde und Bekannte überredeten Pat., doch dieselbe zu consultieren! Sie tat es und erhielt den Bescheid, dass ihr Knie wohl krank sei. Die Verzweiflung fing wieder an. Pat. kam aber bald nach die-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ser Consultation zu mir und liess sich sich beruhigen, leichter als früher!—Sie hat im Winter 1908/09 wieder ihre Stunden gegeben.—Auch hier sehen Sie, m. H., den Kampf zwischen subjectivem Urteil und äusseren Mächten. Bei Beginn der Leiden siegt das subjective falsche Urteil, und der richtige ärztliche Rat wird verworfen; genau umgekehrt wie im ersten Beispiel. Dem subjectiven Urteil gegenüber ist aber die ärztliche Autoritat noch nicht geschwunden, und ihre Seele ist der Vorstellung: „Du bist gesund" noch zugängig, wenn auch mit Mühe und Hindernissen, denn sie will gesund werden. —Wird aber dieses subjective Urteil „ich bin krank" durch dunkle Triebfedern—etwa durch die Strümpellsche Begehrungsvorstellung im Bewusstsein mit starkem Gefühl betont, so ist eine günstige Beeinflussung von aussen nicht mehr möglich. Lebenswichtige Imponderabilien — Autorität, Vertrauen — haben ihre Macht verloren!

Unsere geheimnissvolle menschliche Natur wird nur durch höhere Triebfedern, durch Pietät, Vertrauen, Verehrung, Zuversicht und Liebe in höheren Schwung versetzt und zeigt sich dann in ihrem wahren Werte; verlieren diese Triebfedern ihre Schwungkraft, so ist es auch mit unserer besseren Kraft vorbei, die Schwäche und Schlechtigkeit führen den Menschen seinem Verderben entgegen.

Und nun, m. H.! ein paar Bilder, die in ihrer Brutalität an Klarheit nichts zu wünschen übrig lassen! —

Am 19. VIII 1907 hatte der Peter Murowski sich durch einen Beilhieb eine Wunde am l. Knie zugezogen, dieselbe wurde in Alexandershöhe genäht, bald darauf sei Schwellung und Schmerz im Knie aufgetreten. Im Krankenbogen aus der 2 chirurgischen Abt., wo Pat. am 14. X. 07. aufgenommen wurde, ist neben einem normalen somatischen Befund" notiert, dass am l. Knie eine geringe Anschwellung unterhalb der Patella bestehe, welche auf Druck nicht schmerzhaft sei, aber deutlich Fluctuation zeige; die Hautdecken über dem Knie seien nicht gerötet, am Knie sei eine kleine Narbe vorhanden." Am 24. X. war die Schwellung geringer. Pat. klagt aber über Kopfschmerz und Schwindel. 2. XI. waren subfebrile Temp., starke Kopfschmerzen, verschiedene andere Klagen. 10 XI. „Klagen über Druckgefühl im Kopf", speciell notiert: „über die Beine werden keine Klagen vorgebracht." Die Diagnose in der chirurgischen Abt. lautet: „Bursitis praepatellaris sin." — Pat. wurde in die Nervenabteilung übergeführt und am 16. XI. dort aufgenommen. Es war auch hier ein somatisch negativer Befund an den inneren Organen und dem Nervensystem zu finden; das l. Kniegelenk zeigt „nichts in seinen Formen Abweichendes, bei forcierten Bewegungen starke Schmerzäusserungen; über der kleinen Narbe an der Innenseite des Knies „Brodie" in manierierter Weise; Pat. hinkt — typisch manieriert, doch nur während der Visite; er geht spazieren, ist mit den anderen Kranken fröhlich, während der Visite zeigt er einen finstern Gesichtsausdruck; er hilft bei der Pflege der Kranken, geht zur Douche in eine andere Baracke. Die Wärterin hat ihn nach seinen Absichten ausgeholt; er wolle gegen die Fabrik klagen und wolle hier ein Krankheitsattest haben, und wenn er hier keinen „Zettel" erhalte, so werde er schon von einem anderen Arzt einen erhalten, mit dem er anfangen könne zu klagen." — Im Bogen aus der 2-ten chirurgischen Abt. ist vom Hinken nichts notiert. Er hatte offenbar schon in dieser über Schwerhörigkeit auf dem l. Ohr geklagt; im Bogen ist ein Befund von Herrn Dr. Voss notiert. „R. Ohr normal; l. epidermisierter Polyp der hinteren Wand, Trommelfell vollkommen zerstört." Er klagte in meiner Abt. über das Ohr; er lag neben einem Kranken mit linksseitiger cerebraler Taubheit infolge eines Kopftraumas. In Abwesenheit des Collegen Voss nahm Herr Dr. Loppenowe eine nochmalige Untersuchung vor und kam zur selben Diagnose. Als Pat. zu einer zweiten Untersuchung zu Herrn Dr. Loppenowe in die Ambulanz gehen sollte, weigerte er sich, „er könne nicht so viel gehen." Als die anderen Kranken über die Aeusserung lachten, entschloss sich Pat., zu gehen.

Am 19. XII wurde dem Pat. eröffnet, dass er nicht so krank sei, wie er meine, dass die geringe Gehstörung bei der Arbeit schnell vergehen werde und dass er entlassen werde ohne Krankheitszeugnis. Pat. wurde grob und frech. „Wie soll ich denn arbeiten, wenn ich krank bin". In höchst frecher Weise reisst er seinen Temperaturbogen von der Wand und weist auf 2 hohe Exacerbationen der Pulscurve hin! „Sehen Sie doch, dass ich krank bin!" Das Verhältnis hat sich also umgekehrt, er beweist seinem Arzt, dass er krank ist. Wie die Pulserhöhungen zustande gekommen sind, ist nicht genau zu sagen; aber sie haben beide an zwei Abenden kurze Zeit bestanden, an denen Pat. Besuch gehabt, resp. einen Besuch in einer anderen Baracke gemacht hatte; die Wärterin hat den Puls gezählt und sagte ausdrücklich, nach $^1/_2$ Std. nach seiner Rückkehr sei der Puls noch so hoch gewesen! Jedenfalls sind sie durch die energische Betonung des Kranken selbst als Krankheitsbeweise erst recht nicht zu betrachten, haben aber auch wohl ohne diese Färbung keine Bedeutung und Beweiskraft. Sie sehen hier, m. H., den depravierenden Einfluss einseitiger Betonung des Rechtes. Quincke hat den schlimmen Einfluss der socialen Gesetze auf den Charakter in seinem oben erwähnten Aufsatz in lichtvoller Weise geschildert. Die Art, wie der Murowsky urteilte, würde ihm in Deutschland mit seinem Reichsversicherungsgesetz erst recht sanctioniert erscheinen. Und was würde aus diesem Mann, wenn er Recht behielte, wenn er vom Gericht mit Kapital abgefunden würde? In Deutschland verlangt das Gesetz nicht einmal ein ärztliches Zeugnis über den ersten Befund. Es würde also in Deutschland ein erstes Zeugnis hier garnicht eingefordert werden. Er würde entschädigt werden; man hätte seine Trägheit und Faulheit, seine Rechthaberei und seinen Hochmut, seine Habsucht gesetzlich sanctioniert; man hätte Pietät, Vertrauen und Achtung für immer vernichtet. Und wenn man diesen Mann abwiese? Er würde, wie alle die Beispiele von Egger und auch Hoche zeigen, anfangen zu arbeiten, aber die Entscheidung des Gerichtes müsste inappellabel sein!—

Ein 2-tes Beispiel hatte ich im Herbst vorigen Jahres zu beobachten Gelegenheit. Durch Collegen Brehm aus Libau wurde der Jahn G. zur Begutachtung nach Riga dirigiert und am 13. X 08 ins Krankenhaus aufgenommen. Er war am 17. III 08 in Libau in die Klinik gebracht worden; er selbst erzählt, ihm sei beim Herunternehmen grosser Rollen Linoleum eine solche in die Arme und auf die Brust gefallen, so dass „sein Rumpf stark nach rückwärts gebogen worden sei!" (Brehm). Objectiv war damals der Befund „eigentlich ganz negativ" (Brehm) gewesen, sowohl am Rücken als am Kopf; eine Stelle an der linken Parietalgegend sei wohl „stark druck- und klopfempfindlich gewesen"; das Kn. Ph. sei stark gesteigert gewesen, so dass „man durch leichtes Klopfen schon einen Clonus habe auslösen können" (Brehm), sehr starke Dermographie und Romberg, aber Augengrund und Puls = n; lebhafte Schmerzäusserungen bei Beklopfen d. W. S. mit dem Hammer! Am 1. Mai 08 habe Pat. die Klinik ohne wesentliche Besserung verlassen; zu Hause sei es ihm anfangs besser gegangen, dann wieder schlechter, ein längerer Landaufenthalt habe für die Dauer ebenso wenig etwas geholfen! Einen Monat nach dem Unfall sei eine Lumbalpunction gemacht worden, die normalen Liquor zu Tage befördert habe. Der College hatte der Libauer Fabrik geraten, den Mann abzufinden, doch dieselbe wollte ihn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter behandeln lassen; es stand eine hohe Rente auf dem Spiel.

Als ich Pat. vor der Aufnahme bei mir in meiner Privatsprechstunde untersuchte, war der Befund ein negativer. Der Mann bot das Bild der Kraft und Gesundheit dar, sah wohlgenährt und rosig aus, nach der Aufnahme ins Krankenhaus am 13. X. 08 war er mit allem unzufrieden, das Bett sei zu hart, die Luft schlecht, sein Nachbar huste, sodass er nicht schlafen könne (der Nachbar sagt aus, dass Pat. die ganze Nacht ruhig gelegen habe, ob er geschlafen, darüber könne er nicht urteilen); „das „5 Cop.-Essen" könne er nicht essen, er wolle in meine Privat-Klinik und könne 6—8 Rbl. täglich zahlen". Am 3. Tage hat Pat. bis zur Visitenzeit (10 Uhr) noch kein Brot gegessen, das Weissbrot sei zu trocken; als ich Pat. im Untersuchungszimmer nach dem Grunde fragte, warum er denn das Brot nicht essen könne, rückt er mir in cordialer Weise so nahe auf den Leib, als ob er mir etwas ins Ohr zu sagen habe; als ich ihm bedeutete, dass solches nicht nötig, fühlte er sich empfindlich gekränkt und verliess das Untersuchungszimmer in sehr erregtem Zustande. Am Nachmittag als der Assistenzarzt eine GF.-Untersuchung vornehmen wollte, weigerte er sich und erschien nicht. Am Abend traten er und seine Schwester beim H. Director des Krkhs. auf, beklagten sich über die schlechten Zustände des Krkhs. und v e r l a n g t e n d e n G a r a n t i e s c h e i n d e r F a b r i k. Am nächsten Morgen wurde Pat. entlassen. Er äusserte sich über die gestrige Affäre mit mir in verfälschter Weise; er habe 2 Zeugen dafür, dass ich ihn mit der Faust in die Brust gestossen habe! (dabei war er mit mir, dem Herrn Assistenzarzte und der Oberin allein im Untersuchungszimmer!) Nach der Entlassung hat sich Pat. an einen „Nervenarzt" seiner Nationalität gewandt und an die Fabrik einen Bericht geschickt, in dem die Verhältnisse im Rigaschen Stadtkrkhs. einer strengen, abfälligen Kritik unterzogen werden und ein neuer Garantieschein verlangt wird für die Behandlung in der Klinik des oben erwähnten Arztes, der anbei bestätigt, dass Pat. an einer „t r a u m a t i s c h e n N e u r o s e" leide und einer sorgfältigen, klinischen Behandlung bedürfe; so der Bericht des Collegen B r e h m aus Libau. Eine Untersuchung hatte im Krankenhause also garnicht stattfinden können, Pat. klagte auch nicht über seine Beschwerden, war nur mit den äusseren Verhältnissen beschäftigt.

Die Untersuchung in meiner Privatsprechstunde zeigte aber, dass das einzige gravierende Symptom das stark gesteigerte Kniephänomen künstlich vom Pat. selbst hervorgebracht wurde. Bei Beginn der Untersuchung spannte Pat. seine Extensoren so stark an, dass ein Kniephänomen überhaupt nicht erzeugt werden konnte. Erst auf Aufforderung hin entspannte Pat. soweit seine Muskeln, dass Reflexe erzeugt werden konnten, die freilich gesteigert erschienen, aber durchaus nicht den Typus des Clonus hatten, sondern durch willkürliches Dazutun gesteigert waren.

Das ganze Gebahren des Kranken war ein derartiges, dass an eine ernstliche somatische Erkrankung nicht gedacht werden konnte, und sein Aussehen war blühend.

Seine Absichten und Intentionen sind wohl ohne Weiteres klar, nur in einem Punkt ist sein psychischer Zustand nicht ganz einfach zu deuten; will man annehmen, dass ihm seine Triebfeder und Motive bewusst sind, so muss man ihn als gewöhnlichen Simulanten ansehn. Es stand in Aussicht „eine hohe Rente".

Die Fabrik hat aber den Mann so lange curiert, in der Hoffnung, er werde gesund werden, und sie hätte dann die hohe Rente nicht zu zahlen, bis er sich in den Gedanken, er sei wirklich schwer krank, hineingelebt hat. So hat das Vorgehen der Fabrik, die angstvoll bemüht war, den Mann gesund zu machen, ihm die Vorstellung „er sei krank" suggeriert.

Sind die Motive dem Manne aber unbewusst, dann ist er als Geisteskranker anzusehen, dem durch die äusseren Verhältnisse — die Haftpflicht der Fabrik — sein Kranksein induciert worden ist! Diese Entscheidung ist eine nicht ganz leichte und für Manche eine Geschmackssache.

Der Unterschied zwischen Simulation und Suggestion, zwischen einem Simulanten und einem Kranken, einem Geisteskranken, der an einer inducierten Psychose, an Hysterie oder an anderen verwandten Zuständen leidet, besteht eben in dem Umstande, dass bei der Simulation das Motiv bewusst, bei der Suggestion unterbewusst wirksam ist. Der psychische Vorgang ist aber bei beiden der gleiche. Die Entscheidung, ob bewusste Simulation oder unterbewusste Suggestion vorliegt, ist oft nicht möglich [1]). Für die grosse Breite menschlicher Mittelmässigkeit sind die Motive aber viel öfter unterbewusst — also unbewusst — als bewusst.

Sind diese beiden Kranken auch leicht zu beurteilen, so steht ihnen gegenüber eine grosse Menge der übrigen Unfallskranken, bei denen die Beurteilung eine äusserst schwierige ist. Sie ist so schwierig, dass in Rom von Prof. T a m b u r i n i und Dr. V. F o r l i proponiert wurde, in Italien Institute zu gründen, in denen bei genügend langer Beobachtung die Diagnose sichergestellt werden könnte. In Mailand existiert ein solches Institut, und Dr. B e r n a c c h i machte höchst interessante diagnostische Mitteilungen aus diesem Institut.

Ein prägnantes ähnliches Beispiel habe ich in meiner früheren Arbeit beschrieben; es mag hier nochmals referiert werden: Im Febr. 1907 wurde in meine Abt. ein Mädchen von 30 Jahren aufgenommen. Sie hatte einem Mann geholfen, ein Loof Roggen in einen Sack schütten; dem Mann war der Sack aus der Hand geglitten, so dass der schwere Sack ihrem r. Arm einen starken Ruck versetzte. Sie bekam Schmerzen im Arm, nach einigen Monaten hörten die Schmerzen wieder auf, um bald wieder aufzutreten. 5 Jahre lang „weinte" Pat. über ihren Arm, und am 5. Febr. sandten sie 2 Neurologen in meine Abt., weil sie „doch zur Ueberzeugung gelangt wären, dass eine Läsion des Rückenmarks, vermutlich infolge tuberculöser Wirbelerkrankung, vorliegen müsse", „denn der rechte Arm war abgemagert, der obere Teil der Brust- und der unteren Halswirbelsäule zeigte intensive Druckempfindlichkeit". Der Händedruck war = 0. Eine genauere Untersuchung liess jedoch über dieser Druckempfindlichkeit das B r o d i e - s c h e Symptom erkennen, die Extremität zeigte keine Sensibilitätsstörungen; psychisch war Pat. wohl suggestibel, war indolent, kam zu einem eigenen ausgesprochenen Urteil über ihren Zustand nicht, sie tat Alles widerspruchslos, was ich ihr vorschlug; zeigte keine Egocentricität, keinen richtig „h y s t e r i s c h e n C h a r a k t e r". Ich veranlasste Pat., mit Hanteln zu turnen, und liess sie kalte Douchen mit hohem Druck brauchen. Dabei trat hervor, dass sie sehr bald mit 3-pfündigen Hanteln alle Bewegungen mit dem kranken Arme ausführen konnte, der Händedruck aber war doch = 0.

Diese Incongruenz der Motilität zeigte den psychischen Charakter der Bewegungsstörung deutlich. Am 6. Juni 07 konnte Pat. genesen entlassen werden, der Arm war von normaler Dicke, und die Leistungsfähigkeit war eine gute. Auf die sehr interessante Frage der Genese dieser Abmagerung, die die Muskeln des Schultergürtels und des Oberarms besonders befallen hatte, kann ich heute nicht eingehen, doch will ich nur bemerken, dass ich

[1]) Diese Unterscheidung (B a b i n s k i) ist in neuester Zeit von O c c o n o m a t h i s -Athen — Neurol. Centralbl. 1909, 15 pag. 190 ff. wieder hervorgehoben worden.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Pat. im Herbst wiedergesehen habe. Im anderen, im linken Schultergelenk hat sich eine rheumatische Affection eingestellt; das Gelenk crepitierte deutlich, und im l. Arm war dieselbe, ich will sagen, Willensschwäche und Hilfslosigkeit eingetreten, wie sie früher im r. Arm bestanden hatte. Sie konnte mit den Fingern nicht einmal einen leicht zu öffnenden Quetschknopf öffnen, sich infolge dessen nicht aus- und anziehen, so dass sie ihre Mutter in die Ambulanz mitbrachte, damit diese sie ausund anzöge. Der Händedruck in dieser linken Hand war auch jetzt = 0. Inzwischen ist auch hier Heilung eingetreten.

Diese Beispiele zeigen 1) als gemeinsames Characteristicum, dass sowohl ohne als mit Gesetz die Neurosen durch falsche und fehlerhafte Beurteilung unbedeutender vorliegender Störungen zustande kommen; dass die falschen Vorstellungen dem einen Teil der Kranken durch ihre Umgebung (a) autoritative Urteile, b) das Gesetz) suggeriert, bei dem anderen Teil durch ängstliche Selbstbeobachtung — Autosuggestion — erzeugt werden. Bei richtiger Beurteilung der Sachlage brauchte die Neurose also garnicht zu entstehen!

Sie zeigen, 2) dass der Unterschied, wie schon erwähnt, in der Prognose liegt und diese direct vom Gesetz abhängig ist. Das Gesetz macht sie unheilbar. Die absolut schlechte Prognose der „traumatischen Neurose" bestätigen alle Autoren; man hat für die Unfallskranken specielle Sanatorien gebaut; auch die Behandlung in diesen führt zu keinen günstigen Resultaten, die Kranken bleiben krank.—Dass das Gesetz die Ursache ist, erhellt auch ferner aus dem Umstand, dass genau dieselben Verhältnisse als Folge der Invalidengesetzgebung zu Tage getreten sind; in Baden-Baden berichtete Beyer über seine Erfahrung in Roderbirken bei Leichlingen. Die Rheinprovinz hatte dort vor 2½ Jahren eine Volksheilstätte für weibliche Kranken errichtet; die functionellen Neurosen, die dorthin geschickt werden, erzielen für ihre Gesundheit ausgezeichnete Resultate, nur ein Teil heilte nicht, obgleich sie ganz gleiche Krankheitsbilder aufzuweisen hatten. Der Arzt erfährt erst später, aus welcher speciellen Veranlassung die Kranken von der Provinzialverwaltung in die Anstalt geschickt werden; nachträglich stellte es sich heraus, dass die Kranken, die nicht heilten, eine Invalidenrente beanspruchten und zwecks Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit nach Roderbirken geschickt worden waren.

Die Krankengeschichten zeigen weiter, dass die Beurteilung der Krankheitsbilder oft eine äusserst schwierige ist; es fehlen meist objective Symptome, und das Bild ist ein rein subjectives. Dem persönlichen Eindruck des Gutachters ist somit ein weiter Spielraum gelassen, und dieses Moment muss besonders nachdrücklich betont werden, ja Erich Schlesinger hat nicht ganz Unrecht, wenn er sagt, „es sei ohne Weiteres klar, dass die Lehre der nervösen Unfallserkrankungen niemals eine exacte Wissenschaft werden könne" (l. c.).

Ueber die Auffassung der „traumatischen Neurose" dürfte nach dem Gesagten bald eine allgemeine Uebereinstimmung sich erzielen lassen; in Rom war eine solche noch nicht vorhanden. — Ueber die in Baden-Baden von den Neurologen Deutschlands übereinstimmend anerkannte Häufigkeit, ihre epidemische Ausbreitung und Häufung könnten aber nach der Arbeit von Merzbacher: „Einige statistische Bemerkungen über Unfallneurosen" [1]) Bedenken auftauchen; er meinte, die einzelnen Fälle würden von vielen Aerzten nach einander gesehen und begutachtet, und so werde der Eindruck von der Häufigkeit und der Zunahme hervorgerufen; die Unfallneurose sei viel seltener, als man gemeiniglich annehme. Er hat an der IV. Section der Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft (Sitz Mannheim) alle Unfälle, die mindestens eine einmalige Rentenauszahlung zur Folge hatten, vom Jahre 1886—1896 zusammengestellt; es ergaben sich 1370; (d. Zahl der Unfälle überhaupt betrug aproximativ 8500); von den 1370 einmalig entschädigten Unfällen zeigten nur 13 = 0,9% eine Unfallneurose"; freilich eine geringe Zahl!

[1]) Centralblatt f. Nervenheilkunde, Dec. 1906, pag. 905 u. ff.

Sollten sich diese Verhältnisse auch in anderen Verhältnissen bestätigen, so wäre Merzbacher mit seiner Auslegung der Verhältnisse im Recht. Es liegen aber ähnliche statistische Erhebungen noch nicht vor, um sein Urteil zu bestätigen; dass der Eindruck so vieler Neurologen, wie er in Baden-Baden zu Tage trat, ein falscher gewesen sein sollte, wäre doch sehr merkwürdig; für die Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft mögen besonders günstige locale Verhältnisse obwalten oder obgewaltet haben. Merzbacher hat nur das Material bis vor 11 Jahren verwertet; es wäre interessant, zu untersuchen, ob in in den letzten 10 Jahren das Verhältnis das gleiche geblieben; zu dieser Frage müsste weiteres Material abgewartet werden.

Merzbacher berührt aber auf Grund seiner statistischen Studien noch eine andere Frage: „es ist sicher kein Zufall, dass wir die relativ allermeisten Neurosen im Anschluss an schwere Kopfverletzungen sich entwickeln sehen: nach fast 50% der schweren Kopfverletzungen sehen wir sich ein Krankheitsbild abrollen, das nach Abzug derjenigen Klagen, die auf Kosten der organisch bedingten Verletzungen zu setzen sind, ganz dem Krankheitsbilde der Unfallneurose entspricht. Andererseits ist es interessant, zu constatieren, dass jene schwersten Unfälle (Kategorie I), bei denen der ganze Organismus nicht nur körperlich sondern auch psychisch in Mitleidenschaft gezogen wird, in unseren Fällen keine bleibenden psychischen Störungen zurücklässt. Ich constatiere diese Tatsache, ohne es zu wagen, einen Erklärungsversuch für diese Erscheinung vorzubringen".

Ein Teil dieser 50% sind, wie Merzbacher einige Zeilen später selbst betont, wohl doch durch diffuse organische Schädigungen des Hirns verursacht, die eine dauernde Schädigung des Centralnervensystems bedingen.

Ich möchte hier aber auf Erscheinungen aufmerksam machen, die ich schon öfter berührt habe, die ich in erweiterter Form auf dem I. Baltischen Aerztetag in Dorpat und auf der 3. Jahresversammlung deutscher Nervenärzte in Wien in diesem Herbst ausgeführt habe [1]).

Prof. Brissaud und Dr. Oettinger (Paris) haben in Rom die nach Traumen auftretenden Fälle von „traumatischer Neurose" in 2 Gruppen geteilt; die eine umfasst die als reine Neurosen aufzufassenden Fälle; die 2. Gruppe zählen sie auch den Neurosen zu, vermuten aber, dass sie „vielleicht Verletzungen des Nervensystems zur Ursache haben, für welche unsere Forschungsmittel noch unzureichende sind" [2]). Die Existenz dieser 2 Gruppen kann ich nach meinen Erfahrungen bestätigen und habe mich bemüht, Forschungsmittel zu finden, um diese Lücke auszufüllen.

Es lässt sich mittelst Lumbalpunction nachweisen, dass unsere Anschauungen über die Commotio cerebri keine richtigen, dass die Vermutung Kochers und anderer Autoren zutreffend waren. Durch Traumen kommen viel öfter Zerstörungen der Hirnsubstanz vor, als wir bisher verausgesetzt haben; ja durch Traumen, denen wir bisher in ihrer Wirkung keine grosse Bedeutung zugemessen haben, die auch kein Coma erzeugten,

[1]) Der Vortrag wird etwa Mitte Januar 1910 in d. Wiener Med. Wochenschr. und auch in dieser Zeitschrift erscheinen.

[2]) Officieller Bericht über den Congress in Rom in d. Monatsschrift f. Unfallsheilkunde, 1909. Nr. 6, pag. 193.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können doch traumatische Läsionen des Hirns zustande kommen, die durch den Nachweis von Blut im Liquor cerebrospinalis mehr als wahrscheinlich gemacht werden können, wenn man 10—14 Tage nach den Traumen zu punctieren Gelegenheit hat (später ist das Blut aus dem Liquor schon geschwunden). Auf alle Einzelheiten und weiteren Folgezustände dieser traumatischen Läsionen auf die bezeichnenden Artikel verweisend, möchte ich hier nur auf zwei wichtige Umstände hinweisen.

Bei allen Kranken, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, bei denen ich bald nach dem Trauma Blut im Liquor oder, nachdem dieses geschwunden, eine vermehrte Ansammlung von Liquor habe nachweisen können, bei denen nach Schwinden des Blutes als wahrscheinlichster Ausdruck für weitere Umbildung — Erweichung der Zertrümmerungsherde — sich eine Lymphocytose hat nachweisen lassen, bei allen diesen Fällen, bei denen also Läsionen im Hirn nachweisbar waren, besteht Euphorie! Wenn zeitweise auftretende Symptome Kopfschmerzen, Schwindel bestehen, besteht das Bestreben, auf diese Erscheinungen nicht zu achten. — Auch in den ersten Tagen, an denen acute Erscheinungen bestanden, war das Bestreben vorhanden, die Sache leicht zu nehmen.

In den 5 von Böllinger veröffentlichten Fällen, die nach anscheinend leichten Traumen mit leichten oder fehlenden Commotionserscheinungen nach längerer Zeit 20 Tagen — 3 Wochen und länger—durch Hirnapoplexie zu Grunde gingen und zur Obduction kamen, war gleichfalls Euphorie oder relative Euphorie vorhanden gewesen; die Blutungen waren aus traumatischen Erweichungsherden erfolgt, und diese bestanden doch schon während der Euphorie. Wir sehen hier also ein vollkommen gegenteiliges Verhalten; hier das Bestreben, aus den bestehenden, anscheinend leichten Symptomen nichts zu machen, oder das Bestehen voller Euphorie und bei der traumatischen Neurose das Betonen: „ja, aber ich bin doch krank".

Der 2. wichtige Punkt, der sich mir aus meinen Beobachtungen ergeben hat, ist, dass diese nachweisbaren traumatischen Hirnläsionen bei der nötigen Schonung schnell heilen. Wird eine anfängliche Schonung nicht eingehalten, so folgen die Erscheinungen, die so schwer zu beurteilen sind; man kann sich namentlich in Bezug auf den Zusammenhang mit dem oft längere Zeit vorhergegangenen Kopftrauma nur Vermutungen hingeben, namentlich wenn ein euphorisches Intervall anamnestisch nachzuweisen ist. Diese vollkommene, resp. relative Euphorie, das Bestreben, aus den wirklich vorhandenen Beschwerden nichts zu machen, und die Heilung der nachweisbaren Hirnläsionen nach Trauma und die Rückkehr der vollen Leistungsfähigkeit stehen in grellem Gegensatz zur schlechten Prognose der sog. „traumatischen Neurose".

Die Therapie „der grossen Volksepidemie" gehört nicht zu unserem heutigen Thema, und wir werden sie der Zukunft überlassen müssen!

Wie der Reichstag sich in kommender Session zur neuen Vorlage stellen wird, muss abgewartet werden.

Die äusserst schwierige Materie in einer so grossen Versammlung, wie der Reichstag, mit Vorteil zu discutieren, ist eine äusserst schwierige Aufgabe, wenn nicht eine unmögliche! Max Lähr [1]) meint, dass von einer höheren geschichtlichen Warte aus schon jetzt zu sehen sei, dass rasche culturelle Umwandlungen zwar anfänglich Schädigungen bringen, aber gleichzeitig auch die Bedingungen für einen Ausgleich und eine Wiederherstellung enthalten. Wollen wir es hoffen! — Die Erkenntnis der Schädigung ist aber die Vorbedingung für eine erfolgreiche Therapie. Wie gross die Schädigung, erhellt aus dem Gesagten. Quincke sagt zum Schluss seines Artikels: „aus all diesen Gründen halte ich es nicht für ratsam, die Versicherungsgesetze auf weitere Kreise auszudehnen; ihre Handhabung ist schon jetzt (1905) zu schwierig, ihre Wirkung auf den Charakter schwächend und demoralsierend. Der Einzelne, wie die Nation, die im Lebenskampf bestehen wollen, sollten der Devise gedenken: Hilf Dir selbst, so hilft Dir Gott!"

Und nun zum Schluss! Es gereicht mir zu besonderer Genugtuung, hier in Dorpat auf einen Balten und Nicht-Arzt hinweisen zu dürfen, der hier in Dorpat, dem letzten stillen Ort seiner rastlosen Lebensarbeit, hochinteressante Werke verfasste, in denen er Kritik an der europäischen Cultur übt und auf anderem Wege als die Aerzte zu gleichen Anschauungen über die socialen Gesetze gekommen ist. Hermann v. Samson ist aber in der Heimat nicht genügend erkannt und anerkannt worden; sein Kritiker Glasenapp sagt: „Seine Zeitgenossen, sie merkten so wenig wie die Nachbarn von Philemon und Baucis, welcher Gast bei ihnen einkehren wollte!"

Samson sagt zum Schluss seiner letzten Broschüre [1]). „Ausser den angeführten spiritualistischen und materialistischen Heilmitteln, welche alle radicale Beseitigung der abendländischen politischen und socialen Leiden verheissen, sind noch beiläufig die modernen sogenannten socialen Gesetzgebungen anzuführen, welche keine eigentliche Cur bewirken sondern nur als Palliative dienen sollen und offenbar bezwecken, für die abhanden kommende natürliche Familie, welche doch in erster Reihe als Hilfsanstalt zu dienen hätte, einen künstlichen staatlichen Ersatz zu beschaffen. Solche öffentliche Veranstaltungen, wie die sociale Gesetzgebung sie ins Auge gefasst hat, gibt es auch in China, jedoch nur für die seltenen Fälle, wo ein Verunglückter auf keine Familienhilfe rechnen kann. Schon a priori liesse sich erwarten, dass eine Verallgemeinerung solcher Einrichtungen zur gänzlichen Ausschaltung der Familienhilfe schliesslich undurchführbar werden müsste wegen trägen Aufgebens aller Vorsorglichkeit und Selbsthilfe, wegen schliesslicher Unausführbarkeit der Controlle und wegen schliesslicher Unbeschaffbarkeit der colossalen dazu erforderlichen Staatsmittel. Zudem war schon a priori zu erwarten, dass diese Veranstaltungen einen ihrer Hauptzwecke verfehlen müssten, nämlich eine Versöhnung der gegen einander verhetzten socialen Parteien herbeizuführen. Alle diese Befürchtungen scheint die Erfahrung zu rechtfertigen. Wie entsetzlich demoralisierend, Sorglosigkeit begünstigend, alle Scham ertötend die englische Armengesetzgebung gewirkt hat und welch riesige Summen die Armentaxe verschlingt, ist ja bekannt und kann aus Alexis de Toquevilles Schilderungen der bezüglichen Friedensrichter-Verhandlungen (Oeuvres, VIII, S. 316) entnommen werden. Ebenso ist ja wohl bekannt, dass durch die deutsche „sociale Gesetzgebung" dem beständigen Anschwellen der den Umsturz bezweckenden socialdemokratischen Partei nicht der mindeste Einhalt getan worden ist, und dass die Socialdemokratie grundsätzlich von der Selbstversicherung durch Sparen energisch abhält und tatsächlich den Bestand der Familie, der natürlichen Versicherungsanstalt, untergräbt. Es ist jedoch klar, dass die „sociale Gesetzgebung", ihrer Absicht zuwider, derart tatsächlich der socialdemokratischen Auffassung Vorschub leistet. Ohne die Hochherzigkeit der die Arbeiter-

[1]) **Max Lähr. Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. LXVII. 1.**

[1]) Hermann von Samson. **Ueber Geistesfreiheit. Dorpat und Leipzig.** 1907.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

versorgung bezweckenden Bestrebungen zu verkennen, muss doch behauptet werden, dass von ihnen eine Beseitigung der socialen Leiden nicht zu erwarten ist, ja dass sie sogar unfähig sein werden, als wirklich mildernde Palliativmittel zu wirken".

Ein Fall eines multiplen Osteoms der oberen und unteren Extremitäten.

Von

Dr. L. Krich — Warschau.

Anlässlich der letzten Rekrutenaushebung im Kreise Kutno, Gouvernement Warschau, im October 1909 bekam ich einen Fall eines multiplen Osteoms zu sehen, über den ich in dieser Arbeit kurz zu berichten gedenke. Dieser Fall scheint mir von einigem Interesse zu sein einerseits der grossen Zahl der Osteome wegen, andererseits aber auch, weil er vielleicht als heriditär aufzufassen ist.

Rekrut S., 21 Jahre alt. Wuchs 2 Arsch. $3^1/_8$ Wersch., Brustumfang 1 Arsch. $4^1/_8$ Wersch. Ernährungszustand gut, sichtbare Schleimhäute normal gefärbt. Lymphdrüsen normal, mit Ausnahme der inguinalen, die unbedeutend vergrössert, unempfindlich sind. Lues und Trauma negiert. In der Kindheit rhachitisch, hatte er später Rheumatismus art. und Pneumonia cruposa durchgemacht. Vom 3. Lebensjahre bemerkte er allmählich wachsende Geschwülste von harter Consistenz an verschiedenen Stellen der oberen und unteren Extremitäten. Sein Vater, 60 Jahre alt, hat ähnliche Geschwülste an den unteren, sein Bruder, 25 Jahre alt, ebensolche an den oberen Extremitäten. Herz, Lungen, Leber, Milz — normal. An den oberen und unteren Extremitäten im Ganzen 17 Tumoren, von Erbsen- bis Kindsfaust- und Apfelgrösse, vollkommen harter Consistenz, die unbeweglich und bei Palpation unempfindlich sind. Schmerzen empfindet er nur bei anstrengender physischer Arbeit und «bei feuchtem Wetter». Die Localisation der Tumoren ist auf den resp. Extremitäten durchaus symmetrisch; bei vielen von ihnen lässt sich schon beim Palpieren constatieren, dass sie vom Knochen ausgehen. Leider stand mir nicht die Gelegenheit zu Gebote, die Röntgenoskopie vorzunehmen.

Beschreibung der einzelnen Tumoren:

1) Auf der inneren Oberfläche des rechten Oberarms, in seinem oberen $^1/_3$, eine Geschwulst von Wallnussgrösse, unregelmässiger Form, auf etwas verjüngtem Fusse sitzend, wölbt sich in die Achselhöhle vor.

2) Analog diesem Tumor eine Geschwulst im oberen $^1/_3$ des linken Oberarms von Gänseeigrösse.

3) Auf der vorderen Oberfläche des rechten Unterarms, in seinem unteren $^1/_3$, eine birnenförmige Geschwulst, von Kindsfaustgrösse, auf breiter Basis sitzend.

4) Auf der entsprechenden Stelle des linken Unterarms eine erbsengrosse Geschwulst.

5) Auf der äusseren Oberfläche des rechten Oberschenkels, in seinem mittleren $^1/_3$, ein Tumor von der Grösse eines Apfels.

6—7) Auf den inneren Oberflächen des rechten resp. linken Oberschenkels, im unteren $^1/_3$, je eine Geschwulst von gleicher Grösse.

8—11) Auf dem äusseren und inneren Ende der verdickten unteren Epiphysen beider Oberschenkel je eine Geschwulst von Haselnussgrösse.

12—13) Auf dem rechten Unterschenkel medial von der Tuberositas tibiae 2 Tumoren von Haselnussgrösse.

14) Analog letzteren auf dem linken Unterschenkel eine etwas grössere Geschwulst.

15) Auf der hinteren Oberfläche des rechten Unterschenkels, in seinem mittleren $^1/_3$, eine Geschwulst von ca. Apfelgrösse, die infolge der stark entwickelten Muskulatur schwer zu palpieren war.

16—17) Endlich je eine Exostose der I. Phalange des linken Daumens und der grossen linken Zehe von Haselnussgrösse.

In Betreff der Tumoren 5, 6, 7 und 15 liess sich bloss mittelst Palpation eine Verbindung mit dem Knochen nicht constatieren. Die unteren Extremitäten säbelförmig verkrümmt. Die activen und passiven Bewegungen vollkommen frei in allen Gelenken.

Rekrut S. wurde auf Grund des § 14 Lit. A. des Reglements vollkommen vom Dienst befreit.

In der Literatur fand ich folgende Angaben anlässlich der Osteome. Was die Aetiologie anbetrifft, so entstehen Osteome entweder auf luetischer oder rhachitischer Basis, ferner als Folge von Traumen, oder die Frage bleibt in vielen Fällen offen. Osteome treten sowohl vereinzelt, als auch multipel auf. Delorme [1]) sieht in ihnen ein Product von Myositis ossificans. Thoma [2]) lässt sie zum Teil durch Ossification von Enchondromen und Ekchondrosen entstehen, zum Teil unmittelbar aus dem Bindegewebe der Organe auf metaplastischem oder neoplastischem Wege hervorgehen. Beide Verf. erklären jedoch somit nur die Fälle, wo das Osteom der Verbindung mit dem Skelett entbehrt und frei vom Knochen liegt (discontinuierliche Osteome, Osteome der Weichteile). Orlow [1 3]) glaubt, die traumatisch entstandenen Osteome (der Adductorenmuskulatur) durch die Annahme erklären zu können, dass durch das Trauma ein Stückchen Periost, allein oder nebst einer dünnen Knochenschicht, an der Insertionsstelle des Muskels vom Knochen losgerissen und durch die Contraction des Muskels verlagert werde. Hiermit werden die Fälle erklärt, in denen die Knochengeschwulst ihren Ursprung an der Insertionsstelle der Sehne z. B. des Brachialis am Proc. coronoideus oder des M. quadriceps an der Patella hat. Der Mechanismus, wie ihn die Theorie Orlows erklärt, ist auch experimentell von Berthier [1]) bewiesen worden. Letzterem gelang es, beim Kaninchen durch operative Ablösung eines kleinen Periostfetzens, der an der Sehne haften blieb, experimentell Osteome von gleicher Beschaffenheit, wie die Reitknochen, zu erzeugen. Markus [1]) jedoch erklärt den von Orlow angenommenen Mechanismus für unmöglich, indem er sich auf seine Leichenexperimente stützt, nach denen ein an den Sehnen eines Muskels im Sinne der physiologischen Contraction ausgeübter Zug ausser Stande sei, bei einem gesunden Menschen das Periost vom Knochen los- oder etwa einen Knochenfortsatz abzureissen. Virchow [4]) teilt die Osteome ein in Exostosen, Haut- und Sehnen- resp. Fascienknochen und erklärt alle 3 Gruppen als angeboren, Folge derselben entwickelungsgeschichtlichen Vorgänge, gleichgültig, ob diese beim Muskel oder abseits von ihm in die Erscheinung treten. Bard [3]) schreibt die Entstehung der Osteome den zwischen den Muskel- und Sehnenfasern liegen gebliebenen embryonalen Knorpelzellen zu, die unter dem Einflusse des traumatischen Reizes sich zu einer Knochengeschwulst entwickeln, nimmt somit auch einen fötalen Ursprung an. Diese Meinung teilt auch Bull [5]), indem er einen Fall von Osteoma parapatellare, welches die colossalen Dimensionen von $4:3^1/_2:3$ cm. aufwies, veröffentlicht. Interessant ist endlich die von Sternberg [4]) anlässlich der Schädelexostosen angeführte Meinung, nach der sie „atavistische" Elemente vorstellen, zumal andere Entwickelungsstörungen — der äusserst plumpe Unterkiefer, Hasenscharte, Spina bifida etc. sie zu begleiten pflegten.

Sehr viele Osteome entstehen am Skelet. In anderen Fällen hat die Osteombildung ihren Sitz in den Ansatzstellen von Fascien, Sehnen und Bändern, wobei jedoch die Knochengeschwulst mit dem Knochen in fester Verbindung steht. Endlich kann diese Verbindung fehlen, und die Osteome liegen getrennt vom Knochen. Eine besondere Stellung nehmen die osteoiden Tumoren ein,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die sich von den echten Osteomen durch Fehlen der Kalksalze charakteristisch unterscheiden (Thoma [2])). Man beobachtet sie häufig an den grossen Röhrenknochen, Humerus und Femur, von deren Periost sie ausgehen. Was den Platz anbetrifft, wo sich die Tumoren entwickeln, so kann man sagen, dass sie überall angetroffen werden können. In der Literatur stösst man am häufigsten auf Osteome des Kopfes. Hier finden sie sich nicht nur am Schädeldach, sondern auch ausgehend von der Orbita, Nase, Kiefer- und Stirnhöhle, vom Gehörgang, Siebbein und am Unterkiefer. Seltener sind Osteome, sowohl continuierliche als auch discontinuierliche, der Extremitäten beschrieben worden: z. B. Osteome des Musc. adductor med. (femoris brevis), coracobrachialis, masseter etc. Delorme [1]) beobachtete 2 Fälle von doppelseitigen Osteomen im Bereiche des M. adductor med. Osteome, die allein liegen, sind manchmal mit Cysten (zwischen 2 Knochenschalen) combiniert (Brahmann [7])). Endlich kommen Knochengeschwülste auch in der Lunge, in der Trachealschleimhaut, im Gehirn, in der dura et pia mater, im Penis vor, ferner in der Choroidea und Sclera oculi, im Glaskörper etc. (Thoma [2])). Auch Hämatome und Aneurysmen können gelegentlich verknöchern. (Zoege von Manteufel [7])).

Den Anstoss zur Entwickelung eines Osteoms geben am häufigsten Traumen. Kienböck [8]) beobachtete einen Fall eines multiplen Osteoms im Anschluss an ein einmaliges heftiges Trauma. Wegner [9]) beschreibt einen Fall gleichfalls eines multiplen Osteoms, von der Fascia cruralis des rechten Unterschenkels ausgehend, hervorgerufen durch den Reiz eines seit 15 Jahren bestehenden Unterschenkelgeschwürs. König [7]) nennt als kantenartig wirkendes heftiges Trauma einen Hufschlag am Oberschenkel. Nach Nimier [10]) entwickelte sich bei einem Soldaten ein Osteom des Brachialis anterior nach Verrenkung des Ellbogengelenks nach hinten, die sofort eingerichtet wurde. Picqué [11]) beobachtete ein Osteom in der Muskelsubstanz des Coracobrachialis, Poirier [11]) im Masseter, im Anschluss an einen Peitschenhieb. Loison [3]) veröffentlicht 8 Fälle von Osteomen am Ellbogen- resp. Kniegelenk, von denen in 5 Fällen die Knochengeschwulst sich nach einer vollständigen oder unvollständigen Verrenkung des Vorderarms nach hinten, dreimal nach einer einfachen Contusion entwickelt hatte. Durch Trauma sind auch alle Fälle der sogen. „Reit- oder Exercierknochen" zu erklären (Eymeri [12])).

Nun einige kurze Bemerkungen anlässlich der pathologischen Anatomie der Osteome. Bekanntlich unterscheidet man Osteoma eburneum, welches aus compacter Knochensubstanz gebildet ist, Osteoma spongiosum, welches dem Baue nach mit der Spongiosa normaler Knochen übereinstimmt, und Osteoma medullosum, welches unter einer compacten Knochenrinde einen centralen Markraum aufweist. Wie hart mitunter die Consistenz eines Osteoms sein kann, zeigt der von Lemer [13]) veröffentlichte Fall eines vom Siebbein ausgehenden Osteoms der Nase, dessen Entfernung erst nach wiederholten Angriffen mit Fraisen, Bohrern, Meisseln gelang, nachdem eine Anzahl dieser Werkzeuge zu Bruch gegangen war. Alle Verfasser, die pathologisch-anatomische Präparate von Osteomen beschreiben, sowohl von continuierlichen als auch discontinuierlichen, weisen auf eine bindegewebliche Hülle hin, welche die Geschwulst wie eine Art Periost umgibt. (Nimier [10]), Landow [14]), Eymeri [12]), Delorme [1]), Fr. König [7])). Von dieser Umhüllung gehen einzelne sehr feine Bindegewebsbündel aus, deren fortschreitende Verknöcherung man durch Einlagerung von Osteoblasten in ihr Gewebe erkennen kann (Eymeri [12])). Was Zahl und Form der Osteome anbetrifft, so gibt es in diesem Sinne natürlich keine Einschränkungen.

In Bezug auf die Differentialdiagnose rät Kienböck [8]), an alte Fracturen, Sarkom und chronische Osteomyelitis zu denken. Fr. König [7]) meint auch, dass die Geschwulstbildung im Stadium etwa der ersten 8 Tage dem periostalen Sarkom sehr ähnlich ist; neben der Anamnese scheint in gewissen typischen Fällen der plötzliche Abfall am unteren Ende diagnostisch verwertbar. Erstaunlich rasch ist oft die Entwickelung und das Wachsen der Osteome: schon nach Ablauf der ersten 4—6 Wochen zeigen sie grosse Dimensionen (Delorme [1])). Umgekehrt spricht nach D. eine beträchtliche Verminderung der Grösse der Geschwulst unter dem Einflusse der Massage nicht gegen die Diagnose „Osteom". Diese Verkleinerung ist auf Resorption des begleitenden Blutergusses, teils auf Schwund der manchmal sehr dicken, das Osteom schalenförmig umgebenden Bindegewebshülle zurückzuführen.

Zum Schluss seien mir noch anlässlich der Therapie einige Worte gestattet. Massage oder Exstirpation sind empfohlen worden. Nimier [10]) glaubt nicht, dass die Entstehung von Osteomen nach Traumen durch frühe Massage begünstigt werde, wie dies von Einigen behauptet werde; ebenso wenig aber hat er eine Resorption eines solchen Osteoms durch Massage beobachtet. Verf. hält für die einzige Therapie die Exstirpation der Geschwulst, jedoch nicht vor Ablauf von 4—5 Monaten nach dem Trauma, weil er in solchen Fällen Recidive beobachtet hat. Als Indication zur Operation dienen nach Delorme [1]) nur Schmerzhaftigkeit der Geschwulst und durch sie bedingte functionelle Störung. Mit denselben Indicationen begnügen sich auch W. Koch [4]) und Fr. König [7]). Die Prognose ist im allgemeinen keine sehr gute: häufig werden Recidive beobachtet, und die Erfolge betreffs Besserung der Erwerbsbeeinträchtigung sind mässig. Entschliesst man sich zur Operation, so muss man radical vorgehen und alle die Teile mit entfernen, die zur Wucherung beitragen, also die oberste Corticalisschicht, Periost samt Tumor und die darüber liegende sehnige Muskelursprungs- oder Ansatzchicht (Fr. König [7])).

Wenden wir uns nun unserem Falle zu, so kommen wir zu folgenden Schlüssen. Indem wir die Frage bei Seite lassen, ob ein Trauma bei der Entstehung der Osteome eine Rolle gespielt hat (da in der Anamnese jeder Hinweis in diesem Sinne fehlt), und ob dieser Fall mit Heridität erklärt werden kann, (da wir in der Literatur derartige Hinweise nicht gefunden haben), können wir doch nicht die Möglichkeit negieren, dass sich die Knochengeschwülste im gegebenen Falle auf rhachitischer Basis entwickelt haben. Landow [14]), der einen ähnlichen Fall beschreibt, erklärt ihn als durch Rhachitis bedingte Störung des Knochenwachstums. Anfangs haben wir schon hingewiesen, dass viele von den Tumoren in unserem Falle mit dem Skelett in enger Verbindung standen, wie wir uns durch Palpation überzeugten. Dasselbe ist natürlich auch möglich in Bezug auf die übrigen Osteome; jedoch müssen wir jedenfalls die Möglichkeit zulassen, dass diese letzteren Knochengeschwülste sich unabhängig vom Skelett, als Folge von Myositis ossificans, gebildet haben. In diesem Sinne hätte uns natürlich ein Röntgenbild grosse Dienste geleistet, doch stand uns, wie gesagt, diese Möglichkeit nicht zu Gebote. Trotzdem entschliessen wir uns, diesen Fall mit der anschliessenden kurzen Literaturübersicht zu veröffentlichen.

Literatur:

1) Centralbl. f. Chirurgie 1896. Nr. 11. Referat: Delorme. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XX. p. 540. 2) Thoma. Lehrbuch d. allgem. patholog. Anatomie 1894. p. 658—661. 3) Centrbl. f. Chir. 1901. Nr. 13. Ref. Loison

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 847. 4) W. Koch. Berlin. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 18. Die Osteome als Exostosen, Haut- und Sehnenknochen. 5) Centr. f. Chir. 1907. Nr. 47. Ref. Bull. Norsk. Mag. for Laegevid. 1907. Nr. 9. 6) Nothnagel. Pathologie und Therapie. 1897. VII, II. 7) Centr. f. Chir. 1906. Nr. 28. Fr. König. Bericht über XXXV. Congress der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. 8) Centr. f. Chir. 1904. Nr. 27. Ref. Kienböck. Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 47—49. 9) C. f. Chir. 1901. Nr. 26. Ref. Wegner. Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 15. 10) Centr. f. Chir. 1901. Nr. 13. Ref. Nimier. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. p. 825. 842. 11) ibid. p. 861. 12) Eymeri. C. f. Chir. 1898. Nr. 52. 13) Centr. f. Chir. 1906. Nr. 52. Ref. Lemer. Journal of the amer. med. assoc. 1906. Juli 28. 14) Landow. C. f. Chir. 1900. Nr. 42.

Aus dem Kaiserlichen Institut für Experimentelle Medicin. Abt. A. A. Wladimiroff.

Nachtrag zur Arbeit «Beitrag zur Lehre von der Anaphylaxie».

Von

Dr. O. Hartoch.

Veranlasst durch einen Briefwechsel mit Herrn Prof. Dr. E. Friedberger, ergänze ich das Citat über den Reagenzglasversuch von Friedberger (S. 5 des Separatabdrucks) dahin, dass er in einer Anmerkung *) dazu sagt: „Der Reagenzglasversuch mit dem giftig wirkenden Complementserum zeigt, dass die Giftbildung wohl auch im Organismus nicht ausschliesslich an den Zellen erfolgt, wie das ja nicht anders zu erwarten war. Dass aber gleichwohl bei der gewöhnlichen Versuchsanordnung der an den Zellen sich abspielende Vergiftungsprocess für das Zustandekommen des typischen Symptomenbildes verantwortlich zu machen ist, dafür spricht die Tatsache, dass Meerschweinchenserum, auch wenn es längere Zeit mit grossen Mengen von Präcipitat zusammen war, nie eine so stürmische Vergiftung hervorruft, wie wir sie sonst bei der activen und passiven Anaphylaxie sehen."

Herr Prof. Friedberger ist auf Grund der in extenso citierten Anmerkung der Ansicht, das in einer aus meinen Versuchen gezogenen Schlussfolgerung seine Priorität nicht gewahrt ist. Die betreffende Stelle (S. 11 des Separatabdruckes) lautet: „Des weiteren glaube ich, durch meine Versuche gezeigt zu haben, dass erstens der anaphylaktische Shock keineswegs immer an der Zelle selbst sich abzuspielen braucht, und bei einer bestimmten Versuchsanordnung unter gewissen Umständen die Eiweissantieiweissreaction mit ihrer consecutiven Vergiftung sehr wohl im Serum vor sich gehen kann."

Bücherbesprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte der Inneren Medicin im In- und Auslande. Begründet von Prof. Ebstein-Göttingen, herausgegeben von Privatdocent Dr. Bendix-Köln; Dr. Beyer-Magdeburg; Chefarzt Dr. Freymuth-Belzig; Dr. Friedeberg-Magdeburg; Oberarzt Dr. Konrich-Jena; Privatdocent Dr. Meinertz-Rostock; Oberstabsarzt Privatdocent Dr. Menzer-Halle a. S.; Dr. Rigler-Leipzig; Dr. Schlüter (†)-Magdeburg; Oberarzt Dr. Schreiber-Magdeburg; Oberarzt Dr. Trembur-Jena; Privatdocent Dr. Uffenorde-Göttingen; Privatdocent Dr. Vogt-Rostock; Dr. Völsch-Magdeburg. Redaction: Dr. Schreiber-Magdeburg und Dr. Rigler-Leipzig. Bericht über die Jahre 1902—1903. Band I. Leipzig. 1909. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. XIII + 776 Seiten. Preis M. 15,60.

Der stattliche Band enthält einen recht ausführlichen Bericht über die Leistungen auf folgenden Gebieten der inneren Medicin: Constitutionskrankheiten, Erkrankungen der Nieren und Harnorgane, Erkrankungen durch Gewalteinwirkung, Krebs, Erkrankungen der Bewegungsorgane, Erkrankungen des Blutes, Respirationskrankheiten, Erkrankungen der Circulationsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane. In diesem letzteren Capitel werden auch Leber, Milz, Pankreas und Peritoneum abgehandelt. Die Infectionskrankheiten machen sich durch ihre Abwesenheit unangenehm bemerkbar. Auch einen Bericht über die Nervenkrankheiten, die ja auf vielen Universitäten zu der inneren Klinik gezählt werden, hätte wohl mancher College in einem so gross angelegten Sammelwerke gern gesehen. Durch diese Bemerkung soll der Wert des Buches durchaus nicht herabgesetzt werden, es sollte nur darauf hingewiesen werden, dass wenn eine so grosse und mühevolle Arbeit unternommen wird, es doch wünschenswert wäre, dass sie möglichst vollständig und umfassend sei. Vielleicht entschliessen sich die Herausgeber und Redacteure in den in Aussicht gestellten folgenden Bänden, die erwähnte Lücke auszufüllen und namentlich über die Infectionskrankheiten und die Immunitätslehre, die heutzutage einen so wichtigen Abschnitt der inneren Medicin bilden, einen Sammelbericht zu bringen. — Das grosse Material ist sehr übersichtlich angeordnet. Jedem Capitel geht eine Uebersicht über die Literatur für die genannten Jahre voran, dann folgen sehr geschickt zusammengestellte knappe Referate der wichtigsten von den angeführten Arbeiten. Für einen jeden Arzt, der eine Frage aus den genannten Capiteln wissenschaftlich in Angriff nehmen und sich über die einschlägige Literatur orientieren will, ist der vorliegende Jahresbericht von grossem Wert. Es ist nur zu wünschen und zu hoffen, dass die Berichte über die letzten Jahre diesem ersten Bande bald folgen möchten, denn der Fortschritt der Medicin ist ein so rapider, dass manche literarische Erzeugnisse an Interesse verlieren, wenn sie nicht rechtzeitig referiert werden. Im Sinne der möglichsten Vollständigkeit des Berichtes wäre es sehr zu wünschen, dass die Verfasser neuerer Arbeiten die Bitte der Herausgeber beherzigen, ihnen durch Zusendung von Separatabdrücken oder Autoreferaten die Arbeit des Sammelns von Material zu erleichtern.

F. Dörbeck.

Dr. Felix Blumenfeldt. Specielle Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopfschwindsüchtigen. 2-te vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, 1909. Verlag von August Hirschwald. VIII + 104 Seiten.

Verf. gibt im vorliegenden Buche eine kurzgefasste, auf wissenschaftliche Grundlage und zwanzigjährige eigene Erfahrung gestützte Anleitung für die praktische hygienisch-diätetische Behandlung Kehlkopf- und Lungenkranker. Der Stoff wird in 9 Capiteln, von denen die 3 ersten (I Ernährungslehre, II. Körperpflege und III. Therapie einzelner Krankheitserscheinungen und Complicationen) in je mehrere Abschnitte zerfallen, übersichtlich und leichtfasslich behandelt. B. redet im allgemeinen einer Anstaltsbehandlung der Phthisiker das Wort und ist der Ansicht, dass jeder Lungenkranke, der überhaupt eine Cur beginnt, sich einer solchen zunächst in einer Anstalt unterwerfen sollte, damit ihm «das hygienisch-diätetische Regime zur Lebensgewohnheit» werde. Der leitende Grundgedanke der ganzen Darlegung ist strenges Individualisieren, und immer wieder finden wir die Warnung vor dem Schablonenmässigen betont, den Hinweis auf die Notwendigkeit, in jedem einzelnen Falle die Individualität sowohl des Patienten, als auch des jedesmaligen Krankheitsbildes im Auge zu behalten.

Jedem praktischen Arzte, der seinen phthisischen Patienten eine planmässige, wissenschaftlich begründete hygienisch-diätetische Behandlung will zu Teil werden lassen, kann das Buch als gute Richtschnur warm empfohlen werden.

W. Dörbeck.

Schurmayer. Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwertung. II. Aufl. Wiesbaden. Bergmann.

Nicht nur seinem Umfange nach, sondern auch in vielen anderen Hinsichten unterscheidet sich das vorliegende Buch vortheilhaft von vielen anderen «Compendien der Harnanalyse». Neben sämtlichen Untersuchungsmethoden auf die gewöhnlichen physiologischen und pathologischen Bestandteile des Harns findet die Lehre von den Coefficienten genügende Würdigung und kritische Besprechung. Kryoskopie und functio-

*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. und exp. Therapie. Bd. III. Heft 7. S. 703.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nelle Nierendiagnostik samt einschlägigen Apparaten und Instrumenten werden abgehandelt, und zum Schluss auch noch die zur Technik der mikroskopischen Untersuchung des Harns nötigen Requisiten ausführlich aufgezählt und abgebildet. Die üblichen spectroskopischen Tafeln und recht arg schematisierten mikroskopischen Sedimentbilder werden den hohen Wert des kleinen Buches für den Praktiker nicht herabsetzen, dem oft gerade durch eine **kritische** Bewertung der Untersuchungsresultate gedient ist. Druck und Ausstattung sind lobend zu erwähnen.

Wichert.

Dr. H. Schirokauer: Theorie und Praxis der Eisentherapie nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. A. Albu. Bd. II. H. 3. 38 Seiten. Halle a. S. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 1909. Preis M. 1.

Im theoretischen Teil gibt Verfasser eine Darstellung der neuesten Forschungen über die physiologische Bedeutung des Eisens, die Resorption der Eisenverbindungen und ihre Schicksale im Organismus. Im praktischen Teil bespricht Sch. die Indicationen und Contraindicationen der Eisentherapie überhaupt und der einzelnen Eisenverbindungen. Obenan steht das metallische Eisen, die anorganischen und die einfachen organischen Eisensalze; annähernd gleichwertig sind die Stahl-Brunnencuren. Geringere Bedeutung kommt nach dem Autor den complicierten Eisenverbindungen und den Blutpräparaten zu. Ein Erfolg von der Eisentherapie ist nach dem Autor nur zu erwarten, wenn die Dosen nicht zu klein (nicht unter 0,1 pro die) sind, und die Behandlung wenigstens durch 6 Wochen durchgeführt wird.

Schless.

M. Fürbringer: Gegenbaurs Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Achte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Erster Band. Mit 276 zum Teil farbigen Figuren. Leipzig. Verlag von Wilhelm Engelmann 1909. Preis geheftet M. 18, gebunden M. 20,50.

Ueber 20 Jahre sind es her, dass die erste Auflage von Gegenbaurs Lehrbuch der Anatomie erschien, in welchem sich Gegenbaur die Aufgabe gestellt hatte «das Material der Anatomie des Menschen von den geisttötenden Fesseln der blossen Aufzählung und der nackten Beschreibung des Einzelnen zu befreien». Die innige Verknüpfung der anatomischen Tatsachen mit den entwickelungsgeschichtlichen Befunden und den vergleichend-anatomischen Ergebnissen eröffnete in diesem Lehrbuch dem Studierenden eine Fülle von Ausblicken und lehrte ihn neue Gesichtspunkte für die Anatomie finden. Diese beständigen grossen Ausblicke, die Zusammenfassungen und Rückblicke gewährten dem Lehrbuch Gegenbaurs einen hohen Wert und liessen jeden, der das Lehrbuch einmal in die Hand genommen, dasselbe hochschätzen. Vor uns liegt nun der erste Teil der achten Auflage des Lehrbuchs, der ersten nach dem Tode von Karl Gegenbaur. In pietätvoller Hingabe an seinen grossen Lehrer hat es M. Fürbringer übernommen, das Lehrbuch den Anforderungen der stetig fortschreitenden Wissenschaft entsprechend umzuarbeiten und zu vermehren. Wie der erste Teil des beträchtlich erweiterten Lehrbuchs dartut, ist es Fürbringer vollkommen gelungen, das Lehrbuch im Geiste Gegenbaurs zu erhalten und auch die zahlreichen «neuen Zutaten in Harmonie mit den von ihm gegebenen Grundlagen zu gestalten». Dank den Zutaten Fürbringers, die im ersten Teil des Lehrbuches recht beträchtlich sind, indem die Lehre von der Zelle, die Fortpflanzung und die Keimzellen zu bedeutenden Abschnitten umgearbeitet wurden und das in den früheren Auflagen vollkommen fehlende Capitel von dem Körper als Ganzes zugefügt worden ist, wird das Lehrbuch den Anforderungen der Zeit gerecht und gestaltet sich auch in der achten Auflage zu einem Werke von hohen Werte, das in der Fülle des Gebotenen nicht nur den Studierenden sondern auch dem Arzte und dem Fachmann unentbehrlich ist.

Einfach und gediegen, wie es der hohen Aufgabe des Lehrbuchs zukommt, ist auch die Ausstattung desselben. Die der Erläuterung des Textes dienenden deutlichen und klaren Abbildungen sind in durchaus genügender Zahl dem Lehrbuch beigegeben.

Dem Wunsche, den Fürbringer am Schlusse seines Vorwortes zur achten Auflage ausspricht, dass dieselbe «dazu beitragen möge, Gutes zu säen» wird die Erfüllung durch derartige verdienstvolle Arbeit, wie sie das Lehrbuch in seiner neuen Umarbeitung darstellt, von vornherein gesichert.

V. Schmidt.

Prof. Dr. O. Grosser: Die Wege der fetalen Ernährung innerhalb der Säugetierreihe (einschliesslich des Menschen). Mit 10 Textfiguren. Heft III der „Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze, herausgegeben von Prof. Dr. E. Gaupp und Prof. Dr. W. Nagel. Jena. Verlag von Gustav Fischer 1909. Preis 60 Pfg.

Eines der schwierigsten und dunklen Gebiete der Embryologie war lange Zeit die Frage über die fetale Ernährung der Säuger und den Bau der Placenta. In den letzten Jahren ist dank den Arbeiten vieler Forscher diese Frage in sichere Bahnen gelenkt und geklärt worden. In dem vorliegenden Aufsatz fasst nun Grosser in genauer Kenntnis der Frage die vorhandenen Ergebnisse zusammen und bringt sie in klarer, anschaulicher Weise zur Darstellung. Durch diesen Aufsatz ermöglicht es der Verfasser jedem, der sich nicht speciell mit der Frage beschäftigt hat, sich mit den Ergebnissen der Tatsachenbefunde der zahlreichen Arbeiten vertraut zu machen. Dem Aufsatze sind zehn klare schematische Figuren zur Erläuterung des Textes beigefügt.

Die Ausstattung dieses Heftes der von E. Gaupp und W. Nagel herausgegebenen durchaus zeitgemässen und erwünschten Sammlung von Vorträgen und Aufsätzen ist eine sehr gute. Der Preis desselben ist recht gering.

V. Schmidt.

Dr. Otto Taschenberg: Die giftigen Tiere. Ein Lehrbuch für Zoologen, Mediciner und Pharmaceuten. Mit 68 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1909.

Das Werk ist das erste Lehrbuch, welches die giftigen Tiere vom zoologischen Standpunkte aus betrachtet, wobei die zoologischen Gesichtspunkte in den Vordergrund treten mussten, «während der Verfasser in toxikologischen und anderen medicinischen Fragen auf anerkannte Autoritäten angewiesen war». Ueber das Ziel, das Verfasser verfolgte, spricht er sich dahin aus, dass das Lehrbuch mehr als ein Lesebuch über diesen Gegenstand angesehen werden soll. Dem Werke muss durchaus das Zeugnis ausgestellt werden, dass es «lesbar» ist; dem Verfasser gebührt das Verdienst, den vorhandenen Stoff in klarer, anschaulicher Weise zusammengefasst und zur Darstellung gebracht zu haben. Das Werk wird jedenfalls nicht nur Studierenden willkommen sein und sich bald die ihm gebührende Anerkennung verschaffen.

Die Ausstattung des Buches ist eine sorgfältige; es wäre jedoch wünschenswert, dass der Text durch eine grössere Zahl von Abbildungen erläutert werde.

V. Schmidt.

Dr. Edmund Saalfeld. Kosmetik: Ein Leitfaden für praktische Aerzte Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 15 Textfiguren. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1909.

Es hat entschieden seine Berechtigung, die Kosmetik als Teilgebiet der wissenschaftlichen Dermatologie zu betrachten, wie das der Verf. ausdrücklich betont. Beim Lesen des Buches tritt uns die Richtigkeit dieser Behauptung vor Augen denn die Art und Weise, wie der Verf. diesen interessanten Stoff behandelt und darstellt, kann nur allgemeine Anerkennung finden, was auch aus dem schnellen Erscheinen der 2. Auflage zu ersehen ist. — Die Abbildungen sind gut ausgeführt und geben das anatomische Bild schön wieder.

Fr. Mühlen.

Dr. S. Borntraeger: Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Fünfte verbesserte und erweiterte Auflage. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 1908. Pr. brosch. M. 2.50.

In der 5. Auflage der «Diätvorschriften» sind einige wichtige Capitel neu bearbeitet worden, nämlich die Diätetik der Schwangerschaft, des Wochenbettes und des Säuglingsalters. Auch die anderen Abschnitte entsprechen durchaus den modernen Anschauungen, so dass das Buch vollkommen seinen Zweck erfüllt und wir in der Lage sind, dem Kranken einen fertigen, gedruckten Diätzettel in die Hand zu geben, aus dem er genau ersehen kann, was er essen und trinken darf und wie er sich zu verhalten hat.

Fr. Mühlen.

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Protocolle des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1376. Sitzung am 19. October 1909.

I. Vor der Tagesordnung demonstiert Petersen 2 Patienten:

1) Ein 14-jähriges Mädchen mit Pemphigus des Gesichtes, Kopfes, Rumpfes, der oberen Extremitäten, Genitalien. Die selten grossen Blasen bestehen seit 4 Tagen.. Ausser ihnen besteht noch ein Erythem. Bisher ist die Pat. fieberfrei. Als Aetiologie ist hier wohl die bevorstehende Pubertät anzunehmen, da der Pemphigus vulgaris keine Infectionskrankheit sondern durch nervöse Einflüsse bedingt ist. Der Inhalt der Blasen ist anfangs serös und völlig steril, wird aber später eiterig. Die sonst günstige Prognose verschlechtert sich, sobald die Schleimhäute afficiert werden, wie das auch bei der demonstrierten Pat. der Fall ist, da sich im Munde bereits einige Blasen und Erosionen zeigen. Bei der Behandlung nützen innere Mittel garnichts, vor dem Arsen ist direct zu warnen; jede Blase wird umschnitten, mit Xeroformsalbe, später Xeroformpaste bedeckt, sodass Bettlage nicht absolut notwendig ist.

Discussion:

Kernig: Im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, besonders Pneumonia cruposa und Typhus abdom. habe ich Pemphigus beobachtet, besonders nach letzterem einmal einen diffus gürtelförmig um den Rumpf verbreiteten, wobei sich unter den Blasen Hautnekrosen vorfanden, sodass grosse Narben hinterblieben; der Fall erinnerte an einen Herpes zoster necroticus.

Serck: Bei einem 2-järigen Kinde entwickelte sich im Anschluss an eine Dermatitis herpetiformis, welche unter Zinkpastebehandlung bereits abgeheilt war, ein Pemphigus.

Petersen: Pemphigus vulgaris hinterlässt keine Narben. Die von Serck erwähnte Dermatitis und der Pemphigus sind nahe verwandt.

2) Einen Mann mit Lichen ruber planus. Pat. ist kräftig und gesund, ist nach starken gemütlichen Erregungen an diesem nervösen Hautleiden erkrankt. Die plattgedrückten, wachsglänzenden Flecken haben hier eine grosse Ausbreitung gewonnen; sie besitzen eine Aehnlichkeit mit dem papulösen Syphilid, entstehen jedoch nicht wie dieses aus maculae, sondern aus kleinen dicht stehenden Follikeln von lebhaft hellroter Färbung. Hier ist die Arsenbehandlung specifisch; unter derselben geht der Ausschlag zurück, doch treten noch immer Nachschübe ein. Das Allgemeinbefinden leidet garnicht. Die Differentialdiagnose wird schwierig, wenn nur die Schleimhäute afficiert sind.

Discussion:

Masing: Ist das Erythema induratum wirklich eine tuberculöse Erkrankung? Ist es möglich, dass die nervösen Hautaffectionen auch auf tuberculöser Basis entstehen?

Petersen: Ja, durchaus. Ein solcher Zusammenhang ist zuzugeben.

Kernig: Es ist zu bezweifeln, ob im Nervensystem immer und ausschliesslich die Aetiologie so verschiedenartiger Hautaffectionen wie Ekzem, Pemphigus, Lichen ruber planus u. a. zu suchen ist; es dürften noch andere Factoren mitspielen.

II. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die II. internationale Lepraconferenz in Bergen im August 1909. (Ist in Nr. 45 der St. Petersburger med. Wochenschrift erschienen).

Discussion:

Schmitz erkundigt sich, in welcher Dosis das Natrium salicylicum bei der Leprabehandlung gegeben wird.

Petersen: 0,3 drei Mal tägl. Monate und Jahre lang ohne Unterbrechung, wobei er nie schädliche Nebenwirkungen gesehen hat. Das oleum Gynocardii beginnt man zu 5 Tropfen 2 Mal tägl., um bis 30 Tropfen 2 Mal täglich zu steigen. Höhere Dosen, namentlich bis 100 Tropfen tägl., bewirken, wenn sie überhaupt genommen werden, sehr starke Gastroenteritis.

Blessig: Da es eine Zwangsisolierung nicht gibt, so fragt er, in welcher Weise die Isolierung der Leprakranken praktisch durchgeführt wird; ferner erkundigt er sich nach den Eheschliessungen in den Anstalten.

Petersen: Vom Arzt soll eine Isolierung nie urgiert werden. Die schweren Kranken kommen von selbst; die leichteren sind, wenn gebessert, schwer zurückzuhalten; entweichen sie, so wird dies der Polizei angezeigt, worauf sie von dieser administrativ interniert werden. Die Hauptsache, um die Kranken ans Asyl zu fesseln, ist ihre richtige Beschäftigung, wobei mit Faulheit und Indolenz ein Kampf zu bestehen ist. Jetzt erhalten die Kranken im Jamburgschen Asyl eine kleine Zahlung für geleistete Arbeit. Alles Erforderliche wird jetzt in der Anstalt selbst hergestellt von den Kranken. Eine gute Verpflegung ist selbstverständlich. In den letzten Jahren hat vollkommene Zufriedenheit unter den Insassen geherrscht. Die Anstalt ist nach colonialem System errichtet; es gibt kleine Häuser, aus 2 Zimmern und einer Küche bestehend, in welche die Ehepaare placiert werden.

Blessig: Hat die Polizei eine gesetzliche Berechtigung, eine Zwangsinternierung vorzunehmen?

Petersen: Ein specielles Lepragesetz existiert nicht. Auf Grund des allgemeinen Gesetzpunktes, dass ein jeder, der durch seine Krankheit für seine Umgebung gefährlich werden kann, in ein entsprechendes Krankenhaus interniert werden muss, darf die Polizei eine Zwangsinternierung ausführen.

Kernig: Auf Grund dieses Punktes werden laut Vorschrift des Medicinalinspectors die Cholerakranken jetzt so lange in den Hospitälern zurückgehalten, bis sie bakterienfrei sind.

Petersen: Eine lebenslängliche Internierung gibt es nicht. Sobald die äusseren Erscheinungen geschwunden sind, werden die Leprakranken auf Urlaub entlassen, wenn sie die persönliche Hygiene sich genügend angeeignet haben. Einen indirecten Zwang zum Eintritt oder zur Rückkehr ins Leprosorium übt ferner die zunehmende Cultur der gesunden Umgebung eines Leprösen aus. — Der jetzt übliche Modus für das Jamburgsche Leprosorium ist folgender: jeder frisch entdeckte Lepröse wird von einer Commission untersucht; wird er für krank erklärt, so muss er sich isolieren entweder im Asyl oder, wenn die Verhältnisse es gestatten, zu Hause, wo er unter ärztlicher Aufsicht und Beratung verbleibt und mit der Zeit meistens zur Uebersiedelung ins Asyl überredet werden kann. Sobald er jedoch zu Hause die vorgeschriebenen Massnahmen nicht befolgt, kann er zwangsweise interniert werden.

Schiele: Wodurch ist die Impotenz der Leprösen bedingt?

Petersen: Einerseits durch die Rückenmarkserkrankungen, andererseits durch die Knotenbildungen in Hoden, Nebenhoden und im Penis. Eine Infection per coitum kann besonders bei Lepra tuberosa stattfinden, nicht aber durch das Sperma.

Masing: Woran sterben die Leprösen?

Petersen: An Enteritis mit Darmgeschwüren, an Nephritis, an Lebererkrankungen und an Tuberculose.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

I. Baltischer Aerztecongress in Dorpat.

2. Allgemeine Sitzung.

Am 23. August 1909 nachm. v. 3—6 Uhr.

1. Dr. Tiling hält seinen Vortrag: «Ueber Schwachsinn».

Vortragender stellt zunächst den Satz auf, dass alle Geistesstörungen, auch die leichten Abnormitäten der sog. Minderwertigen oder Degenerierten bei denen kein Intelligenzdefekt auffällt, nach langer Dauer ohne Besserung in leichten Schwachsinn übergehen, natürlich verschiedenen Grades. Verständlich wird das, wenn man sich auf den Standpunct der modernen Psychologie stellt, die im Gegensatz zur Psychologie der beiden letzten Jahrhunderte, die Seele nicht in einzelne Kräfte zerlegt, in Fühlen, Wollen und Denken und weiter den Geist noch in einzelne Vermögen, sondern die Seele als eine einzige Kraft betrachtet. So muss immer das Ganze leiden, wenn auch scheinbar z. B. nur das Gemüt oder nur das Gedächtnis erkrankt ist. Wenn solche scheinbar partiell Erkrankte ihr halbes Leben ganz hingenommen sind von gewissen Befürchtungen und Sorgen oder immer nur denselben Utopien nachjagen, alles Uebrige vernachlässigend, so werden sie immer rückständiger, verlieren die Verbindung mit der sie umgebenden Welt, deren Interessen, Personen und Vorgängen. Ebenso ergeht es im Allgemeinen dem grössten Teil der vollentwickelten Psychosen; sie alle isolieren sich freiwillig, indem sie einem kleinen, immer enger werdenden Kreise von Ideen nachhängen, mit dem sie sich intensiv beschäftigen. Bei den Psychosen im engeren Sinn müssen wir aber wenigstens zwei Typen von Schwachsinn unterscheiden, die stumpfen apathischen, bei denen der frühere Bewusstseinsinhalt auf ein Minimum zusammengeschrumpft ist, der dazu verfälscht ist und diejenigen, die lebhaft gesprächig, aber vollkommen verwirrt sind. Letztere, die Paranoiker und Paranoiden, leiden am Beziehungswahn und bilden beständig neue Combinationen über

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beziehungen ihrer Personen zur Umgebung. Zu erklären sind diese beiden Verlaufsarten und Ausgänge psychologisch dadurch, dass es zwei Bewusstseinsinhalte in der menschlichen Seele gibt. Je nachdem der eine oder der andere im Individuum vorherrscht, erscheint die eine oder andere Art des Schwachsinns. Das Oberbewusstsein enthält die fest in Worte, Gedanken und Gedankenweisen geordneten, geläufigen, mehr oder weniger fertig durch Erziehung, Bildung und Beruf überlieferten Vorstellungen und Begriffe; das Unterbewusstsein dagegen enthält das seit der Jugend aufgespeicherte Material an Tatsachen, Gefühlseindrücken, effektbetonten Complexen, Ueberlegungen, Strebungsrichtungen, oft nur noch vage, nicht fertig in Worte gefasste Dispositionen und Aeusserungen, die nach einem Ausdruck ringen. Wo dieser Vorgang im kranken Geist und Gehirn stattfindet, da treten die wunderlichsten Wortgebilde auf, Neubildungen, Neologismen, Verschmelzungen, Contaminationen, die uns wie ein Wortsalat erscheinen, doch aber mit dem richtigen Schlüssel die Elemente finden lassen, aus denen sie hervorgegangen sind.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Behr spricht sich dahin aus, dass man psychologische Analysen unter Fortlassung jeglicher psychologischer Begriffe betreiben müsse.

Dr. Schroeder: weist den Einwurf Dr. Behrs als zu radical zurück. Der Psychiater sei ohne Psychologie dasselbe, wie der Techniker ohne Physik. Hypostasierungen wie «das Unbewusste« sind nichts Anderes wie Hypostasierungen des Physikers, die er Kraft nenne. Natürlich kann die nähere Natur dieses Unbewussten nur aus seinen bewussten Wirkungen bestimmt werden.

Dr. v. Kuegelgen verzichtet unter Hinweis auf des Vorredners Ausführungen auf eine Behandlung der speciell psychiatrischen Fragen. Er betont die praktische Ueberlegenheit unseres von den Vorfahren geschaffenen Wortschatzes gegenüber allen psychologischen Theorien und will darum auch auf Fühlen, Wollen und Denken als Einteilung nicht verzichten, wenn es auch nur Ausdrucksformen und nicht Seelenvermögen sind.

Dir. Dr. Tiling (Schlusswort) entgegnet Dir. Behr, dass er Ober- und Unterbewusstsein nicht als getrennt, sondern in einander übergehend ansehe. Von Psychologen nennt er für eine gewisse Gegensätzlichkeit dieser Bewusstseinsinhalte Erdmann (Berlin), von Psychiatern Freud und die Züricher Schule. Gegen Dr. v. Kuegelgen antwortet er: in der Schwäche zur Verständigung können wir die Unterschiede von Fühlen, Wollen, Denken nicht entbehren, wir müssen aber wissenschaftlich uns bewusst sein, dass es nur äusserlich verschiedene Erscheinungen derselben Kraft sind, wie die moderne Psychologie lehrt.

2. Der Vorsitzende teilt mit, das Prof. Lawrow der Einladung nicht habe Folge leisten können und seine besten Wünsche schickt. Ferner bittet Prof. Dehio die Redezeit nicht zu überschreiten und, falls möglich, frei zu sprechen.

3. Dr. Keilmann hält seinen Vortrag: «Ueber Hygiene der Geburt und des Wochenbettes».

Discussion:

Dr. Zoepffel warnt vor zu grosser Activität bei Geburten von Seiten der Aerzte.

4. Dr. v. z. Mühlen—Reval hält seinen Vortrag «Aufruf zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses» (ist in Nr. 37 der St. Petersb. med. Wochenschr. erschienen).

5. Dr. E. Johannson hält seinen Vortrag: «Ueber Augenverletzungen und deren Entschädigung» (ist in Nr. 38 der St. Petersb. Med. Wochenschr. erschienen).

Vicepräses Dr. Zoepffel: da der Vortrag mit dem folgenden des Herrn Dr. Schwarz inhaltlich Berührungspuncte biete, werde er die Discussion erst nach dem folgenden Vortrag eröffnen.

6. Dr. E. Schwarz—Riga hält seinen Vortrag: «Das Unfallversicherungsgesetz und seine Folgen».

Discussion:

Herr von Stryck (Nationalökonom) als Gast, teilt der Versammlung mit, dass eine diesen Gegenstand betreffende, von ihm verfasste Broschüre zur Ansicht der Anwesenden ausliege.

Dr. Tiling: Es lässt sich statistisch nachweisen, dass chron. Alcoholiker, welche in Besitz der Rente gekommen sind, Säufer geworden sind.

Dr. Schwarz: Ich möchte die Gelegenheit der Discussion benutzen, um über die Simulation einige Bemerkungen nachzutragen und die auch in directem Zusammenhang mit den Einwendungen des Herrn Dir. Behr Herrn Dr. Tiling gegenüber stehen. Simulation unterscheidet sich von Krankheit, von Geisteskrankheit nicht durch den psychischen Vorgang, dieser ist derselbe bei beiden, der Unterschied besteht nur in dem Verhältnis der Vorstellung zum Bewusstsein. Ist die Vorstellung «ich bin krank» «suggeriert» d. h. ist sie unterbewusst, so handelte es sich um einen Kranken, der an inducierter Geistesstörung leidet. Entsteht diese Vorstellung zwecks Erlangung einer Rente bewusst, so handelt es sich um einen Simulanten (Anschauung Babinskis).

Dr. Blessig: Sehr beachtenswert ist der in Dr. Johannsons Vortrag gegebene Hinweis darauf, dass in Deutschland in einem neuen Unfallversicherungsgesetz die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nicht dem Arzt allein, sondern einer von der Berufsgenossenschaft eingesetzten besonderen Instanz übertragen werden soll. Das ist ein sehr richtiger Gedanke. Denn, so wie die Dinge jetzt auch bei uns liegen, ist z. B. der Augenarzt bei jeder derartigen Expertise in der schwierigen Lage, etwas beurteilen zu sollen, was er auf Grund seiner speciellen Kenntnisse nicht beurteilen kann, nämlich die durch eine gegebene Sehstörung bedingte Verminderung der Erwerbsfähigkeit. Er kann nur den Grad des vorhandenen Sehvermögens bestimmen — mehr nicht. Wie weit aber ein bestimmtes Sehvermögen für eine gewisse Arbeit genügt oder nicht, das kann nicht er, sondern nur derjenige beurteilen, der diese Arbeit und ihre Bedingungen genau kennt, Es wäre zu wünschen, dass dies künftig auch bei der bei uns in Aussicht genommen staatlichen Unfallversicherung berücksichtigt und der Augenarzt als Expert von der Beurteilung der aus einer Sehstörung resultierenden verminderten Erwerbsfähigkeit befreit würde.

Dr. Johannson: In Deutschland wird eine aus dem Arzt und Handwerkern bestehende Commission zusammenberufen, in welcher der Arzt, falls nötig, unter Demonstrationen von Skeletteilen etc. Erläuterungen gibt, während die Entscheidung beim Techniker steht.

Dr. Schwarz: Die bessere Begutachtung durch die Arbeitsgenossen des Unfallkranken tritt auch zu Tage bei einem Verfahren, das die besten therapeutischen Resultate gegeben hat und darin besteht, dass der Arbeitgeber den Unfallkranken mit demselben Gehalt einstellt und das Quantum der Arbeitsleistung dem Betroffenen überlässt. Die Genossen urteilen oft richtig über ihren Genossen und sorgen schon bald dafür, dass der Mann arbeitet. Ein zweites Moment besteht bei diesem Verfahren darin, dass die Sorge fortfällt, und wenn man den Kranken der Arbeit überlässt, so erlebt man oft die originellsten und besten Erfahrungen. So hat ein Mann ohne Beine bei freier Wahl seines Arbeitszweiges sich gewählt Lampenanzünder auf einem lang gestreckten Bahnhof zu werden und er hat sein Amt ausgefüllt.

7. Dr. E. Mey hält seinen Vortrag: «Ueber Krankheitsursachen und Disposition». (Ist in Nr. 39 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. Masing meint, dass Tuberculose als solche wohl kaum zu Verbrechen disponiert. Er weist auf Schiller hin: bei der Section von dessen Leiche sich die eine Lunge als zerstört erwies. Seiner Ansicht nach ist die Kette folgendermassen zusammengesetzt: Alcohol-Tuberculose-Verbrechen.

Dr. Kuegelgen stellt die Frage, ob bei den zum Vergleich mit den 40000 baltischen Inhaftierten herangezogenen 8000 Kriminellen der Bestand vom Jahre 1905 mitgerechnet sei. Nach Bejahung will K. dann die wesentlichste Schädigung in der längeren Haftdauer sehen und weist auf die entsprechenden Erfahrungen in der Pflegeanstalt für Geisteskranke hin.

8. Dir. Dr. Behr hält seinen Vortrag: «Ueber die Irrenheilanstalt in Stackeln». (Der Vortrag gelangt in einer Fachzeitschrift zur Veröffentlichung).

Discussion:

Dr. v. Kuegelgen verweist darauf, dass die Pfleger am besten und übersichtlichsten zu körperlicher Pflege in der ruhigen Abteilung angeleitet würden, dass nebenbei auch in dieser physische Ueberlegenheit in Frage kommen könne. Er erinnert daran, dass das Gesetz weibliche Pflege in Männerabteilungen verbietet.

Dir. Dr. Tiling weist auf die Boshaftigkeit der Epileptiker hin, zu deren Bändigung physische Kraft erforderlich ist.

Dir. Dr. Behr: In den von Dr. Tiling erwähnten Fällen ist der männliche Pfleger zur Stelle, die Oberleitung verbleibt dagegen der Oberpflegerin. Es spielt ja wohl auch das Krankenmaterial eine Rolle.

Vortragender demonstriert zum Schluss photographische Bilder von Stackeln und fordert die Collegen zu einem Besuch der Anstalt auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Feuilleton.

Zum 75-jährigen Bestehen des Nikolai-Kinderhospitals in St. Petersburg.

Am 6. December dieses Jahres vollendeten sich 75 Jahre seit der Gründung des ältesten hiesigen Kinderhospitals, des Nikolai-Kinderhospitals.

Die schlichte, häusliche Feier dieses denkwürdigen Ereignisses fand bereits am Vortage, am 5. December in den Räumen des Hospitals statt. Zu 12 Uhr erschienen der Chef des Ressorts der Kaiserin Marie, Fürst Golizyn, der Obermedicinal-Inspector Dr. Malinowskij, die Ehrenvormünder de Carrière, der Curator des Hospitals Golenischtscheff-Kutusoff-Tolstoi, sein Gehilfe Tarassoff, der Gehilfe des Stadthaupts Demkin, Dr. Rauchfuss, Prof. Fenomenow und andere Gäste. Nach Beendigung des Gottesdienstes verlas der Director des Hospitals, Dr. Wjashlinskij einen von ihm zusammengestellten kurzen historischen Bericht über das 75-jährige Bestehen des Hospitals, worauf der Gehilfe des Stadthaupts Gl. Demkin im Namen der Stadtverwaltung warme Glückwünsche aussprach. Ein im Saale des Ambulatoriums serviertes Frühstück vereinigte darauf die Versammelten, und es wurden bei schäumendem Wein verschiedene Toaste ausgebracht.

Im Nachfolgenden geben wir einen kurzen Auszug aus dem Bericht des Directors.

Die Gründung des Hospitals fiel in das erste Decennium der Regierung des Kaisers Nicolai 1, nach welchem das Hospital seit dem Jahre 1859 den Namen führt. Es war bei der Gründung das erste specielle Kinderhospital mit stationären Betten nicht nur in Petersburg, sondern auch in Russland; ja, in ganz Europa ist nur ein Kinderhospital früher gegründet worden, das Hôpital des Enfants malades.

Den Anlass zur Gründung gaben Graf A. I. Apraxin, Leibmedicus N. F. Arendt und Dr. K. I. Friedeberg; von ihnen wurde 1834 das erste Statut ausgearbeitet, welches am 3. August Allerhöchst bestätigt wurde, während die Eröffnung des Hospitals am Namenstage des Kaisers in demselben Jahre erfolgte.

Dank der hohen Stellung der Gründer, ihrer Energie und Hingabe für die gute Sache wuchs schnell die Popularität des Hospitals, so dass die ursprüngliche Zahl von 50 Betten auf 100 erhöht werden musste. Das nach dem Statut des Hospitals an der Spitze seiner Verwaltung stehende Comitee bestand aus bekannten, dem Adel, der Geistlichkeit, der Aerztewelt und der Kaufmannschaft angehörigen Personen und hatte unter anderem das Recht, seine Glieder selbst zu wählen, einen Ehrencurator zu ernennen, einen neuen Director zu wählen und zu bestätigen etc.

Dank den Bemühungen und Beziehungen dieses Comitees zur Gesellschaft gelang es in kurzer Zeit eine Summe von 346000 Rbl. zur Anschaffung eines eigenen Hauses zu sammeln. Am 13. April 1839 wurde eine Commission wegen Kaufs eines Hauses gewählt. Die nächste Comiteesitzung fand schon im neuen Hause (dem jetzigen) statt im Jahre 1844. Aber der Eifer und das lebhafte Interesse des Comitees und der Gesellschaft an dem Leben und Wirken des Hospitals liessen bald nach, wieder erst nach 4 Jahren im Juli 1848 fand die nächste Comitee-Sitzung statt, und zwar war dieselbe so wenig zahlreich besucht, dass die berechtigten Wahlen nicht vorgenommen werden konnten.

Diese Erkaltung des Interesses und der tätigen Beteiligung der Gesellschaft waren die Veranlassung, dass das Hospital in eine schwere finanzielle Lage geriet, so dass der Director des Hospitals Dr. Weisse im Jahre 1850 in seinem Rapport an den Kurator sagen konnte, dass «wenn sich nicht eine ergiebige Quelle für die Erhaltung des Hospitals eröffnet, dasselbe im laufenden Jahre geschlossen werden muss».

Als Resultat der ernsten Bemühungen des Curatoriums des Hospitals erfolgte zuerst eine zeitweilige, dann aber eine ständige Unterstützung aus den Summen des Опекунскій Совѣтъ (Vormundschafts-Rats) von 10000 Rbl. (Allerhöchste Befehle vom 12. Oct. 1850 und 16. Aug. 1852) und ferner die Zuzählung des Hospitals im Jahre 1853 zur IV. Abteilung der eigenen Kanzelei Sr. Majestät. Zum 25-jährigen Jubiläum 1859 erfolgte dann die Benennung des Hospitals nach dem ersten Allerhöchsten Protector.

In den nun folgenden 25 Jahren handelte es sich im Wesentlichen um einen beständigen Kampf und das ernstliche Bemühen des Curatoriums, die Existenz des Hospitals zu sichern, Pensionsberechtigung für das ärztliche Personal zu erlangen und die Mittel zu beschaffen für Remonten und Verbesserungen, zu welchem Zweck Concerte, Vergnügungsabende in öffentlichen Gärten, Lotterien allegri etc. veranstaltet werden mussten. — Als ein schwerwiegendes Ereignis in diesem Zeitraum muss die am 19. Oct. 1874 erfolgte Bestätigung eines neuen, jetzt bestehenden Statuts angesehen werden sowie die Erhöhung der jährlichen Subsidie von Seiten der Stadt-Duma von 2000 auf 14000 Rbl. Durch das neue Statut wurden aber die Rechte des Comitees bedeutend eingeschränkt, das Recht der Wahl seiner Mitglieder, des Ehrencurators, des Directors wurde ihm genommen und dem Curator überwiesen, dadurch wurde der Bestand des Comitees mehr vom Zufall abhängig, dieses selbst auf das Niveau eines Wirtschaftscomitees herabgedrückt.

Um die Erhöhung der städtischen Subsidie machten sich besonders verdient der Curator Graf Stroganoff und der Director des Hospitals L. I. Tomascheffskij.

Die vielfachen resultatlosen Bemühungen um Erlangung der Berechtigung des ärztlichen und sonstigen Dienstpersonals für Kronspension waren wohl die Veranlassung, dass im Jahr 1885 das Ehrenmitglied des Wirtschaftscomitees Jw. M. Netschajeff-Maltzeff 25000 Rbl. spendete zur Gründung einer eigenen Hospitals-Emeritalcasse; sein Beispiel fand würdige Nachfolger in K. F. Weisse mit einer Spende von 10000 Rbl. und K. L. Müller mit 1000 Rbl., während in der Folge die Ehrenmitglieder des Comitees L. E. König und I. E. Anossoff dieses Kapital vergrösserten durch einen Beitrag von je 5000 Rbl., wobei sie ihren jährlichen Beitrag als Mitglieder des Comitees weiter zu zahlen fortfuhren. Das Statut dieser Emeritalcasse wurde 1894 Allerhöchst bestätigt, und am 27. März dieses Jahres konnte die erste Pensionszahlung erfolgen, d. h. c. 10 Jahre nach der Begründung. Im Augenblick beläuft sich das Kapital dieser Casse auf rund 164000 Rbl.

Ausser dieser Casse besteht auch ein vom Jahr 1899 datierendes sog. ‹Kapital der verstärkten Emeritur» im Betrage von 3300 Rbl. für solche Angestellte, die vor Erlangung der Berechtigung zur Emeritur gezwungen sind, den Dienst aufzugeben, so wie ein Kapital zur Unterstützung von Wärterinnen und das übrige niedere Dienstpersonal, gegründet 1903, in jetzigem Betrage von 3600 Rbl.

Im Lauf der Jahre hat sich nun aber das im Jahr 1844 erworbene Haus als immer mehr und mehr ungenügend erwiesen, war es doch das alte Gebäude des Archivs der Reichscontrolle, mithin von Anfang an durchaus nicht geeignet für Hospitalzwecke. Auch gleich nach der Erwerbung vorgenommene Kapitalremonten und Neubauten konnten hieran nichts Wesentliches ändern und auch trotz vielfacher im Lauf der Zeit vorgenommener kostspieliger Umbauten bleibt noch vieles zu wünschen übrig. Die Enge des ganzen Platzes, die Lage desselben im Centrum der Stadt, die ungenügende Zahl der Abteilungen, die Abwesenheit von Corridoren, Durchgangszimmer der Krankensäle, enge Räume für das Dienstpersonal, keine einzelne Zimmer für schwerkranke oder sterbende Kinder sowie für Kinder mit deren Angehörigen, Baufälligkeit der Nebenräume etc., das sind in Kürze angeführte Mängel, die den Gedanken an fernere Remonten zurücktreten lassen gegenüber der Idee, Platz und Häuser zu verkaufen, einen neuen, geeigneteren Platz zu erwerben und auf demselben ein den Zwecken und den Ansprüchen entsprechendes neues Hospital aufzubauen.

1862 wurde die Zahl der Betten von 100 auf 110, 1897 auf Vorschlag der Stadtduma noch um weitere 30 Betten erhöht.

In den ersten 25 Jahren betrug die durchschnittliche jährliche Anzahl der stationär behandelten Kinder 620, in den zweiten 25 Jahren 950, in den letzten 25 Jahren 1435. Ausser den ständigen Abteilungen des Hospitals wurden zeitweilige Abteilungen je nach den in der Stadt herrschenden Epidemien eröffnet, so 1878 für Typh. exant., 1892 und 1908 für Cholera etc.

Die ständig wachsende Zahl der ambulatorisch behandelten Kranken hat nur in den letzten 3 Jahren etwas abgenommen, welcher Umstand wohl darauf zurückzuführen ist, dass in dieser Zeit in der Umgebung des Hospitals 4 unentgeltliche städtische Ambulatorien eröffnet wurden (abgesehen von vielen Privatambulanzen) und dass in diese Zeit auch die Erhöhung der Zahlung für den Besuch der Ambulanz fiel. Noch zu erwähnen ist, dass seit dem Jahre 1905 an dem Ambulatorium eine segensreiche Einrichtung getroffen ist, die Einführung des «Tropfen Milch» (капля молока), die mit grossem Erfolg functioniert, indem bis zum Augenblick 103054 Portionen Milch verabfolgt worden sind. Ebenso ist in den letzten Jahren in Sestroretzk ein Sanatorium für chronisch-kranke Kinder (Scrofulose, Rachitis, Anämie etc.) auf einem 1508 Quadratfaden grossen, nahe am Meer gelegenen Platz gegründet worden; auf demselben stehen 2 für 12—15 resp. 25—30 Kinder eingerichtete Häuser sowie ein Wirtschaftshaus. In den ersten 2 Jahren konnten je 15 Kinder von Mitte Mai bis Anfang October, in diesem Jahr bereits 35 Kinder dort verpflegt werden. Zur Erbauung noch eines Hauses ist in diesem Sommer bereits das sämtliche Holzmaterial gespendet worden.

Endlich sei noch erwähnt, dass seit 1908 die Subsidie von der IV. Abteilung dank den Bemühungen des Curators von 10000 auf 20000 Rbl. jährlich erhöht worden ist, ferner dass im Sommer dieses Jahres die Stadtduma 4000 Rbl. jährlich zu Bauzwecken bewilligt hat.

Die Wirksamkeit des Hospitals wird durch folgende Zahlen veranschaulicht: In den 75 Jahren seines Bestehens wurden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rund 75000 Kinder stationär und 1570000 Kinder ambulatorisch behandelt. Das sind Zahlen, die für die nützliche und segensreiche Arbeit des Hospitals sprechen.

Trotz alledem, was in den letzten Jahren zu seiner Verbesserung und zur Erleichterung der Existenz geschehen ist, bleibt noch vieles zu tun übrig, und zu wünschen wäre es, dass endlich die unsichere, auf steten Kampf mit Schwierigkeiten angewiesene Existenz des Hospitals aufhören möge. Verdient hat es das Hospital.

Dr. E. H.

Therapeutische Notiz.

Das Mesotan als Mittel zur Bekämpfung der Hyperhidrosis.

Im Mesotan (metoxymethylsalicyl) besitzen wir, wie es scheint, ein vorzügliches Mittel lästiger Hyperhidrosis wirksam entgegen zu treten. Es hat sich bei Hyperhidrosen im Verlaufe verschiedener Krankheitszustände wirksam gezeigt. Die Grundkrankheit als solche scheint die Mesotanwirkung nicht zu beeinflussen. Ein besonders dankbares Material geben die Phthisiker ab. Hyperhidrosis in Aufregungszuständen und Fussschweisse werden durch Mesotan ebenfalls vorzüglich beeinflusst. Die Gefahr eines Ekzems scheint nicht gross zu sein, wenigstens kann monatelanger Gebrauch ohne jegliche Folgen bleiben. Bei einem Phthisiker verursachte tagtäglicher Gebrauch im Verlaufe von 2 Monaten auch nicht die geringste Schädigung der Haut.

Man wendet das Mesotan für genannte Zwecke rein an, indem man es in Mengen von ca. 5—10 Tropfen in die Haut einreibt — am besten vielleicht in die Kniekehle.

Der Mechanismus der Mesotanwirkung ist, wie von competenter Seite verlautet, einstweilen unaufgeklärt.

Harald Hoffmann.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 5. December fand die Feier des 75-jährigen Bestehens des Nikolai-Kinderhospitals in St. Petersburg statt. Einen ausführlichen Bericht hierüber bringen wir an anderer Stelle.

— Hochschulnachrichten. Am 6. December fand die feierliche Eröffnung der neu gegründeten Universität in Ssaratow statt.

— An der Universität in Jurjew (Dorpat) ist der Lehrstuhl der operativen Chirurgie und Desmurgie vacant. Bewerber haben sich bis zum 1. Februar 1910 zu melden.

— Freiburg i. Br. Zum Prorector für das Jahr 1910—1911 wurde Prof. D. A. Hoche, Director der psychiatrischen und Nervenklinik erwählt.

— Königsberg. Die Privatdocenten für innere Medicin DDr. E. Rautenberg und Joachim erhielten den Titel Professor.

— Bonn. Der a. o. Professor für innere Medicin und Director der med. Poliklinik an der Universität, Dr. P. Krause wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— Jena. Prof. Dr. Hertel hat einen Ruf als ordentl. Professor und Director der Augenklinik an der Universität zu Strassburg angenommen.

— Bordeaux. Dr. Cassaet wurde zum Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie ernannt.

— Marseille. Dr. Treille wurde zum Professor an der neu errichteten Klinik für Tropenkrankheiten ernannt.

— Der IX. Russische Chirurgen-Congress findet vom 19.—23. December 1909 in Moskau statt. Programm: 19. December Congresseröffnung. 1) H. Zeidler. Die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der acuten Appendicitis (Programmrede). 2) W. Mintz. Correferat. 3) A. Ssacharow. Correferat. 4) G. Barodulin. Correferat. 5) S. Girgolaff. Correferat. 6) J. Silberberg. Ueber die vereinfachte Desinfection des Operationsfeldes mittelst Acetonspiritus nach von Herff. 7) A. Zabludowskij u. D. Tatarinow. Zur Desinfection der Hände und des Operationsfeldes. 8) A. Jeremitsch. Ueber allgemeine Narkose. 9) A. Kurotschkin. Ueber Rectalnarkose. 10) W. Oppel. Ueber die arterielle Anästhesie. 11) G. Steblin-Kamensky. Ueber die Venenanästhesie nach Bier. 12) G. Gorbunow. Ueber Localanästhesie bei schwierigeren Augenoperationen. 13) F. Protopopow. Weitere Beiträge zur postoperativen Pneumonie. 14) N. Petrow und S. Girgolaff. Ueber Immunität bei experimentellem Carcinom. 15) L. Flerow. Ueber den Einfluss des hochwertigen Antistreptococcenserums auf acut eitrige Processe. 16) E. Hesse. Ueber die Antifermentbehandlung eitriger Processe. 17) L. Flerow. Die Behandlung eitriger Entzündungen mittelst localer heisser Duschen. 18) A. Popoff. Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. 19) W. Pokotilo und A. Grawe. Ueber die circuläre Gefässnaht. 20) P. Ssidorenko. Ueber den therapeutischen Wert des Fibrolysins. 20. December. Combinierte Sitzung des Chirurgencongresses mit dem gleichzeitig in Moskau tagenden Congress für innere Medicin. 21) K. Sapeshko. Chirurgische Behandlung des uncomplicierten Magengeschwürs. Programmrede. 22) J. Spisharnyi. Die chirurgische Behandlung der Folgen des Magengeschwürs. Programmrede. 23) H. Westphalen. Correferat. 24) W. Obrastzow. Correferat. 25) F. Openchowskij. Correferat. 26) M. Pewsner und W. Lawrowskij. Ueber die Frage des Durchganges des Mageninhaltes Gastroenterostomierter auf Grund röntgenoskopischer Daten. 27) S. Spassokukotzkij. Die chirurgische Behandlung des perforierten Ulcus ventriculi. 28) A. Ssacharow. Die Ausschliessung des Pylorus bei Ulcus ventriculi. 29) A. Russanow. Die operative Behandlung der relativen Pylorusstenose. 30) F. Rose. Akromegalie und Hypophysentumor. 31) W. Rasumowskij. Noch ein Fall von physiologischer Exstirpation des Ganglion gasseri. 32) J. Spisharnyi. Eine neue Methode der Zungentotalexstirpation bei Tumorbildung. 33) A. Kadjan. Die Behandlung der penetrierenden Thoraxverletzungen. 34) P. Reswjakow. Ueber Fremdkörperexstirpation aus den Bronchen. 35) A. Opokin. Die Laminektomie bei Wirbelsäulenfracturen. 36) A. Woinitsch. 31 Fälle von Struma. 21. December. 37) F. Napalkow. Gedächtnisrede für Djakonow. 38) S. Fedorow. Zur Chirurgie der Gallenwege. 39) W. Aleksandrow. Zur Frage der Hepatocholangioenterostomie. 40) N. Boljarskij. Die Leberverletzungen und die Bedeutung der freien Netzplastik zwecks Blutstillung. 41) A. Prokin. Zur Diagnose und Chirurgie der Pankreaserkrankungen. 42) J. Glassstein. Zur Behandlung der diffus-eitrigen Peritonitis. 43) L. Malinowskij. Zur Frage der Behandlung der Darmperforation bei Typhus. 44) S. Derjushinskij. 3 durch Pylorusektomie geheilte Fälle idiopathischer Magendilatation. 45) S. Spassokukotzkij. Die innere Excision als Normalheilmethode der verengten Magendarmanastomose. 46) L. Malinowskij. Die Principien der Operation bei Darminvagination. 47) W. Rasumowskij. Die Operationsmethode des anus praeternaturalis nach Bogomolow. 48) N. Schtschelkan. Ueber die einen Tumor vortäuschende Typhlitis. 49) W. Oppel. Die Verwachsungen und Knickungen des flexura linealis coli als Impermeabilitätsursache. 50) P. Ssolowow. Die Versuche der subcutanen Eserininjectionen nach Laparotomien. 51) A. Peterson. Zur Frage der herniologischen Tuberculose. 22. December 52) R. Wreden. Zur Behandlung der Ankylose. 53) J. Alexinskij. Partielle Excision der Gelenkkapsel bei chronischer Synovitis. 54) N. Bogojawlensky. Ueber spontane Gangrän der unteren Extremitäten. 55) W. Oppel. Zur operativen Behandlung der congenitalen Aplasie der Tibia. 56) R. Wreden. Die Condyloclasie als Behandlungsmethode des kindlichen Genu Valgum. 57) A. Ssudakewitsch. Zur Pathologie und Therapie der Schultertuberculose. 58) R. Wreden. Ueber Femurtransplantation nach Kniegelenksresection wegen Tuberculose. 59) W. Rosanow. Amputationsstumpfplastik zur Beweglichkeit der Prothesen. 60) S. Mirotworzew. Ueber Ureterentransplantation. 61) W. Krassinzew. Demonstration einer Patientin, welcher die Ureteren in das S. Romanum implantiert wurden. 62) F. Kobjibinskij. Ueber Pyelolithotomie. 63) S. Marjasches. Ein Fall von Lithiasis der pars pelvina des rechten Ureter. 64) D. Kusnetzkij. Ueber beiderseitige Nephrolithiasis. 65) J. Alexinskij. Ein Fall von beiderseitiger Nephrolithiasis im Kindesalter. 66) W. Gorasch. Die Indicationen zu Operationen der chirurgischen Nierentuberculose. 67) S. Marjasches. Eine hufeneisenförmige Niere mit tuberculöser Degeneration der einen Hälfte. 68) A. Martynow. Operative Behandlung der Hufeisenniere. 69) S. Fedorow. Secundäre Nephrectomien. 70) S. Marjasches. Ein Fall von Nephrectomie bei metastatischer Niere. 71) P. Ssolowow. Zur Casuistik der Stichverletzungen der Niere. 72) N. Pereschywkin. Die functionelle Nierendiagnostik auf Grund klinischer Beobachtungen. 73) D. Grusdew. Die functionelle Nierenprobe unter Anwendung der intravesicalen Harnteilungsmethode. 23. December. 74) S. Fedorow. Die operative Behandlung der Blasentumoren durch die Sectio alta. 75) N. Petrow. Die Totalexstirpation der Blase bei Carcinom. 76) S. Marjasches. Zur Casuistik der Blasentumoren. 77) P. Herzen. Ueber Blasenleukoplakie. 78) B. Cholzoff. Ein Fall von operativer Behandlung einer Blasendivertikels. 79) F. Rose. Ein Fall von Divertikeloperation. 80) G. Woskressenskij. Zur Frage der Cystitie cystica. 81) B. Chol-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zoff. Die Harnblasenhals Contracturen. 82) S. Marjasches. Ueber die Rückenmarkanästhesie bei der Lithotrypsie. 83) S. Marjasches. Zur Casuistik der Prostatektomie. 84) A. Damskij. Zur Behandlung der Prostatahyperthraphie mittelst des Goldtschmidtschen Instrumentariums. 85) N. Michailow Vorlage zur Anmerkung der subjectiven und objectiven Beschwerden des urologischen Kranken. 86) B. Cholzoff. Zur operativen Behandlung des diffusen Penis-krebs. 87) W. Rosanow. Schwere Urethraverletzungen;— Abreissungen der Blase. 88) G. Woskressenskij. Die Bedeutung der sogen. endoskopischen Therapie der Urethra. 89) N. Michailow. Zur Frage der endourethralen Operationen. 90) N. Leshnew. Zur Casuistik der Hodenathrophie.

— In Wien findet vom 30. Mai bis zum 2. Juni 1910 der IX. Internationale Wohnungscongress statt. Im Anschluss an denselben wird eine Ausstellung von Plänen und Modellen mustergiltiger Wohnungen des In- und Auslandes geplant. Das Congressbureau befindet sich in Wien I. Stubenring, 8.

— In Buenos Aires findet am 25. Mai 1910 ein Internationaler Congress für Medicin und Hygiene statt, woran sich eine Ausstellung für Hygiene anschliesst.

— Verbreitung der Cholera. Britisch-Indien: in Kalkutta starben vom 10. Octobor bis zum 6. November 28 Personen an der Cholera. — Philipinen. In Manila erkrankten im Laufe des October 76 Personen und starben 65, in den Provinzen erkrankten 1087, starben 829.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 6. Dec. bis 12. Dec.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	10	(2)	6315	(2406)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	—	(—)	1349	(751)	27. »
Stadt Moskau . . .	53	(11)	223	(98)	27. Juni
Stadt Baku	1	(—)	175	(90)	16. Sept.
Gouv. »	4	(4)	97	(74)	18. Oct.
» Jekaterinoslaw .	4	(—)	170	(74)	6. Sept.
» Taurien. . . .	6	(6)	239	(133)	28. Aug.
Gebiet des Donkosakenheeres	5	(7)	28	(14)	15. Nov.
Im Ganzen	83	(30)	8596	(3626)	

Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland in diesem Jahr 20552 Personen an der Cholera erkrankt und 9340 gestorben.

— Verbreitung der Pest. Britisch-Indien. Vom 17. October bis zum 6. November erkrankten in ganz Indien 14827 Personen und starben 11927. Türkei. In Beirut wurde am 1. December 1 Fall von Erkrankung an der Pest constatiert und in Alexandrette (Syrien) wurden 4 pestverdächtige Erkrankungen festgestellt. In Aegypten wurden vom 20. November bis zum 3. December 30 Erkrankungen und 6 Todesfälle constatiert.

— Die Pest in Russland. Die in der Kirgisensteppe, im Gouv. Astrachan ausgebrochene Pestepidemie kann gegenwärtig als erloschen angesehen werden, denn seit dem 5 December sind keine weiteren Erkrankungen an der Pest dort vorgekommen. Nach Ablauf der 5 tägigen Observationszeit ist die Quarantäne aufgehoben. — Im Uralgebiet erkrankten in den 4 pestinficierten Ortschaften der Kreise Uralsk und Lbischtschensk vom 6. bis zum 12. December 83 Personen an der Pest und starben 91. Am 13. December gab es dort 4 Pestkranke. Seit dem Beginn der Pestepidemie daselbst, d. h. vom 12. November bis zum 12. December, sind 174 Personen an der Pest erkrankt und 168 gestorben. («Regierungsanzeiger», 15. Dec. 1909).

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 29. Nov. bis 4. Dec. 1909 578 Personen. Darunter an Typhus abdominalis 21, Typh. exanth. 11, Febris recurrens 12, Pocken 53, Windpocken 52, Masern 116, Scharlach 113, Diphtherie 122, Cholera 4, acut. Magen-Darmkatarrh 43, an anderen Infectionskrankheiten 31.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 12735. Darunter Typhus abdominalis 184, Typhus exanth. 13, Febris recurrens 36, Scharlach 282, Masern 93, Diphtherie 301, Pocken 200, Windpocken 3, Cholera 20, crupöse Pneumonie 86, Tuberculose 720, Influenza 213, Erysipel 130, Keuchhusten 13, Hautkrankheiten 82, Syphilis 572, venerische Krankheiten 368, acute Erkrankungen 2266, chronische Krankheiten 1739, chirurgische Krankheiten 1615, Geisteskrankheiten 3351, gynäkologische Krankheiten 285, Krankheiten des Wochenbetts 42, verschiedene andere Krankheiten 73.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 714 + 49 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 0, Pocken 12, Masern 22, Scharlach 23, Diphtherie 15, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 26, katarrhalische Pneumonie 78, Erysipelas 8, Influenza 4, Pyämie und Septicaemie 15, Febris puerperalis 1, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 22, Dysenterie 2, Cholera 0, Magen-Darmkatarrh 43, andere Magen- und Darmerkrankungen 12, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 50, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 244.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 4. Dec. in Gatschina der Oberarzt am Waiseninstitut, Dr. A. N. Mokejew, geb. 1865, approbiert 1889. 2) Am 5. Dec. in Jalta Dr. W. P. Solowjew, Arzt an dem Bachruschin-Hospital in Moskau. 3) Dr. Brissaud, Prof. der Pathologie an der med. Facultät zu Paris, Mitglied der Akademie. 4) Dr. William B. Atkinson, Prof. der Pädiatrie und Hygiene an dem Medico-chirurgical College in Philadelphia.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. Dec. 1909.

Tagesordnung: Weber: Echinococcus der Bauchhöhle.
Lezenius: Die Ophthalmologie der Römer.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 1910.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Jan. 1910.

Tagesordnung: Dr. Westphalen: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten Ulcus ventriculi.

Der Redaction sind folgende Bücher, Broschüren und Sonder-Abdrücke zur Besprechung zugegangen.

E. Senft. Taschenbuch für praktische Untersuchungen der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Wien und Leipzig. J. Šafář. 1910. Mk. 2.40.

Fl. Kratschmer und E. Senft. Mikroskopische und mikrochemische Untersuchungen der Harnsedimente. Wien und Leipzig. J. Šafář. 1909. Mk. 8.40.

J. Sadgar. Aus dem Liebesleben Nicolaus Lenaus. Leipzig und Wien. Fr. Deuticke. 1909. Mk. 3.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Bd. IV. Heft 3. Halle a. S. C. Marhold. 1909. Mk. 12.

A. Schönwerth. Rotters typische Operationen. München. J. F. Lehmann. 1909. Mk. 8.

S. Seligmann Der böse Blick und Verwandtes. Ein Beitrag zur Geschichte des Aberglaubens aller Zeiten und Völker. Bd. I und II. Berlin. H. Barsdorf. 1910.

G. Broesike. Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers. Ergänzungsband. Berlin. Fischers medic. Buchhandlung. H. Kornfeld. 1909. Mk. 10.

F. Kopsch. Raubers Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Abteilung IV. und V. Leipzig. G. Thieme. Mk. 12.

H. Wossidlo. Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Complicationen. Leipzig. G. Thieme. 1909. M. 12.

W. Pfaff. Die Zahnheilkunde in ihren Beziehungen zu den Naturwissenschaften und der Medicin. Leipzig. Dyksche Buchhandlung. 1910.

H. Zörnig. Arzneidrogen. (Nachschlagebuch) I. Teil. Leipzig. W. Klinkhardt. 1909.

Н. К. Вяжлинскій. Краткій очеркъ семьдесяти пяти лѣтъ жизни С.-Петербургской Николаевской Дѣтской Больницы Вѣдомства Учрежденій Императрицы Маріи. СПБ. 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

№ 52 St. Petersburg, den 26. December 1909 (8. Jan. 1910). XXXIV. JAHRGANG.

Gastroenteroanastomose und Magenresection.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztecongress.

Von

Dr. A. v. Bergmann.

M. H. Obgleich das Capitel der Magenresectionen ein viel und in mancher Beziehung erschöpfend behandeltes ist, so habe ich mir doch erlaubt, das von mir operierte Material Ihnen vorzulegen:

1. weil es doch vielleicht wünschenswert wäre, manche noch offene Frage im Kreise unserer baltischen Chirurgen zu discutieren;

2. um das eigene Material zu sichten und an der Hand seiner historischen Entwickelung Fehler festzustellen, die begangen worden sind und die in Zukunft vermieden werden sollen;

3. um die Chancen zu beleuchten, mit denen der zu Operierende zu rechnen hat, und die Gesichtspunkte zu bestimmen, welche für den Arzt — den Internisten, sowohl wie den Chirurgen — massgebend sein sollen, dem Kranken die Operation nahe zu legen.

Mein Material umfasst 78 Gastroenteroanastomosen, 27 Magenresectionen, 12 Jejunostomien.

Wegen Carcinom sind 43 Gastroenteroanastomosen, wegen gutartiger Stenose 35 G.-E. ausgeführt worden, davon nach Wölfler (G.-E. ant.) 28 (mit 18 Todesfällen), nach v. Hacker (G.-E. retroc. post) 46 (mit 15 Todesfällen), nach v. Bramann (G.-E. retroc. anter.) 2 (mit 1 Todesfall), nach Braun (G.-E. antec. anter. + Enteroanastomose) 3 (mit 2 Todesfällen).

Die von Eiselsbergsche Operation ist 2 Mal gemacht worden (2 Todesfälle).

Der Murphyknopf ist 5 Mal bei Wölflerscher Anastomose (3 Todesfälle) und 8 Mal bei der v. Hackerschen (4 Todesfälle) angewandt worden.

Sehen Sie sich die Statistiken über die Gastroenteroanastomose an, so finden Sie sehr weit auseinandergehende Mortalitätsziffern.

Bei den G.-E. wegen Carcinom hat Kümmel (Ringel Br. Beiträge 38 p. 585) 62,2 % +
Die Breslauer Klinik 316 G. E. (1891—1896) 42,5 % +
„ „ „ 143 G. E. (1896—1901) 33,1 % +

Nach der Steinerschen Krebsstatistik (D. Z. f. Chir. 82 p. 399) hatte:

Billroth	50 %
Kocher	36,3 %
v. Eiselsberg	31 %
Roux	28,1 %
Krönlein	24,3 %

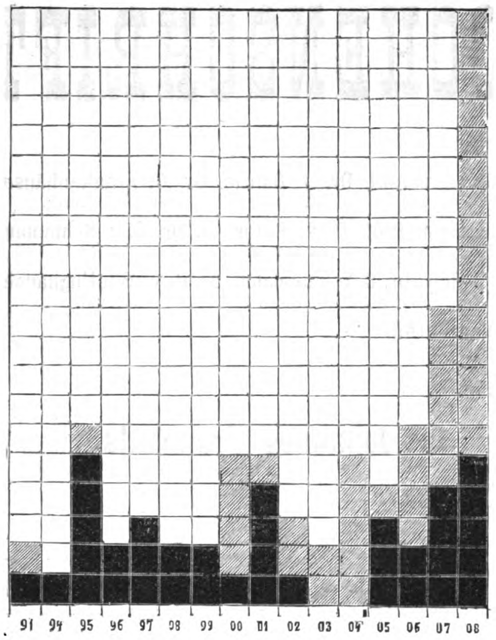
Nach Schulz (D. Z. f. Chir. 88 p. 505) war bei den sog. benignen Erkrankungen des Magens die Mortalitätsziffer bei der G.-E. folgende:

Schloffer	26, 6 %
Clairmont	24, 2 %
Chlumsky	21,42 %
Körte	20, 6 %
Krönlein	11, 2 %
Hachenegg	8, 4 %
Mayo Robson	3, 7 %

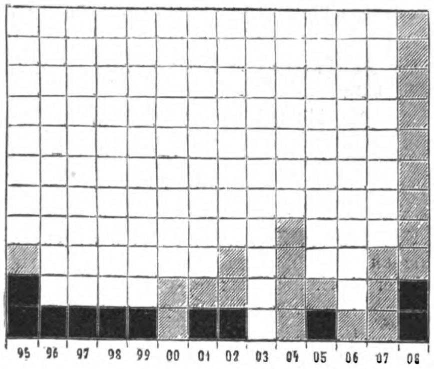
Wenn Sie sich meine Tabellen ansehen, in denen alle Fälle aufgeführt sind, die ich von 1892 an operiert habe, so sehen Sie ein weniger günstiges Resultat: von den 78 G.-E. sind 40,6 % gestorben und zwar entfielen auf die 43 Carcinom. G.-E. — 56,8 %, aber auch die sog. benignen Erkrankungen ergaben 31,4 % Mortalität. Auf diese Zahlen werfen die technischen Fehler, welche anfangs gemacht wurden, ihre Schatten. Durch die Arbeit Kellings (Langenb. Arch. 62) haben wir es gelernt, die Fehler zu vermeiden, welche Kelling als verhängnisvoll für die Function der angelegten Anastomose durch das Experiment nachgewiesen. Wenn trotzdem für die letzten Jahre die entsprechenden Zahlen meines Materials 32,6 %, bei Carcinom 40,0 %, bei benignen Stenosen 14,5 % betragen und somit höher als die der letzten statistischen Zusammenstellungen sind (Poncet, Delore und Leriche, (Ref. Centralbl. für Chir. 1909, Nr. 26

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

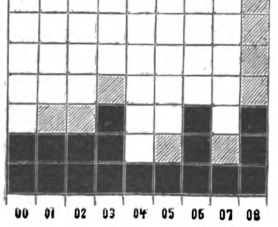
p. 444) geben für Carcinom 33,0 %, für benigne Erkrankungen 5 % an. Dobrotworsky (Diss. Petersburg) hat 4426 G.-E. aus der europäischen Literatur



G.-E. Anastomose.



Gastro-Entero. Carcinom.



G.-E. Gutartige Stenose.

gesammelt mit 20 % Gesamtmortalität, bei Carcinom 31,4 % und bei benignen Erkrankungen 10 %), so ist die Erklärung wohl darin zu suchen, dass ich alle meiner Abteilung zugehende Fälle operiert habe, die die Operation wünschten und nicht gerade moribund waren. Zwar kommen ja wohl gegenwärtig die Kranken meist in wesentlich früherem Stadium zur Operation als in den ersten Jahren, wo sie meist als wahre Jammergestalten, bei denen jegliche therapeutische Massnahmen schon erschöpft waren, zur Operation geschickt wurden. Ein geschätzter Specialcollege, der mich in diesem Sommer in meiner Abteilung besuchte, erklärte von zwei Patienten, die in äusserst entkräftetem Zustande zur Operation kamen, er würde so heruntergekommene Kranke nicht mehr operieren. In dem einen Fall hatte er vielleicht recht, denn der Kranke konnte sich nur 8 Tage lang dessen freuen, dass er wieder essen und sogar Fleisch vertragen konnte, dann führte ein Durchbruch des Carcinoms in einigen Tagen das Ende herbei. Der zweite Kranke aber, der durch Ulcusblutungen und seine Pylorusstenose äusserst elend geworden war, wurde nach mehrwöchentlicher mühevoller Behandlung in wesentlich gebessertem Zustande entlassen; ihm hatte die Operation die einzige noch vorhandene Möglichkeit zur Genesung eröffnet.

Ich meine, man müsste bei seiner Indicationsstellung die Rücksicht auf eine gute Statistik eliminieren und nur an den Kranken denken, dessen Hoffnungen man im Grunde genommen Rechnung tragen soll, gleichgültig, ob sie berechtigt oder aussichtslos sind.

Von den 78 G.-E. sind insgesamt 36 letal verlaufen, und zwar entfallen 9 Todesfälle (5 Carcinome und 4 Stenosen) auf technische Fehler. Es war 5 Mal bei der Wölflerschen Anastomose eine zu kurze und bei der v. Hackerschen Anastomose 2 Mal eine zu lange Schlinge schuld am circ. vitiosus.; 2 Mal hatte der Murphyknopf auf den Abfluss störend gewirkt.

Einer Nahtinsufficienz erlagen 3 Fälle.

An Kachexie, Collaps, Schwäche (eventuell einmal Stovainwirkung) erlagen 17 Patienten (13 Carcinome, von denen je einer 3 Wochen, 24 Tage, 17 Tage p. op. zu Grunde gingen und 4 Stenosen, einer 12 Tage p. op., ein zweiter 6 Tage p. op. bei dem die v. Eiselsbergsche Operation + Roux gemacht worden war.

An Pneumonie, Lungengangrän und dergleichen starben 4 (3 Carcin. 1 Stenose).

An Blutung ging 1 Carcinom zu Grunde.

An Perforation 2 (1 Carcinom, 1 Ulcus).

Systematische Nachuntersuchungen stehen mir nicht zu Gebote, sie sind an unserem Material sehr schwer auszuführen, namentlich seitdem durch die Revolution die Menschen mehr als man denkt zum Wechsel ihres Wohnortes gezwungen waren. Ein Teil der Fälle ist Ihnen auf dem vorigen Aerztetage in Riga vorgestellt worden, ein anderer ist in Riga ansässig und daher unter Controlle; soweit derselbe benigne Stenosen betrifft, geht es ihm gut. Keiner von den Operierten ist mit erneuten Beschwerden, Verengung der Anastomose oder drgl. wieder vorstellig geworden.

Die v. Hackersche Anastomose (retrocolica posterior) wird von mir bevorzugt, sie ist schwieriger als die Wölflersche, gibt aber weniger Störungen des Abflusses.

Bei der Wölflerschen Anastomose wird trotz der Braunschen Modification (E. A.) die Rückstauung nicht immer völlig ausgeschlossen. Sogar nach der v. Eiselsbergschen Operation in Verbindung mit einer Anastomose nach Roux wurde bei der Section 1 Liter Flüssigkeit im Magen gefunden, welche sich seit der letzten Spülung wieder angesammelt hatte.

Nicht jeder technische Fehler braucht unbedingt verhängnisvoll zu werden. So betrifft der erste auf der Tabelle rotmarkierte Fall ein Carcinom, das nicht mehr radical entfernbar war. Nach der Anastomosenbildung hat Pat. ein Jahr gearbeitet (Landwirt), alles gegessen und sich wohl gefühlt. Nach Jahresfrist traten wieder Beschwerden auf, die ihn veranlassten, sich nochmals ans

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankenhaus zu wenden und zu fragen, ob ihm nicht nochmals geholfen werden könne. Ich hatte in diesem Fall die Schlinge zur Anastomosebildung nicht länger genommen, als bei den anderen, Erstlingsfällen, bei denen sie sich als zu kurz erwiesen hat.

Am 10. IX. 1908 trat eine Frau in die Abteilung, welche sich einer Geschwulst im Epigastrium wegen und, „weil ihre Gebärmutter erkrankt sei", aufnehmen liess. Der von Dr. Keilmann erhobene Genitalbefund war ganz normal. Der Tumor im Epigastrium, der wurstförmig dem colon transversum entsprechend quer verlief, wurde als durch Pericolitis entstanden angesprochen. Pat. beschuldigte ihren vor kurzem stattgehabten Partus den Anlass zu Schmerzen, Obstipation und der Entstehung des Tumors geboten zu haben. Erst nachträglich gelang es von der wenig intelligenten Pat. herauszubekommen, dass sie vor 8 Jahren magenleidend gewesen sei, 1 Jahr lang sich den Magen gespült habe und dann in einer Anstalt einer Operation unterworfen worden sei. Darnach habe sie sich völligen Wohlseins erfreut. Der Erfolg der Therapie schien für die Diagnose Pericolitis zu sprechen. Unter Schonung, Bädern und Thermophorbehandlung schwand der Tumor fast ganz, Pat. erholte sich und verlor fast ganz ihre Schmerzen, sodass sie am 18. X. entlassen werden konnte; allein am 31. X. war sie wieder da, die Schmerzen hätten sich verstärkt, der Stuhl war wieder träge geworden, der Appetit hätte sich verloren. Der Tumor hatte wieder zugenommen, war hart und druckempfindlich geworden, sodass am 4. XI. unter Aethernarkose die Laparotomie gemacht wurde. Es wird ein Querschnitt über dem Nabel angelegt, der die Narbe an ihrem unteren Winkel kreuzt und etwas über den rechten Rectus hinausgeht. Bei Eröffnung der Bauchhöhle sieht man nach oben hin sehr ausgedehnte Adhäsionen, die die geblähten Darmschlingen zum Magen hin fixieren. Ein Verticalschnitt in der alten Narbe schafft guten Zugang. Man sieht eine G.-E.-Anastomose antecolica nach Wölfler vorliegen, dieselbe ist fest an die vordere Bauchwand angelötet. Die beiden Darmschenkel steigen spitzwinklig zur Anastomose an, welche mit ihrer vorderen Peripherie der Bauchwand so fest angelötet ist, dass sie nur scharf getrennt werden kann. Nachdem einige Incisionen gemacht worden, löst sich die Anastomosenstelle von der vorderen Bauchwand ab, und man sieht der vorderen Peripherie der Anastomose entsprechend einen von callösen Rändern umgebenen Defect. Im Bereich desselben ist die Schleimhaut ectropioniert, jedoch nirgends ulceriert. Ein Längsschnitt wird in den abführenden Darmschenkel in der Länge von ca. 2—3 cm. geführt, die callösen Ränder werden exstirpiert und der V Defect quer vernäht. Knopfnähte bringen die Wundränder zusammen und eine fortlaufende Serosanaht deckt sie allseitig zu. Die Anastomoseöffnung ist bequem für 1 Finger durchgängig und steht dem abführenden Darmschenkel genau vis-à-vis. (Guter Abfluss). An der Stelle der Anlötung an der vorderen Bauchwand ist das Periton. bis zu Kleinfingerstärke verdickt und zeigt hier eine flache Höhle, in welcher jedoch makroskopisch sichtbar Eiter sich nicht findet. Diese Höhle wird exstirpiert und in dieser Stelle ein Tampon eingeführt. Die Wunde wird durch 2-etagige Naht geschlossen.

Nach der Operation bessert sich das Befinden, allein von Zeit zu Zeit ergab eine Magenausheberung, dass sich im Magen Flüssigkeit ansammelte, fleissige Spülung beseitigte dann für Tage diesen Zustand, allein dann trat doch immer wieder Rückstauung ein. Da im Januar Schmerzen, Druckgefühl und eine tägliche Residualmenge von ca. 300 cctm. constant wurden, so wurde am 13. I. zum zweiten Mal zur Operation geschritten.

Morph. Scop. Aether. Schnitt in der Mittellinie bis unterhalb des Nabels. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle werden mehrfache strangförmige Adhäsionen zwischen dem Netz und der Bauchwand und dem Dünndarm und der Bauchwand unterbunden und durchtrennt. Die Anastomose ist sehr bequem für 1 Finger durchgängig. Es lässt sich jetzt nachweisen, dass der zuführende Schenkel für eine E.-A. anterior antecolica etwas kurz genommen worden ist, allein es besteht keinerlei Abknickung des Colon transversum. Der zwischen der Anastomose und dem Pylorus befindliche Magenabschnitt ist ca. 2-handbreit gross, gefüllt und hängt schwer herab. Der Pylorus ist sehr eng und als fester Strang palpabel. Es wird beschlossen, eine Ausschaltung nach v. Eiselsberg zu machen, und mit der Darmquetsche wird der Magen distal von der Anastomose durchquetscht, mit Steppnähten der cardiale Teil gedichtet und darauf der pylorische Teil von ihm abgetrennt. Auch an diesem werden Steppnähte angelegt, dann Uebernähung des Stumpfes an beiden Teilen, endlich Einstülpung und fortlaufende Serosanaht darüber. Sowohl der pylorische wie der cardiale Teil werden mit Netz, das reichlich vorhanden ist, allseitig übernäht, darauf Schluss der Bauchwunde durch 2-etagige Seidenknopfnähte.

14. I. Puls fadenförmig. Pat. erbricht schwärzliche Massen.

15. I. Bei der Magenspülung werden reichliche fäculent riechende Reste entfernt.

16. I. Kein Erbrechen. Magen leer. Befinden besser.

22. I. Allgemeinbefinden gut. Kein Erbrechen, kein Rückstand.

Diese Operation brachte der Pat. Beseitigung ihrer functionellen Störung. Pat. blieb noch bis zum 21. II, erholte sich sichtlich und verliess beschwerdenfrei die Abteilung. Eine Woche vor Beginn des Congresses wurde Pat. wieder aufgenommen. Sie war abgemagert, hatte lebhafte Schmerzen, und im Epigastrium war wieder eine Schwellung aufgetreten, die Fluctuation zeigte. Eine Incision ergab keinen Eiter, aber eine Perforation des Magens, welche von Adhäsionen umschlossen, an der vorderen Bauchwand fixiert war. Da auf eine Spontanheilung der Fistel nicht zu rechnen war, entschloss ich mich am 19. VIII a. c. zur Exstirpation derselben. Dieses Mal fand ich ein deutlich ausgesprochenes Ulcus, welches an der Anastomosenöffnung des Magens sass und nicht nur auf den abführenden, sondern auch auf den zuführenden Darmschenkel überging, sodass ich diese ganze Partie exstirpieren musste, was sich in Anbetracht der beträchtlichen Schwarten der Umgebung, der Verlötung mit dem colon transversum als sehr schwierig und zeitraubend erwies. Der Defect der Magenwand wurde durch die Naht geschlossen und nun an der hinteren Magenwand eine G.-E. retrocolica angelegt, die der durchschnittenen Darmenden wegen nach Roux ausgeführt wurde. Pat. erlag leider dem Eingriffe.

Section: am Präparat liess sich kein Ulcus weiter nachweisen.

Ich habe Ihnen diesen Fall etwas ausführlicher angeführt, um zu zeigen, dass eine Anastomose, die technisch nicht ganz correct angelegt war (zu kurze Schlinge), doch zwei Jahre tadellos functioniert hatte, dass dann aber eine Leidenszeit begann, zwischen der und der Anastomosenausführung ein Causalzusammenhang wohl denkbar ist; jedenfalls werden durch die Statistik die Wölflersche und Rouxsche Anastomose ganz besonders mit dem ulc. pepticum belastet.

Wenn ich meine Ansicht zusammenfassen soll, so muss ich sagen, dass beim Magencarcinom die durch die G.-E. erzielten Resultate nicht so schlecht sind auch in Bezug auf die Lebensdauer, um jedes Carcinom durchaus der Resection zu unterwerfen.

Andererseits wird es bei benignen Stenosen und nicht zu eng begrenzter Indicationsstellung doch immer Todes-

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

fälle geben; wenn Sie die Reihe des letzten Jahres ansehen, so sind neben 9 Heilungen 2 Todesfälle notiert, von denen einer durch Myocarditis und Herzschwäche 60 Stunden p. op. erfolgte, während der andere durch Lungengangrän 24 Tage p. op. zustande kam. Es werden also allgemeine Schwäche, Herzschwäche, Minderwertigkeit der Magenwand, endlich die Pneumonie und eventuell die Anästhetica ihre Opfer fordern.

Wie steht es nun mit der Radicaloperation beim Ulcus, für welche auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin plädiert worden. Mit Ausnahme des letzten Falles bin ich nicht in die Verlegenheit gekommen, radical operieren zu müssen. In meinen Fällen habe ich entweder ausgedehnte Verlötungen, Infiltration der Magenwand, kurz Verhältnisse gefunden, die nicht zur Radicaloperation einluden, oder ich fand keinerlei Veränderungen an der Magenoberfläche, die auf den Sitz des Ulcus hinwiesen. Gibt es doch Fälle, die klinisch alle Ulcussymptome aufweisen, bei denen es sogar zum Blutbrechen gekommen ist und bei denen gar kein Ulcus vorhanden zu sein braucht. In einem Falle war der Proc. vermif. die Grundursache des ganzen Leidens. (cf. D. med. W. 1906). Der zweite Fall betrifft einen Mann, dessen lange Leidensgeschichte durch eine Section abgeschlossen wurde, welche bewies, dass eine Magendilation vorlag, für welche anatomisch kein Grund gefunden werden konnte, trotz klinisch beobachteten Blutbrechens, Brechens von kaffesatzähnlicher Masse und drgl.

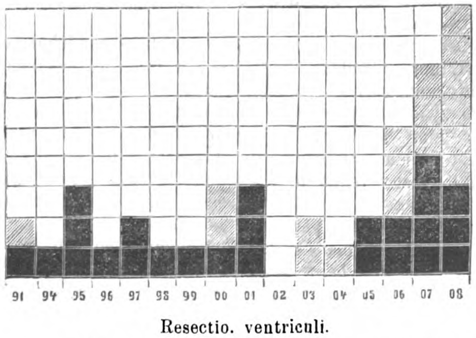
Auch bei der Radicaloperation der Magencarcinome weisen die Statistiken immer günstigere Resultate auf.

Nach einer Zusammenstellung von Brünnig (D. Z. f. Chir. Bd. 80, p. 97) aus der Giessener Klinik hatte Rydygier bei 25 Fällen — 68,0 % Mortalität.

Kümmel	bei	64	Fällen	59,4 %	Mortalität
Billroth	„	54	„	48,1 %	„
Körte	„	38	„	42,0 %	„
Krönlein	„	50	„	30,0 %	„
Kocher	„	75	„	29,3 %	„
Czerny	„	57	„	24,6 %	„
Mayo Robson	„	28	„	22,2 %	„
v. Eiselsberg	„	33	„	21,0 %	„
Poppert (Giessen)	„	32	„	18,8 %	„

Mein Material umfasst 27 Fälle, von denen 18 gestorben (66,6 %) und 9 geheilt sind; in den letzten 5 Jahren sind 8 gestorben (54,4 %) und 7 geheilt worden.

Sehen wir uns die Fälle nach ihrer Todesursache an, so sind 6 gestorben an den Folgen der Pankreasläsion, 6 an den Folgen der Minderwertigkeit der Wand und der durch dieselbe bedingten Nahtinsufficienz, an Pneumonie nnd Lungengangrän 4, an Collaps 1, an Colongangrän 1.



Resectio. ventriculi.

Also $^2/_3$ der Fälle sind nicht richtig auf ihre Operabilität bewertet worden, es ist denkbar, dass eine Technik, die die Wundränder der geringsten Spannung aussetzt, bessere Resultate zeitigt — ich bitte Sie da die letzte Columne der Tabelle zu besichtigen.

Es ist denkbar, dass die Immunisierung gegen die Wirkung des Pankreassaftes, welche nach den Experimenten von Gulecke und Gustav von Bergmann so gute Erfolge erzielt hat, auch mal beim Menschen Anwendung finden wird, bis dahin ist aber die Resection dort zu vermeiden, wo eine Verletzung des Pankreas unvermeidlich erscheint.

In zwei Fällen habe ich das Magenlumen direct mit dem mobilisierten Duodenum vereinigen können. Es war dieses nur in einem Falle ohne Spannung möglich, im zweiten war die Spannung ziemlich stark, aber die Magenwand war von guter Beschaffenheit, sodass eine glatte Heilung erfolgte. In zwei weiteren Fällen habe ich das Magenlumen direct mit einer hochgelegenen Dünndarmschlinge anastomosiert. Da der Magenstumpf zu kurz war, so war eine Vereinigung mit dem Duodenum ausgeschlossen; es wurde also, bevor der Tumor cardialwärts reseciert wurde, eine Jejunumschlinge durch Serosanähte an die hintere Magenwand fixiert, darauf erfolgte die Resection und dann die directe Vereinigung des Magenlumens mit dem Darmlumen, welches durch einen leicht spiralig verlaufenden Schnitt eröffnet worden war. Führt man bei der Naht die Nadel durch die Magenwand quer und sticht an der Darmwunde einfach aus, so gelingt es, die Incongruenz der Lumina ganz gut auszugleichen und dem Durchschneiden der Nähte in einer brüchigen Magenwand vorzubeugen. Einer dieser Fälle geht jetzt — ein Jahr nach der Operation — seinem Ende entgegen an Metastasen, die aufgetreten sind. Der andere starb an den Folgen der Pankreasverletzung, etwa 8 Tage nach der Operation; Sie sehen an dem Präparat, welches ich herumgebe, wie der neugebildete Pylorus von guter Weite ist und in den abführenden Darmschenkel sieht, während der zuführende durch die Naht leicht verengt worden, wodurch der Zustrom von Galle und Pankreassaft mehr und mehr tangential an der Magenöffnung vorüber führt, deren Lumen direct auf den abführenden Schenkel sieht.

Ich glaube, dass diese directe Vereinigung nachgeprüft werden sollte, da sie einfachere Nahtverhältnisse und eine Vereinigung zwischen dem Magen und dem Darm schafft, die der normalen Communication näher steht als die durch die bisher üblichen Methoden erzielte.

In Fällen, wo von der kleinen Curvatur sehr viel fortgenommen werden muss, würde es sich empfehlen, durch Seroserosanähte den Stumpf der kleinen Curvatur zu verlängern und dadurch das Magenlumen zu verkleinern.

Von den 12 Jejunostomien haben nur 2 das Krankenhaus verlassen: 1) eine 70-jährige Frau 30 Tage nach der Operation, 2) ein 54-jähriger Mann 46 Tage nach der Operation; beide hatten sich sehr erholt, zugenommen, der letztere 2 Kilo.

Die übrigen sind alle noch im Krankenhause ihrem Leiden erlegen.

Aus der ganzen Anzahl der operierten Fälle möchte ich mir erlauben, Ihnen noch einzelne interessante Details anzuführen.

1897 wurde ein 29-jähriger Mann mit einer Affection der Bauchwand aufgenommen, die als Aktinomykose angesprochen wurde, bei der Operation kam man auf Schwarten und Detritusmassen, die sich anscheinend als durch Aktinomyces verursacht erwiesen. Die Section klärte den Fall auf, es handelte sich um ein grosses, zerfallenes Magencarcinom, das nach vorn hin durchgebrochen und auf die Bauchwand übergegangen war, das lig. hepatoduodenale und hepatogastr. waren infiltriert, auf der kleinen Curvatur und im Netz waren Metastasen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das jugendliche Alter des Pat. und der Umstand, dass nur 5 Monate vergangen waren, seitdem die ersten Beschwerden (Schmerzen in der Lebergegend) aufgetreten waren, hatten den Irrtum veranlasst.

1899 wurde eine 68 jährige Frau operiert, bei der ein Carcinoma ventriculi und ein C. coeci von annähernd gleicher Grösse sich fanden.

1907 starb eine 64-jährige Frau 16 Tage nach der Operation, bei der eine G.-E. retroc. post. mit dem Murphyknopf wegen eines apfelgrossen Carcinoms gemacht worden war, das trotz Verbackenseins mit der Leber eine auffallende Verschieblichkeit vorgetäuscht hatte. Pat. bekam vor dem Tode eine Streptococcenphlegmone am rechten Oberarm, für die ein causaler Grund nicht nachzuweisen war. Der exitus erfolgte, ohne dass prägnante Abdominalsymptome auftraten.

Die Section ergab, dass die Phlegmone metastatisch von einer Peritonitis aus erfolgt war, welche sich schleichend an eine Perforation der Magenwand angeschlossen hatte, welche von der Anastomosenstelle enfernt entstanden war.

1905. 45-jähriger Mann, der sich vor 3 Monaten eine Nadel links in den Hals gestochen haben will, es bildet sich ein Abscess, der am Sternum eröffnet wurde, an dieser Stelle habe sich dann später ein Stück der Nadel spontan ausgestossen, das zweite Fragment will Pat. später im Epigastrium gefühlt haben. Vor 6 Wochen habe sich Erbrechen eingestellt und sei Abmagerung aufgetreten. Bei der Operation fand sich ein dilatierter Magen von angedeuteter Sanduhrform, beim Hinaufschlagen des Colon transv. behufs Anlegung einer G.-E. retroc. post. präsentierte sich ein 4 ctm. langes Nadelfragment im Mesocolon.

1906 wird ein Mann von 33 Jahren wegen Magendilatation (Sanduhr angedeutet) und Pylorusverengerung operiert. 5 Wochen später treten die alten Beschwerden ein. Relaparotomie, wobei ein suspecter Wurmfortsatz entfernt und ausgedehnte Adhäsionen gelöst werden, erst 14 Tage später trat Wohlbefinden ein. Pat. verliess das Krankenhaus und hat sich nicht wieder vorgestellt. Wie ist dieser Fall anzusehen? handelte es sich hier vielleicht um eine Neurose und hätte die zweite Operation lieber unterbleiben sollen?

Auf diese Fragen hier einzugehen, verbietet die kurz zugemessene Zeit, sie gehören in ein grosses, noch keineswegs abgeschlossenes Gebiet, auf dem wir noch viele Erfahrungen sammeln müssen.

Erlauben Sie mir als Resumé folgende Schlusssätze aufzustellen:

1. Die von Hackersche G.-E. retroc. post. verdient den Vorzug vor allen andern, die erst in Frage kommen, wo die G.-E. retroc. post. unausführbar ist.

2. Bei der Resection ist die directe Vereinigung von Magen- und Darmlumen anzustreben.

3. Die Exstirpation des Magenulcus ist nur in den seltensten, besonders günstig liegenden Fällen indiciert.

4. Magencarcinome, deren Radicaloperation ohne Pankreasverletzung nicht auszuführen, sind einstweilen nicht zu resecieren.

5. Der Murphyknopf hat nur bei grossen, schlaffen Dilatationen des Magens (Atonie) einen Wert, sonst ist er überall durch die Naht zu ersetzen.

6. Die v. Eiselsbergsche Operation ist die rationellste Methode zur Beseitigung der Magendilatation.

Ueber den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie.

Von

Dr. med. Wilh. Stieda.

Vortrag, gehalten auf dem I. Baltischen Aerztetag in Dorpat.

M. H.! Die Psychiatrie steht in den letzten Jahren im Zeichen der Wandlung, im Stadium der Reformation. Wir Kraepelinianer glauben, dass der Fortschritt dieser Wandlung darin besteht, dass wir von einer rein symptomatischen zu einer klinischen Betrachtungsweise übergegangen sind. Ursprünglich kann man diese klinische Betrachtungsweise schon auf Kahlbaum zurückführen, jedoch noch früher wurde schon ein Krankheitsbild in derselben Weise aufgestellt: das war die von Calmeil zuerst als besondere Krankheit beschriebene progressive Paralyse, die noch 1867 von Griesinger zu den somatischen Complicationen des Irreseins gerechnet wird.

Durch die Fortschritte der Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems wurde die klinische Betrachtungsweise in ihrer Bedeutung stark in den Hintergrund gedrängt zu Gunsten einer symptomatischen und einer angeblich anatomisch begründeten. Meynert, Luys u. a. suchten direct einzelne Zustandsbilder aus den anatomischen Verhältnissen heraus zu erklären. Dabei lief viel Phantasie unter, und bei den mangelhaften Kenntnissen über Bau und Leben des Nervensystems, die wir haben, konnten solche Versuche nie mehr als höchstens geistreiche Hypothesen sein.

Im Banne dieser Anschauungen stehend, beachtete die Psychiaterwelt der 70-er, 80-er Jahre fast gar nicht die Versuche von Kahlbaum, Hecker, Neisser u. a., eine andere Betrachtungsweise einzuführen. Erst als Kraepelin in systematischer Arbeit dieses Princip auf das gesamte Gebiet der psychischen Erkrankungen ausdehnte und es nicht nur in einzelnen Arbeiten aussprach, sondern es auch ex cathedra und in Form eines, dank seiner glänzenden Darstellung, bald viel verbreiteten Lehrbuchs lehrte, bekam der neue Kurs Leben. Kraepelin ging nicht darauf aus, ein System zu schaffen, nach dem alle Fälle von Geisteskrankheit fein säuberlich eingeordnet werden könnten, sondern er suchte nur aus der Masse der Fälle gewisse Gruppen auszusondern, Fälle, die nach Beginn, Verlauf und Ausgang ähnlich waren, zusammenzufassen und so statt des Zustandsbildes den Begriff einer Krankheitseinheit zu schaffen. Im Rahmen eines Lehrbuches nahm dieses Bestreben gewiss die Form eines Systems, einer Classification an, in Wirklichkeit aber war es keine. Kraepelin selbst hat es oft ausgesprochen, dass ein klinischer Lehrer eben systematisieren und damit auch schematisieren müsse. Der klinische Forscher darf sich aber dadurch nicht beengen lassen.

Wenn so eine Wandlung, wie ich sie eben kurz skizzierte, sich vollzieht, so bringt sie immer neue Begriffe und Werte auf, die viel gebraucht, schliesslich so zum alltäglichen Werk- und Rüstzeug des Gedankens werden, dass man nicht weiter über sie nachdenkt. Wer die ganze Wandlung miterlebt hat, weiss ja wohl, wie die betreff. Begriffe entstanden sind und zu welchem Zweck und bei welcher Gelegenheit sie geprägt werden. Der Fernstehende aber fasst das Wort in seinem vulgären Sinne auf und legt vielleicht einen ganz anderen Begriff hinein als der, der den Begriff prägte. Ich erinnere nur an die oft misdeutliche Auffassung des Namens Dementia praecox. Da ist es denn vielleicht von Nutzen, von Zeit zu Zeit die Worte und Begriffe einer Revision zu unterziehen und sie noch einmal durchzudenken.

Zu diesen Begriffen gehören die Ausdrücke Krankheitszustand und Krankheitseinheit.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir sagen, die Psychiatrie eines Ziehen, Krafft-Ebing ist eine Zustandspsychiatrie, die nur Krankheitszustände diagnosticiert, während die moderne Psychiatrie natürliche Krankheitseinheiten feststellen will.

Was verstehen wir aber unter einer natürlichen Krankheitseinheit?

Eine Gruppe von Krankheitserscheinungen, die durch gleiche Ursachen hervorgerufen, auf einem identischen Krankheitsprocess beruhen und — unter gleichen Bedingungen — ein mehr oder weniger gleiches Krankheitsbild und gleichen Verlauf und Ausgang zeigen.

Im strengsten Sinne gehören unter diese Begriffsbestimmung alle Infectionskrankheiten, bei denen wir unter Umständen auf den Tag den Verlauf, z. B. den Ausbruch eines Exanthems voraussagen können. Aber auch hier schon können allerlei Nebenbedingungen eine grosse Rolle spielen und das ganze Krankheitsbild so verändern, dass die Diagnose, die sich nur auf das äussere Zustandsbild stützt, irregeleitet werden könnte. So kann z B. d. Typhus bei Localisation in den Lungen das Zustandsbild einer Lungenentzündung geben, und doch werden wir auch dann die Diagnose Typhus abdominalis stellen. Sobald wir das Gebiet der Infectionskrankheiten verlassen, beginnen auch schon die Schwierigkeiten in der Begriffsbestimmung, und zwar sind sie um so grösser, je geringer unsere Kenntnisse der Aetiologie und der pathol. Anatomie sind.

Wie steht es nun damit in der Psychiatrie? Was verstehen wir in der Psychiatrie unter einer natürlichen Krankheitseinheit?

Ueber den zu Grunde liegenden Krankheitsprocess sind wir hier in den wenigsten Fällen unterrichtet. Nichtsdestoweniger müssen wir wohl annehmen, dass jede geistige Erkrankung auf einem somatischen Process beruht. Er bildet die eigentliche Krankheit, die psychischen Symptome sind nur seine am meisten in die Augen springenden Erscheinungen. So viel es geht, müssen wir versuchen, aus den klinisch beobachteten Tatsachen uns ein Bild dieses somatischen Processes zu machen. Jedoch entsteht hier die Schwierigkeit, dass wir gerade bei psychischen Krankheitssymptomen oft nicht wissen, wie weit wir von ihnen auf einen Krankheitsprocess zurückschliessen dürfen.

In der grossen Dementia praecox-Debatte in Berlin 1908 hat Blender auf die verschiedene Bedeutung der primären und secundären Symptome hingewiesen. Primär sind die Symptome, die der Krankheitsprocess selbst hervorruft, während die secundären nur die Reaction der kranken Psyche auf äussere Einflüsse bedeuten. Nur von den primären Symptomen können wir direct auf den Krankheitsprocess schliessen. Nun gehören aber die meisten der uns bekannten psychischen Krankheitserscheinungen zu den secundären Symptomen. Etwas erleichtert wird uns der Rückschluss dort, wo uns somatische Symptome den Weg weisen. Daher werden wir auch bei der Frage nach den natürlichen Krankheitseinheiten von den organischen Psychosen, dem mehr oder weniger gesicherten Besitz der Wissenschaft ausgehen müssen. Bei einem anderen Teil der Psychosen werden unsere Begriffsbestimmungen nur heuristischen Wert haben und in gewissen Fällen werden wir überhaupt verzichten müssen, strenge Grenzen zu ziehen und damit auch scharf umgrenzte Krankheitsbilder aufzustellen.

Was für natürliche Krankheitseinheiten kennen wir nun also in der Psychiatrie?

Vor allem ist da die Paralyse.

Da nehmen wir an, dass es ein Toxin ist, das unter gewissen Bedingungen auf dem Boden der Lues entsteht und einen vorwiegend die Hirnrinde destruierenden Process hervorruft. Je nach Individualität des Pat., nach der Beschaffenheit seiner Gefässe, seines ganzen Nervensystems wird der Verlauf in jedem einzelnen Fall ein anderer sein, aber wir wissen, dass dieser Process immer, so oder anders zum Tode führt und kennen fürs Erste kein Mittel, ihn aufzuhalten oder seine Wirksamkeit zu paralysieren.

So klar wie hier, liegen die Verhältnisse bei keiner anderen Geisteskrankheit. Am ebesten noch bei den toxischen Erkrankungen.

Wenn wir beim Delirium tremens auch den anatomischen Process nicht kennen, so wissen wir doch, dass diese Erkrankung immer auf dem Boden des Alcoholismus entsteht und eine acute körperliche Allgemeinerkrankung vorstellt, die den gesamten Organismus, Nervensystem, Herz, Nieren etc. afficiert. Wir wissen auch, dass der ganze Krankheitsprocess sich, wenn keine Complicationen eintreten, in wenigen Tagen abspielt und dass er meist keine directen Folgen hinterlässt. Unter Umständen kann aber auch eine gewisse geistige Schwäche, Alcoholdemenz nachbleiben, von der wir aber nicht genau wissen, ob sie die Folge des abgelaufenen Delirs oder unabhängig davon, des chronischen Alcoholabusus ist.

Also, das Delirium tremens werden wir durchaus als eine natürliche Krankheitseinheit bezeichnen dürfen. Die anderen alcoholischen Psychosen sind weniger scharf umgrenzt. Und doch werden wir den chronischen Alcoholismus mit seiner eigenartigen Demenz, seinem Eifersuchtswahn, seinen körperlichen Begleiterscheinungen auch als eine eigenartige Krankheitseinheit betrachten dürfen. Ueber die Alcoholparanoia, über das protrahierte Delir. lässt sich streiten — nach meinen Erfahrungen würde ich geneigt sein, sie auch für eigenartige, auf dem Boden des Alcoholismus entstandene Krankheiten anzusehen, denen eine selbständige Stellung angewiesen werden muss. Wenn wir auch nicht wissen, woran es liegt, dass der eine Alcoholiker ein Delirium bekommt, der andere eine Alcoholparanoia, während der dritte still und ohne Sang und Klang verblödet, so meine ich doch, dass in jedem Fall ausser dem chronischen Alcoholismus an und für sich noch andere Momente mitspielen, die eine Verschiedenheit des somatischen Processes bedingen.

Das sehen wir besonders auch an einer anderen Form der Alcoholpsychosen, an dem Korsakowschen Irresein. Hier ist es der polyneuritische Process, der in den Vordergrund tritt, der ja in vielen Fällen allein für sich, ohne psychische Krankheitserscheinungen bestehen kann. Obgleich wir auch hier die ätiologischen Momente, die ausser und neben dem Alcohol wirksam sind, nicht kennen, wird doch niemand Bedenken tragen wollen, die Korsakowpsychose zusammen mit der alcoholischen Polyneuritis als eine besondere Krankheitseinheit anzusehen. Ein ähnliches Zustandsbild, wie beim Korsakow, sehen wir ja auch bei anderen Krankheiten, z. B. bei der Paralyse, ohne es da als etwas Selbständiges herauszuschälen. Denn wir nehmen an, dass es der gewöhnliche paralytische Krankheitsprocess ist, der unter Umständen, — vielleicht localisatorischer Art — dieses Bild erzeugt.

Bei der Presbyophrenie wird man schon schwanken können, ob man sie als selbständige Erkrankung auf dem Boden des Seniums oder nur als Erscheinungsform, ein Zustandsbild im Rahmen der senilen Demenz ansehen soll.

Sind — unabhängig vom Senium — irgendwelche specifischen Momente an der Entstehung beteiligt — vielleicht dieselben, die das gleiche Bild bei der alcoholischen Polyneuritis hervorrufen, — so müsste man sie wohl als eine selbständige Krankheit, als eine natürliche Krankheitseinheit betrachten.

Unsicher in ihrer Deutung sind die als präsenile, resp. climacterische beschriebenen Psychosen. Die climacterische Melancholie hat sich nicht als eigenartige Krankheit herausgestellt, sondern nur als Abart des manisch-depressiven Irreseins. Und der präsenile Verfolgungswahn

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ist in seiner Stellung noch lange nicht von allen Psychiatern anerkannt. Von vielen werden wohl die betreffenden Fälle zur chronischen hallucinatorischen Paranoia gerechnet werden, und ich wüsste allerdings kaum ein Krankheitsbild, das den älteren Schilderungen der Paranoia mehr entsprechen würde als die Fälle, die ich unter diesem Namen in der Heidelberger Klinik gesehen habe. Es fragt sich, ob diesen Fällen wirklich ein eigenartiger somatischer Process zu Grunde liegt und ob er eine Beziehung zum vorzeitigen Altern resp. zum Process der Involution hat. Vielleicht ist ein Teil auch zu den Spätformen der Dementia praecox paranoides zu rechnen.

Gerade an solchen Ueberlegungen ist am besten zu sehen, um wie viel fruchtbarer die neuere Betrachtungsweise ist. Früher begnügte man sich mit der Feststellung, dass jemand mit mehr oder weniger systematisierten Verfolgungswahnideen bei erhaltener Besonnenheit, event. mit acustischen Hallucinationen erkrankte und stellte die Diagnose Paranoia hallucinatoria. Weitere Ueberlegungen erübrigten sich, denn über Aetiologie und Wesen des event. zu Grunde liegenden Processes machte man sich weiter keine Gedanken. Freilich hat uns die neuere Psychiatrie ebenfalls noch keine Aufklärung über diese Fragen gebracht, aber sie hat uns doch neue gangbare Wege gezeigt, wo früher die Forschung stagnierte. Vor allem merken wir das auf dem gerade jetzt viel umstrittenen Gebiete der functionellen Geisteskrankheiten.

Wie steht es nun mit diesen Erkrankungen? D. h., um die Frage präciser zu fassen: bilden die Dem. praecox und das manisch-depressive Irresein natürliche Krankheitseinheiten oder stellen sie nur ein paar von den berüchtigten grossen Töpfen dar, in die nach Belieben, heute mehr, morgen weniger, die ganze Masse der functionellen Psychosen abgefüllt werden kann?

Nun, M. H., — wenn wir heute in der Psychiatrie die Begriffe Zustandsbild und Krankheitseinheit so streng von einander scheiden, so hat uns gerade die Aufstellung dieser beiden Krankheitsgruppen dazu Veranlassung gegeben. Sowohl Kahlbaum einstmalen als auch Kraepelin in neuerer Zeit gingen gerade von dem Bestreben aus, im Gegensatz zur rein symptomatischen Psychiatrie natürliche Krankheitseinheiten zu finden. Da aber Aetiologie und somatische Grundlage dieser beiden Erkrankungen nicht bekannt war, so war man natürlich nur auf die klinische Beobachtung angewiesen. In vielen Fällen genügt diese ja auch vollkommen zur Aufstellung und genauen Umgrenzung eines Krankheitsbegriffes. Ja, eigentlich sind die meisten uns bekannten Krankheiten, auch auf nicht psychiatrischem Gebiet, nur durch klinische Beobachtung geschaffen. Ich erinnere nur an Scharlach und Masern. Wir sind also durchaus berechtigt, nur auf klinische Beobachtung gestützt, zu postulieren, dass die Dem. praecox und das man.-depressive Irresein auch natürliche Krankheitseinheiten sind, d. h. Erkrankungen, die auf einem wesentlich verschiedenen, aber für alle Fälle innerhalb einer Gruppe gleichen Krankheitsprocess beruhen, vorausgesetzt dass — die klinische Beobachtung eine richtige war.

Seit der Aufstellung dieser Begriffe haben sich bei beiden sowohl die strengere Begriffsbestimmung als auch die Grenzen verschiedentlich verschoben. Während beim manisch-depressiven Irresein früher die Periodicität besonders betont wurde und es in den Fällen einmaliger Erkrankung hiess, der Pat. habe eben nicht lange genug gelebt, sonst wäre ein zweiter Anfall auch nicht ausgeblieben, legt man jetzt das Hauptgewicht auf eine eigentümliche Vermischung manischer und melancholischer Symptome und sucht durch Nachweis dieser beiden Elemente in jedem einzelnen Fall die Zugehörigkeit desselben zur ganzen Gruppe schon aus dem augenblicklichen Zustandsbild heraus festzustellen. Seit der Aufstellung des Begriffes der manisch-depressiven Mischzustände hat sich die Prognose der Dem. praecox bedeutend verschlechtert, da ein grosser Teil der geheilten Fälle nunmehr ausschied. Andererseits hat uns genügend lange Beobachtung mit Jahrzehnte dauernden Anfällen von manisch-depressivem Irresein bekannt gemacht und dadurch auch die Prognose des einzelnen Anfalls in jedem Fall zweifelhaft gemacht.

Ob die heutige Begriffsbestimmung dieser beiden Krankheiten nun eine endgültige sein wird, wissen wir natürlich heute nicht. Es ist möglich, dass es gelingen wird, aus dem Rahmen dieser beiden Erkrankungen noch manche andere herauszuschälen, aber ich glaube, im Princip werden wir immer diese beiden Gruppen von einander scheiden.

Weniger aus wirklicher Erkenntnis heraus, als einem dunkeln Gefühl nach machen wir uns schon jetzt gewisse Vorstellungen über das Wesen dieser Psychosen. Es ist der Gedanke schon öfters ausgesprochen, dass die Dem. praecox auf einer Autointoxication beruhe, während das manisch-depressive Irresein schon in der ganzen Anlage des Organismus begründet sei. Wenn es uns gelingen würde, eine chemische Reaction zu finden, die pathognostisch für eine der beiden Erkrankungen wäre, so wäre unsere, bisher rein beobachtend klinische Annahme glänzend gerechtfertigt. Dahin müssen wir streben. Der Befund von Much und Holzmann, dass psychotisches Blut hemmend auf die hämolytische Kraft des Cobragiftes wirkt, gibt uns ja fürs Erste noch nichts Verwertbares. Aber ich glaube und hoffe es, dass weitere Untersuchungen auf diesem Wege erfolgreicher sein werden.

Jedenfalls müssen wir schon nach unseren jetzigen Kenntnissen annehmen, dass es sich bei der Dem. praecox um einen progressiven Process handelt, der meist zur Verblödung führt oder wenigstens sich nach Bleulers Ausspruch in der Richtung zur Verblödung entwickelt. Dahingegen verlangte die ursprüngliche Begriffsbestimmung, dass ein man.-depressiver Pat. niemals verblöden dürfe. Auf Grund dieses Postulats will in allerneuster Zeit Urstein, gestützt auf ein vieljähriges Material, — er hat Krankengeschichten von 20—40-jähriger Dauer — einen Teil der Mischzustände mit chronischem Verlauf aus dem manisch-depressiven Irresein ausscheiden und sie zur Dem. praecox hinzurechnen.

Ich glaube, so streng wird man diese Forderung nicht beibehalten dürfen. Die Möglichkeit manisch-depressiver Schwachsinnszustände wäre nicht ganz von der Hand zu weisen. Aber das fortschreitende Studium solcher Fälle soll uns gerade lehren, diese event. Schwachsinnszustände von den Verblödungsprocessen der Dem. praecox zu unterscheiden.

Beim manisch-depressiven Irresein scheint, soweit es die bisherige Beobachtung zeigt, die angeborene, resp. ererbte Anlage eine grosse Rolle zu spielen. Vielleicht gibt es eine specielle manisch-depressive Anlage, die auf dem einen oder anderen, uns bisher noch unbekannten Wege auch ausserhalb der Anfälle nachzuweisen wäre. Feinere experimentell-psychologische Untersuchungen könnten uns vielleicht da einmal Auskunft geben. Wenn das aber einmal nachgewiesen wird, so müssen wir das manisch-depressive Irresein als eine constitutionelle Krankheit ansehen, die das ganze Leben hindurch dauert. Die einzelnen Anfälle würden dann nur die Exacerbationen sein, die nach der einen oder anderen Richtung gewisse Grenzen überschreiten.

Solche constitutionelle Zustände, auf die eigentlich das Wort „Krankheit" nicht mehr ganz passt, kennen wir wohl auch sonst. Da ist das ganze Heer der Degeneranten, bei denen die geistige Erkrankung nur ein Syndrom vorstellt, eine Episode ihres ab ovo psychopathischen Lebens. Hier handelt es sich wohl nicht um einen mehr oder weniger zeitlich umgrenzten Krank-

Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

heitsprocess, sondern nur um die Reactionen einer fehlerhaften Anlage. Ein abnorm veranlagter Organismus reagiert eben auch auf unschuldige Reize abnorm. So sehen wir denn auch in der Aetiologie der degenerativ-psychopathischen Zustände, der Zwangsneurose, der episodischen Wahnbildung bei Degeneranten, bei hysterischen Psychosen oft, ja fast immer, banale Ursachen eine Rolle spielen, Ursachen, von denen wir es uns, streng genommen, gar nicht vorstellen können, dass sie eine Krankheit hervorzurufen imstande sind. Denn daran möchte ich festhalten — trotz Sigm. Freud, — dass psychische Ursachen an und für sich keine Geisteskrankheit erzeugen können. Wenigstens keine Geisteskrankheit in dem Sinne, wie ich sie heute hier definiert habe, der stets ein somatischer Process zu Grunde liegt. In dem Sinne sind auch die oben erwähnten Syndrome, Zufälle der Entarteten, wie Möbius sie nennt, keine eigentlichen Krankheiten. Die eigentliche Krankheit ist die psychopathische Constitution, die diesen Syndromen zu Grunde liegt. Eine strenge Scheidung, eine scharfe Differentialdiagnose zwischen diesen Gruppen von Krankheitserscheinungen wird denn oft auch nur schwer durchzuführen sein. Es wird uns vielleicht einmal gelingen, die verschiedenen Arten der psychopatischen Constitutionen besser auseinander zu halten, innerhalb einer und derselben werden wir aber immer in buntem Wechsel allerlei verschiedene Zustände auftreten sehen.

Noch eine Gruppe von Erkrankungen möchte ich besprechen: die Epilepsie. Ist die Epilepsie als eine natürliche Krankheit zu betrachten?

Um es kurz und klar auszusprechen: in dem Umfange, wie sie heute behandelt wird, nein! Ich glaube, dass sich unter dem Sammelnamen Epilepsie z. Z. verschiedene Krankheiten verstecken. Der Begriff hat ja im Laufe der Zeit viel Wandlungen erfahren. Als pathognomonisches und fast einziges Zeichen galt früher der epileptische Anfall. Nun, wissen wir, dass typische epileptische Anfälle bei den verschiedensten Krankkeiten auftreten können, bei der Paralyse, bei der Hysterie, bei der Katatonie. Andere Symptome sind hinzugenommen worden, um den Begriff Epilepsie zu vervollständigen, die petitmal-Anfälle, der epileptische Charakter, Verstimmungen, dipsomanische Zustände; — Aschaffenburg rechnet noch eine Menge anderer Symptome hinzu, periodische Durchfälle, Schweissausbrüche, Kopfschmerzen etc. Ich glaube, dadurch wird der Begriff etwas verwässert. Der nächsten Zeit wird es vorbehalten sein, da reine Säuberung zu schaffen. Einige Gruppen können wir schon jetzt mehr oder weniger herausheben. Als Grundstock werden wir jedenfalls die epileptische Constitution ansehen müssen, die von Geburt an da ist, wenn wir auch noch nicht genau wissen, worin sie — anatomisch-physiologisch gesprochen — besteht.

Von ihr werden wir ätiologisch die Alcoholepilepsie trennen müssen, wenn sie auch klinisch oft ein sehr ähnliches Zustandsbild gibt. Ob der Alcohol event. nur auf dem Boden einer bis dahin latenten epileptischen Constitution die Krankheit erzeugt, wissen wir nicht. Es wäre denkbar — fürs Erste werden wir die beiden Begriffe von einander scheiden müssen.

Eine dritte Stelle nimmt die traumatische Jacksonsche Epilepsie ein, die ja in manchen Fällen nicht nur die anatomisch bedingten Krampfanfälle, sondern auch die psychischen Zeichen der genuinen Epilepsie aufweist.

Aber auch aus der ganzen Masse der genuinen Epilepsie werden wir, glaube ich, noch Krankheiten ausscheiden lernen, die nicht zusammen gehören. Wenn man ambulatorisches und klinisches Material vergleicht, drängt sich einem diese Ansicht geradezu auf. Ich denke speciell an jene leichten Fälle von Epilepsie, die nur in der Kindheit bestehen und auf energische Brombehandlung — oft aber auch spontan — ganz verschwinden, ferner an die Fälle, wo Jahre und Jahrzehnte lang einzelne Anfälle auftreten, ohne dass wir auch nur ein einziges der anderen epileptischen Zeichen feststellen können. Eine besondere Stellung wird man vielleicht auch den Reflexepilepsien zuweisen müssen, die einer Warmcur, einer specialistischen Nasenbehandlung weichen.

M. H.! Ich habe im Anfange meines Vortrages eine Definition des Krankheitsbegriffes gegeben, wie ich ihn verstehe, und sie dann auf verschiedene Gebiete der Psychiatrie anzuwenden gesucht. Natürlich konnte ich das hier nur skizzenhaft machen, eine Menge Fragen, die dabei von allen Seiten auftauchten, mussten unberücksichtigt bleiben. Was ich aber beabsichtigte, war, Ihnen an der Hand des Krankheitsbegriffes zu zeigen, worin der Unterschied zwischen der alten und der neuen Psychiatrie besteht, dass es nicht die Aufstellung neuer „grosser Töpfe", neuer Namen ist, sondern eine andere Art, zu beobachten und zu denken.

Bücherbesprechungen.

S. Engel. Medicinische Diagnostik. Leipzig 1909. Verlag von G. Thieme. 361 Seiten. Preis 8 Mark.

Das Buch enthält kurze Anweisungen über die Ausführung der Untersuchungen menschlicher Secrete und Excrete und die wichtigsten Reactionen. Verf. beginnt mit den bakteriologischen Untersuchungsmethoden, der Schilderung der einzelnen Bakterienarten und ihrer Färbbarkeit. Nach Besprechung der verschiedenen modernen Blutuntersuchungsmethoden, wobei auf die Veränderung des Blutes bei Leukämie und Anämie, sowie auf den Syphilisnachweis mit der Complementmethode besonderes Gewicht gelegt wird, wird die Untersuchung des Secretes des Respirationstractus, die des Mageninhalts, der Fäces, des Urins etc. geschildert. Hier werden alle gangbaren Reactionen angegeben. Eine grosse Anzahl von Abbildungen erleichtern das Verständnis und die Diagnose des im mikroskopischen Bilde Gesehenen. Endlich findet sich eine kurze Uebersicht über die Tuberculindiagnostik nach den neuesten Anschauungen. Das Buch ist als Leitfaden für Studierende und Aerzte, jedem, der klinisch im Labarotorium zu arbeiten wünscht, sehr anzuraten.

Lingen.

H. Fischer. Myeloische Metaplasie und fötale Blutbildung. Berlin. Springer. 1909. 140 Seiten.

Eine eingehende pathologisch-anatomische Studie über das genannte Thema. Als Grundlage dienten 1 Fall perniciöser Anämia, 2 Fälle von Myeloblasten-Leukämie und je einer von Anämia pseudoleucaemica infantum, chronischer myeloischer und chronischer lymphatischer Leukämie. Ferner wurden die Organe eines 16 cm. langen, menschlichen Fötus untersucht. Ausführliche Schilderung verschiedener Theorien der myeloischen Metaplasie. Verf. ist der Ansicht, dass die myeloischen Formationen von Bindegewebszellen abstammen, lässt jedoch die Möglichkeit einer Genese aus Blutgefässendothelien zu. Die Arbeit verlangt sorgfältiges Studium und bietet in verschiedenen Detailfragen durch neue Hypothesen mancherlei Anregung.

O. Moritz.

Prof, W. von Bechterew und Prof. K. Weinberg. Das Gehirn des Chemikers D. I. Mendelejew. Mit einem Bildnis Mendelejews und acht Tafeln. Anatomische und entwickelungsgeschichtliche Monographien, herausgegeben von Prof. Wilhelm Roux. Leipzig. Verlag von Wilhelm Engelmann 1909. Preis geheftet Mk. 7.

Die beiden Verfasser geben in diesem Werke eine genaue allgemeine Beschreibung und Messung des Gehirns von D. I. Mendelejew, sowie einen genauen, morphologischen Tatbestand der Gehirnoberfläche; sie gelangen zum Resultat, «dass das behandelte Gehirn in morphologischer Beziehung kaum eine blosse Wiederholung des gewöhnlichen, durchschnittlichen Aufbaues der Furchen und Windungen in sich verkörpert», wobei die charakteristischen Merkmale des Gehirns von D. Mendelejew sich vor allem am Stirn- und Scheitelhirn und zwar vorzugsweise der linken Hemisphäre concentrieren.

Die Schlussfolgerungen, welche die Verfasser am Schlusse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Werkes aussprechen, können jedoch kaum mehr denn als Mutmassungen angesehen werden, da ja die bisher erhaltenen Ergebnisse der Studien an Elitegehirnen wohl kaum die Möglichkeit an die Hand geben, feststehende, unzweifelhafte Schlussfolgerungen aus ihnen zu ziehen.

Die Ausstattung des Werkes ist eine ausgezeichnete und zeugt von dem Bestreben sowohl des Herausgebers als auch des Verlegers der «Anatomischen und entwickelungsgeschichtlichen Monographien», die in dieser Gestalt erscheinenden wertvollen, wissenschaftlichen Arbeiten auch der äusseren Form nach glänzend zu gestalten, ein Bestreben, dem volle Anerkennung gebührt und das in dem I Heft vollkommen durchgeführt ist.

V. Schmidt.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 27. October 1909.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Stühlern hält seinen Vortrag: Die Cholera indica in St. Petersburg 1908/09. (Erschienen in der Medic. Klinik 1909).

2. Hesse: Beobachtungen über die Cholera asiatica in den Jahren 1908—1909 nach den Daten des städtischen Obuchowhospitals für Männer. (Erschienen in der Berliner Klinischen Wochenschr. 1909. Nr. 44).

Albanus: In der seit dem Mai bis jetzt anhaltenden Epidemie ist der Procentsatz der Todesfälle ein auffallend geringer mit 28 pCt. gegen 46 pCt. in der Epidemie des vorigen Herbstes. Während der letzten Epidemie ist er selbst nicht mehr in den Cholerabaracken tätig, er sieht aber doch die Kranken und das Verfahren im Hospital aus nächster Nähe. Neuerdings werden die Stühle von sämtlichen Pat. mit Durchfällen auf Vibrionen untersucht, und da laufen neben oft zufälligen Befunden, solche mitunter, wo Bacillenträger mit irgend einer anderen Krankheit eingeliefert werden, im Hospital Durchfälle bekommen, positiven Befund zeigen, darauf aber wieder in kürzester Zeit von den Durchfällen genesen. Solche Erscheinungen hat er an einem Pat. mit tub. Peritonitis gesehen, in einem anderen analogen Falle ging der Pat. nach 12 Stunden an Perforationsperitonitis ein. Dieses ist in epidemiologischer Beziehung sehr wichtig. Was nun die Schutzimpfungen anbetrifft, so sind solche im Obuchow-Frauenhospital überhaupt nicht gemacht. Er ist übrigens auch a priori dagegen, da ja auch das Ueberstehen der Cholera durchaus nicht vor einer Wiedererkrankung schützt. Wiedererkranken an Cholera ist an derselben Person in einem Falle im Obuchowhospital während der Epidemien 1908—1909 mit Sicherheit beobachtet worden. Anders verhält es sich mit den antitoxischen Seris, deren Bedeutung in Zukunft sichergestellt werden muss. Der sehr hohe Procentsatz der Todesfälle der mit Serum behandelten ist darauf zurückzuführen, dass der Behandlung meist die schwersten Fälle unterworfen wurden.

Andersen: Vom Vortragenden ist die Behauptung wiederholt ausgesprochen, dass die Erkrankungen durch das Newawasser vermittelt werden, sind dafür aber auch Beweise angeführt?

Stühlern: Es sind Fälle an Angereisten aus der Provinz zur Beobachtung gelangt, wo die letzteren nur Brot (aus der Provinz mitgebrachtes Brot!) gegessen, dazu einmal rohes Newawasser getrunken hatten, worauf sie erkrankten. Ausserdem kann auch das Auftreten einiger Herderkrankungen auf einmaligen Gebrauch des ungekochten Wassers zurückgeführt werden.

Hesse: Ausserdem ist das Newawasser doch täglich untersucht worden und fast immer mit positivem Erfolg.

Andersen: Dennoch sind stricte Beweise nirgends erbracht. Die Infection kann gewiss auch durch Geld, Brot u. s. w. vermittelt werden. Emmerich citierte in seinem Vortrag in St. Petersburg den Fall von Hamburg und Altona, wo die geringere Intensität der letzten Epidemie in Altona auf das filtrierte Wasser seiner Wasserversorgung zurückgeführt wird, während die grössere Intensität der Epidemie in Hamburg auf dessen unfiltriertes Wasser geschoben wird. Aber auch in den früheren Epidemien, zu einer Zeit, wo beide Städte noch unfiltriertes Wasser tranken, liess sich dieselbe Erscheinung wahrnehmen.

Stühlern: Altona hat sehr gesundes Wasser. Hamburg unfiltriertes Wasser, das durch Zurücktreiben des abfliessenden Gewässers durch die Flut noch mehr verunreinigt wird. In Hamburg aber sind in einer Kaserne, die durch artesisches Wasser versorgt wird, überhaupt keine Erkrankungen beobachtet worden.

Andersen fragt noch einmal, wie denn der Umstand zu erklären sei, dass auch früher die Epidemien sich in beiden Städten in ähnlicher Weise verhalten haben?

Ucke: Aus den vorliegenden Arbeiten über die Epidemien geht die Rolle des Wassers mit Sicherheit hervor. Speciell beweisend für die Verhältnisse in Hamburg und Altona ist der Umstand, dass die Grenze durch eine Strasse verläuft, auf deren einer Seite die Häuser zu Altona gehören und filtriertes Wasser haben, während die Häuser auf der anderen Seite, zu Hamburg gehörend, unfiltriertes Wasser haben. In letzteren ist nun die Zahl der Erkrankten viel grösser; die gleiche Erscheinung betrifft auch einige Häuser auf der Altonaer Seite, die ausnahmsweise aus der Hamburger Wasserleitung gespeist werden. Die Erfahrungen aus den früheren Epidemien sind wenig massgebend, weil zu wenig Beobachtungen vorliegen. Was die Serumbehandlung anbetrifft, so hat er den Eindruck gewonnen, dass ihr Einfluss auf den Verlauf der Krankheit fraglich ist. Es ist von Stühlern sehr vorsichtig, nur vom Eindruck und nicht von Zahlen zu sprechen, da letztere doch sehr von der Schwere der Fälle abhängig sind, und man ja nie mit Sicherheit wisse, wie die Fälle verlaufen würden. Ucke fragt, ob es berechtigt sei, Kranke aus guten privaten Verhältnissen zwangsweise ins Hospital zu schaffen. Im Privathause könne doch auch alles für die Pflege und Behandlung beschafft werden und oft in besserem Masse als im Hospital, dessen Vorzug jedenfalls durchaus nicht erwiesen sei, und durch den Transport könne den Kranken oft Schaden zugefügt werden. Desgleichen seien die Petersburger Hospitalsverhältnisse für intelligente Pat. sehr schwer.

Ferner wendet sich Ucke gegen die Zweckmässigkeit der sehr teuren Anlagen der Sterilisation der Hospitalsabwässer, die bei der colossalen Verunreinigung der Stadt und der weiten Verbreitung der Vibrionen nutzlos erscheinen, während doch die Fäulnisvorgänge in den Abflussröhren anscheinend den Vibrionen und pathogenen Mikroben äusserst verderblich werden. Die Angst im Publicum ist unverhältnismässig gross und übertrieben. Die Infectionsgefahr durch trockene Gegenstände ist sehr fraglich, man soll sich hüten vor Wasser und den Abwässern. Auch bei der Desinfection der Räume, wo Cholerakranke verweilt haben, wird durch Uebertreibung gesündigt. Eine Formalindesinfection ist durchaus nutzlos, dafür sollten die durch die Dejectionen verunreinigten Stellen auf das gründlichste desinficiert werden.

Schmidt fragt, ob nicht versucht worden sei, den Kranken Adrenalin zu injicieren, von dessen blutdrucksteigernder Wirkung man sich theoretisch gute Erfolge versprechen könne. Pospischill hat bei Scharlach und andere Autoren auch bei Diphtherie mit Adrenalin gute Resultate erzielt, bei Injectionen desselben unter gleichzeitiger Kochsalzinfusion. Vielleicht dürften auch bei Cholera gute Erfolge erzielt werden.

Fick: Die Mortalität in den verschiedenen Hospitälern weist verschiedene Zahlen auf. Er fragt, ob diese besseren Resultate vielleicht nicht sowohl auf die Serumtherapie bezogen werden müssten als vielmehr vielleicht auf die Kochsalzinfusionen, die nirgends in so ausgiebiger Weise geübt zu werden scheinen, wie gerade im Obuchowhospital. Im Barackenhospital sind die Erfolge weniger gute.

Hartoch wendet sich gegen die Argumentation von Albanus gegen die Schutzimpfungen auf Grund der Möglichkeit einer Wiedererkrankung. Die Zahlen Sabolotnyis, die an der Liebermannschen Fabrik gewonnen wurden, sprechen doch direct für eine Präventivimpfung, hier ist das Material gerade aus einem Milieu genommen, in dem sonst viele Erkrankungen vorzukommen pflegen. Dagegen hat die Serumtherapie wenig Aussicht auf eine Zukunft, da die Sera gegen das Endotoxin überhaupt zweifelhafter Natur seien, das Krausssche wird noch dazu mit Hilfe anderer Arten von Vibrionen gewonnen. Ausserdem sind so grosse Mengen von Serum erforderlich, dass schon an diesem Umstand die Therapie scheitern muss.

Albanus möchte sich doch für das Serum aussprechen. Sabolotnyis Zahlen sind nicht sehr beweiskräftig. Ucke verhält sich zu unrecht ablehnend gegen die Hospitalsbehandlung, zu Hause könne nie ein gleicher Aufwand an Personal beschafft werden. Versuche mit Adrenalin sind gemacht worden, jedoch ohne Erfolg.

Stühlern. Der Beweggrund für die Ueberführung der Kranken ist hauptsächlich der, der Gefahr der Verbreitung der Ansteckung vorzubeugen. Was das Kochen der Abwässer anbetrifft, so ist es doch erste Regel, dass die Flüsse und Canäle rein erhalten werden müssen. Die Serumtherapie ist noch eine neue Frage, und vorläufig ist daher auch kein abschliessendes Urteil zu fällen. Vielleicht wird uns die Zukunft hochwertiges Serum bringen. Man ist schon an manchen Orten an der Arbeit, ein solches zu schaffen. Vor der Hand ist die praktische Bedeutung des Serums sehr gering.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Andersen weist darauf hin, dass auch Stühlern keinen einwandfreien Fall von Contactinfection beobachtet hätte, obgleich z. B. die Wärterinnen der Cholerabaracken der Infection sehr ausgesetzt seien, und meint, es scheine, als ob die Vibrionen nach der Passage des menschlichen Organismus viel von der ursprünglichen Virulenz einbüssen und in uns vorläufig noch unbekannte Lebensbedingungen versetzt werden müssen, um ihre Virulenz wiederzuerlangen. Ebenso dürften auch die Vibrionen des Newawassers nicht mehr über ihre volle Virulenz verfügen. Wenn das Newawasser die primäre Ursache für die Infection wäre, so müsste man täglich nicht 30 sondern viel mehr Erkrankungen erwarten. Die Rolle einer secundären Ursache ist dem Newawasser nicht abzusprechen. Die Art der Verbreitung ist eben zur Zeit nicht sicher zu erkennen.

Ucke hat Stühlerns Antwort erwartet, da aber die ganze Stadt so wie so durch das von der Stadtverwaltung gelieferte Leitungswasser verseucht sei, so komme es auf das «etwas mehr» nicht an. Andersen entgegnet er, dass wenn erst einmal die Stadt mit reinem Wasser versorgt sein werde, der Beweis für die Rolle des Wassers erbracht werden würde. Das die Contactinfection des Hospitalpersonals nicht vorkomme, ist ja klar, da dasselbe eben sich einer peinlichen Sauberkeit befleissige.

Hesse bezweifelt den wissenschaftlichen Wert der Isolationshäuser und das Recht, die Angehörigen der Erkrankten gegen den Willen daselbst zu internieren. Die Kranken aus den armen Klassen müssen ins Hospital geschafft werden, anders liegt die Frage wohl für die höheren Kreise. Es ist ein Fehler, dass für letztere nur ein einziges comfortables Hospital—die Klinik von Tschistowitsch—bereit stehe, da die übrigen Hospitäler die Aufnahme Cholerakranker verweigern.

Schmitz macht darauf aufmerksam, dass die von Stühlern mitgeteilten Zahlen über Morbidität und Mortalität an der Cholera für ganz St. Petersburg wohl den in den politischen Tagesblättern wiedergegebenen entsprechen, nicht aber den vom städtischen statistischen Bureau in einer ganz speciell der Cholera gewidmeten Beilage zum Jeshenedelnik allwöchentlich veröffentlichten. So sind die Zahlen beispielsweise am 10. October dieses Jahres: vom Beginn der Epidemie an nach dem Tagesbericht erkrankt 16360, gestorben 6343, — dagegen nach dem Wochenbericht 15866, resp. 6955. Es sind mithin de facto gegen 500 weniger erkrankt als in den Tagesberichten angegeben, d. h. circa 3 pCt. — dagegen 612 mehr gestorben, d. h. um fast 10 pCt. Dem entsprechend berechnet sich die Mortalität nach dem Tagesbulletins auf 38,7 pCt., nach dem Wochenbericht aber auf 43,8 pCt., was doch einen ganz bedeutenden Unterschied macht. Da nun sowohl die einen, als die anderen Angaben sicher derselben Quelle entstammen, d. h. dem städtischen Sanitäts- oder epidimiologischen Bureau, so lässt obige Differenz nur dadurch sich erklären, dass einerseits so mancher als cholerakranker bereits registrierte Fall sich nachträglich nicht als solcher herausgestellt hat, und dass andererseits eine nicht unerhebliche Zahl von Todesfällen durch verspätete Anzeige nicht in das Tagesbulletin, sondern erst in das später herausgegebene und besser gesichtete Wochenbulletin hineingekommen ist. Schmitz hält daher diese letzteren Daten für die zuverlässigeren.

(Autoreferat).

Stühlern: Die angeführten Daten stammen natürlich nicht aus den Tageszeitungen sondern sind den officiellen Angaben des Sanitätsbureaus entnommen, wie sie täglich den Hospitälern zugehen. Das Comitee bei der Sanitätsbehörde hat jüngst in einer Sitzung festgestellt, dass die Angehörigen der Erkrankten nicht gezwungen werden können, in die Isolationshäuser überzusiedeln, denen überhaupt keine wissenschaftliche Bedeutung zukommt.

Blessig citiert als Illustration zu den Ausführungen Schmitz' einen Fall aus dem Augenhospital, wo ein an Durchfall erkrankter Dienstbote ins Hospital geschafft wurde. Trotzdem es sich nicht um Cholera handelte, wurde Pat. ins Barackenhospital befördert, und im Augenhospital wurde eine Desinfection vorgenommen; in der Zeitung erschien der Fall am nächsten Tage in der Zahl der Cholerafälle. Daraus erhellt, wie vorsichtig man sich zu den Angaben in den Tageszeitungen verhalten müsse, da solche Fälle ja wohl nicht vereinzelt vorkommen dürften.

Stühlern: Jeder Fall wird registriert und telephonisch bei der Sanitätsbehörde gemeldet und als choleraverdächtig behandelt und erst nach positivem bacteriologischen Befund als Cholera rubriciert.

Schmitz: Ein und derselbe Fall wird doch aber von Hause und kurze Zeit darauf vom Hospital aus gemeldet.

Küttner: Ist es überhaupt möglich, Pat. zu Hause zu behalten?

Blessig fragt, wie die Behauptung des Vortragenden aufzufassen sei, dass die Wasserverhältnisse jetzt schlechter geworden seien?

Stühlern: Die Filter sind überlastet. — Die Erkrankten können auf Ersuchen der Angehörigen und des behandelnden Arztes zu Hause behalten werden, doch ist dazu die Genehmigung des Polizeiarztes und des Sanitätsarztes erforderlich.

Sitzung vom 10. November 1909.

Vorsitzender: Fick. Secretär Fuhrmann.

I. Oeser demonstriert einen Patienten dem er ein Fibrom des Nasenrachenraums entfernt hat.

Lunin: In dem vorliegenden Fall wird wohl die temporäre Resection am geeignetsten gewesen sein, wenn aber der Tumor mehr frei herunterhängt, so liegt noch eine andere Operationsmöglichkeit vor, die den Vorteil hat, viel weniger blutig zu sein, und zwar von aussen durch die fossa retromaxillaris, längs dem Rande des Unterkiefers. Solch einen Fall hat Lunin mit Heucking operiert.

Oeser: Die temporäre Resection ist allerdings mit einer sehr beträchtlichen Blutung verbunden, auch in dem von ihm demonstrierten Fall war es zu einem bedrohlichen Blutverlust gekommen, so dass eine ausgiebige Kochsalzinfusion erforderlich erschien.

Lange hat vor $1^1/_2$ Jahren ein Fibrom des Nasenrachenraums operiert, und zwar, wie auch schon mehrfach früher, nach Gussenbauer mit temporärer Resection des harten Gaumens. Der Erfolg war gut. Die Operation ist nur so lange blutig, als der Tumor noch nicht von der Basis cranii abgelöst ist. Sobald der Tumor entfernt ist, steht die Blutung.

II. Fuhrmann spricht «über die Physiologie und Pathologie der Epithelkörper». (In Nr. 48 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Lange hat vor Jahresfrist ein Basedowstruma entfernt und fand zufällig bei dem Mikroskopieren der entnommenen Teile in einem Schnitt ein inneres Epithelkörperchen. Er hebt die Seltenheit des Befundes hervor und demonstriert das Präparat.

Kube fragt nach der von Fuhrmann beobachteten Grösse der Epithelkörperchen. Darauf citiert er die jüngst erschienene Arbeit von Melnikow und fragt Vortragenden, ob ihm etwas über die Wirkung des essigsauren Ca auf die Tetanie bekannt sei.

Dörbeck erwähnt auch den Aufsatz von Melnikow und ferner den von Djedow. Letzterer hebt hervor, dass er auf Grund einer Operation am Menschen annehmen müsse, dass die Tetanie auf den Ausfall der Function der Thyreoidea und nicht der Epithelkörper zurückzuführen sei.

Nissen: Melnikow schlägt vor, bei der Thyreoidectomie die Epithelkörperchen zu schonen, und empfiehlt, zu diesem Zweck die Aeste der art. thyreoid. inf. sorgfältig zu präparieren und möglichst bei ihrem Eintritt in das Gewebe der Schilddrüse zu unterbinden.

Ucke fragt, ob Vortragendem etwas über die Beziehungen der Epithelkörperchen zum chromaffinen System bekannt sei, und ob in ihnen selbst chromaffine Elemente gefunden wurden.

Fuhrmann: die durchschnittliche Grösse der Epithelkörper scheint etwa 5—7 mm. im grössten Durchschnitt zu betragen. Die Arbeit von Melnikow ist ihm zur genüge bekannt. Die Ca-Therapie im Experiment zeichnet sich durch ungeheure Menge des Salzes aus, so dass eine Anwendung derselben beim tetaniekranken Menschen auf Grund dieser Erfahrungen vorläufig ziemlich ausgeschlossen erscheint. Auch handelt es sich dabei wahrscheinlich nur um eine zeitweilige Herabsetzung der Erregbarkeit der peripheren Nerven. Arbeiten wie die von Djedow tauchen dazwischen wieder auf, haben aber nach den schönen, ausserordentlich exacten Untersuchungen von Hagenbach, Erdheim und Pineles keine Bedeutung. Das von Lange demonstrierte Präparat ist sehr interessant. Es dürfte der 5. Fall überhaupt sein, dass beim Menschen ein inneres Epithelkörperchen gefunden wird. Wie häufig aber solche in Wirklichkeit vorhanden sind, muss dahingestellt bleiben, da aus verständlichen Gründen das Auffinden der inneren Epithelkörperchen stets nur durch Zufall möglich ist. Wie man am Lebenden, während einer Operation die winzigen Epithelkörperchen auffinden soll, ist Vortragendem unerklärlich. Ueber die Beziehungen zum chromaffinen System ist ihm nichts bekannt.

III. Lange: Ueber narbige Kehlkopfstenosen und ihre chirurgische Behandlung durch circuläre Resection. (Erscheint im Druck).

Wanach bestätigt, dass diese Kranken ein Kreuz für die Hospitäler seien, doch wundert es ihn, dass Lange das Material als gering bezeichnet. Im Peter-Paulhospital kämen jährlich 2—3 Typhusstenosen des Kehlkopfs vor. Es ist ihm

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bisher kein Mal gelungen, die Pat. ohne Canüle zu entlassen. Handelt es sich um ringförmige Stricturen, so ist die circuläre Resection natürlich von gutem Erfolg begleitet. Es kommen aber auch diffuse und Längsstenosen vor, wo die Operationsverhältnisse viel ungünstiger liegen.

Blacher freut sich, zu hören, dass man derartige Operationen auch hier vornimmt, er hat noch in diesem Jahre einen Fall zur Operation nach Berlin zu Gluck gebracht. Es handelte sich um ein Mädchen, das nach überstandener Diphtherie 7 Jahre hindurch an einer Stenose litt; der II, III und IV Trachealring erwiesen sich als atrophiert und durch nachgiebiges Bindegewebe ersetzt, das durch die Inspirationen ventilartig eingezogen wurde, wodurch die Trachea verlegt war. Gluck machte eine plastische Operation, implantierte eine Knorpelplatte, wodurch eine vollständige Heilung erzielt wurde.

Lunin ist mehrfach in der Lage gewesen, Kehlkopfstenosen zu erweitern. Bei den Stenosen nach Typhus wird durch Erweiterung nicht viel erreicht. Die Schrötterschen Zinnbolzen sind doch unpraktisch, viel mehr zu empfehlen sind die aus Hartkautschuck hergestellten O'Dwyerschen.

Lange: Das Material ist doch nicht so zahlreich, wie Wanach annimmt, erstens waren nur die Typhusstricturen gemeint, von welchen allerdings im Jahre 2—3 beobachtet wurden. Von diesen aber geht etwa die Hälfte ein, und von den Ueberlebenden sind nicht alle mit der Operation einverstanden. Er hat auch nicht behauptet, dass die Stricturen immer ringförmig seien, aber die ringförmigen lassen sich durch circuläre Resection beseitigen. In dem Falle von Blacher scheint es sich nicht um eine Kehlkopf—sondern um eine Trachealstenose gehandelt zu haben. Die O'Dwyerschen Tuben sind ihm weniger praktisch erschienen, doch mag dieses an mangelhafter Technik liegen.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1499. Sitzung 4. November 1909.

Anwesend 59 Mitglieder und als Gäste die DDr. Fowelin, Lempert, Keuchel, Lüüs, Swenson, Stieda.

P. 1. Dr. G. Poorten: Ueber abdominale Myomenucleation. Die Resultate der abdominalen Myomenucleation waren in früheren Zeiten sehr ungünstig, und man entschloss sich daher eher zu einer radicalen Operation, zur Entfernung von Tumor und Uterus. Seitdem durch die Asepsis die Gefahren der Laparotomie vermindert sind, hat das Bemühen, den Tumor zu entfernen und das Gebärorgan zu erhalten, wieder mehr Aussicht auf Erfolg. Es empfiehlt sich besonders dort, wo jungen Frauen durch diese Operation die Möglichkeit zu concipieren geboten werden soll.

Die bisher geübte Methode, den Tumor nach geschehener Laparotomie durch einen Schnitt über seine Prominenz mit den Fingern oder Instrumenten in toto herauszuschälen, hält Redner für ungeeignet, weil dabei im Dunkeln gearbeitet wird. Die Uterusschleimhaut erhält dabei leicht Risse, und die Communication mit dem Uteruscavum kann der Wundfläche gefährlich werden, zumal bei dieser Methode leicht ein unsauberes, zerrissenes Wundbett geschaffen wird.

Redner verfährt so, dass er den Tumor durch einen Schnitt in 2 Hälften teilt, die sich nach Ansetzen der Zange dann leicht ausschälen lassen. Dabei liegt das Wundbett während der Operation immer vor Augen und kann besser geschont werden. Stärkere Blutungen finden nicht statt, weil spritzende Gefässe gleich gefasst werden können. Einrisse ins cavum uteri können leichter vermieden werden. Redner empfiehlt diese Methode, die er bisher in der Literatur nicht beschrieben gefunden hat.

Dr. von Knorre: Meist treten die Uterusmyome multipel auf. Auch wenn bei der Operation nur ein Knollen vorlag, so bilden sich später wieder neue. Dennoch ist die schonende Enucleation zu empfehlen bei jungen Frauen, wenn der Wunsch nach Mutterschaft besteht. Die Eröffnung des Uteruscavums sei nicht mehr zu fürchten, wenn keine Sonde vorher benutzt wurde. Die alte Methode von Martin operiert nicht im Dunkeln, jedes Gefäss kann gefasst werden.

Dr. von Bergmann: Hat nicht Péan die Methode der Zerteilung von Geschwülsten vor ihrer Entfernung auch an anderen Organen angegeben?

Dr. von Knorre: Jeder hat sie vielleicht geübt, wenn die Verhältnisse sie verlangten.

Dr. Lieven bestreitet ebenfalls, dass die Martinsche Methode im Dunkeln arbeite.

Dr. G. Poorten (Schlusswort) hebt den Wert der Methode, die Operation möglichst schonend zu gestalten, hervor. Eine Reihe von operierten Frauen concipieren. Er operierte eine Frau, die schon mehrfach geboren hatte, darauf Jahre lang nicht concipierte. Nach der Operation kam sie prompt in Umstände.

P. 2. Dr. von Knorre demonstriert einen Blasenstein, den er vor 8 Tagen bei einer 63-jährigen Frau entfernt hatte.

Als Gynäkolog kommt man im ganzen selten dazu, Blasensteine zu beobachten resp. zu operieren, weil die Frauen durch die weite, dehnbare und kurze Urethra viel leichter kleine in die Blase gelangte oder dort entstandene Concremente per vias naturales entleeren als die Männer. Diese leichtere Entleerungsmöglichkeit — nicht eine geringere Disposition zur Steinbildung — erklärt dann die Beobachtung von Ultzmann, dass auf 200 blasensteinkranke Männer nur eine blasensteinkranke Frau kommt.

Es handelt sich in diesem Fall um einen Blasenstein im engeren Sinne, nicht um eine Steinbildung, um einen von aussen in die Blase gelangten Fremdkörper. Die beträchtliche Grösse des Steines — sein Längedurchmesser betrug $6\frac{1}{2}$—7 cm., sein Breitedurchmesser $5\frac{1}{2}$—6, sein Höhendurchmesser $4\frac{1}{2}$—5 cm. — ist wohl dadurch zustande gekommen, dass die Kranke zugleich an einem totalen Prolaps der Genitalien mit hochgradiger Cystocelenbildung leidet; in dieser Cystocele dürfte sich der anfangs kleine Stein verfangen haben und dann schnell infolge des hier stagnierenden Urins gewachsen sein.

Die Entfernung des Steines wurde durch Colpocystotomie vorgenommen, wobei die zu durchschneidende Vesico-vaginalwand fast daumendick war. — Leider liess sich trotz der grossen, 2—3 Querfinger breiten Oeffnung der Stein nicht unzerkleinert extrahieren. — An den Stücken sind die einzelnen Schichten, welche sich um den ursprünglichen Stein angesetzt hatten, äusserst schön ausgebildet.

(Autoreferat).

Dr. v. Knorre demonstriert ferner einen Acardiacus. Den Geburtshelfer interessiert diese Missbildung durch ihre Entstehung und die eigentümlichen Endbilder, und es muss daher zunächst die Placenta und das Verhältnis der Eihäute betrachtet werden. Von der vorgelegten Placenta sieht man einen Nabelstrang ausgehen, der zu einem normal entwickelten Kinde (Mädchen von 2720 gr.) führte, zugleich sieht man an einem zweiten Nabelstrang die Missbildung hängen, welche nur einen verkrüppelten Arm, die untere Hälfte des Thorax, Becken und einen Oberschenkel aufweist (an dessen Spitze das Femurende etwas vorragt), und die wir als Acardiacus (Acardius) acephalus bezeichnen. — Wenden wir uns den Eihäuten zu, so finden wir eine Decidua, ein Chorion, zwei Amnionhäute, von denen das der Missbildung angehörende Amnion eine ganze Reihe von Strängen aufweist, welche den Acardiacus umschnürten und zur Amputation des vorhandenen Oberschenkels und vollständiger Abschnürung der anderen unteren Extremität geführt hatten. — Durch Injection der Nabelvene der zum normal entwickelten Kinde führenden Nabelschnur lässt sich eine directe Fortsetzung dieses Gefässes im Nabelstrange der Missbildung nachweisen, durch welche in Verbindung mit einer Arterie der wohlausgebildete Zwilling die Ernährung des anderen ganz zum Parasiten gewordenen Zwillings besorgte.

An Zeichnungen wird die Entwickelung der beiden Allantoiden zu einander demonstriert und erläutert und der schliesslich zwischen beiden Foeten entwickelte Kreislauf gezeigt. Die Section des Acardiacus ergab, dass in diesem Falle nur der Darm, die Nieren und teilweise die inneren Genitalien zur Ausbildung gekommen waren.

P. 3. Dr. Sarfels spricht über congenitale Hüftgelenkluxation mit Vorstellung von Patienten. Dr. von Sengbusch demonstriert zu dem Vortrag Röntgenbilder am Skioptikon.

Die Ursache der Deformität ist entweder ein primärer Keimfehler oder ungünstige mechanische Bedingungen im Uterus. Für den Keimfehler spricht die Erblichkeit (in 20—30% der Fälle), das Zusammentreffen mit anderen Missbildungen, für mehr äussere Ursachen die anatomische Wiederherstellung nach Reposition. Die Folgen der Verlagerung des Schenkelkopfes aufs Darmbein sind: 1) Verkürzung der Extremität; sie beeinträchtigt die Function nur wenig, 2) Zerrung der Weichteile, verursacht Schmerzen, zuweilen bis zu Verlust der Gehfähigkeit. 3) Störung der Muskelfunction, da das Femur durch Freiwerden seines Stützpunktes den Hebelcharakter verliert und statt der Drehbewegungen um seinen Kopf als Centrum einfache Verziehungen in der Richtung der jeweilig tätigen Muskelbündel erleidet. Hauptsächlich leidet die Glutänsgruppe, die auch die Richtung ihres Faserverlaufs stark ändern muss. Daher vornehmlich Störung der Abduction, darnach die Streckung. Durch diese Functionsstörung erklärt sich das Trendelenburgsche Phänomen, der watschelnde Gang, die schnelle Ermüdung beim Gehen, die Contracturen. Eine gewisse Correctur kann zustandekommen: 1) durch Bildung einer neuen Pfanne oberhalb der alten, mit fast normaler Function; lässt sich auch auf operativem Wege nach-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ahmen; 2) durch Hypertrophie der stützenden Bänder und der Muskulatur; als palliative Therapie werden Apparate zum Festhalten des Schenkelkopfes, Massage und Uebungen zur Kräftigung der Muskulatur angewandt; 3) durch Stehenbleiben des Schenkelkopfes in der Nähe der Spina il. a. s. (vorderer Typus der Luxation). Er wird hier durch starke Weichteile gut festgehalten, die Function ist bedeutend besser als beim hintern Typus. Bei irreponiblen Luxationen künstlich erreichbar durch die sog. Transposition — ein Einrenkungsmanöver, wobei der Kopf an der Pfanne — s. v. v. — vorbeigerenkt wird. Die radicale Therapie besteht in der Einrenkung, zuerst von Hoffa auf blutigem Wege geübt, seit 1895 von Lorenz auf unblutigem Wege. Die Lorenzsche Methode ist z. Z. die herrschende. Die Einrenkung wird in Narkose vorgenommen und dazu die Kraft der verkürzten Adductoren benutzt. Diese ziehen den Schenkelkopf bei gestrecktem Schenkel nach oben, bei gebeugtem nach unten, bei abduciertem nach vorn. Da der Kopf nach vorn — unten treten soll, so wird zuerst flectiert, darauf abduciert, wonach die Einrenkung erfolgt. Darnach Gypsverband in der stark abducierten Stellung, welche allein die Retention garantiert. — Gypsbehandlung ca. 6—9 Monate lang, wobei die Abduction allmählich verringert werden kann. Nach Abnahme des Gypsverbandes Massage und Uebungen, letztere mit Vorsicht wegen der Reluxationsgefahr. Hindernisse für die Reposition bieten: 1) die Verkürzung der Adductoren, lässt sich durch Dehnen, Kneten, nötigenfalls Zerreissung beseitigen; 2) Sanduhrform der Gelenkkapsel, kann durch bohrende Bewegungen überwunden werden; falls nicht, so ist die blutige Einrenkung indiciert, welche nach Durchschneidung des verengten Kapselisthmus den Grundsätzen der unblutigen Methode folgt; 3) hochgradige Veränderungen der knöchernen Teile, wie sie in späterem Alter die Regel ist. Die Altersgrenze für die Lorenzsche Methode ist für einseitige Luxationen ca. 10 Jahre, für doppelseitige ca. 7 Jahre.

Eine Reluxation wird begünstigt (abgesehen von Fehlern in der Behandlung) namentlich durch stärkere Anteversion des Schenkelhalses, welche in mässigem Grade bei den meisten Luxationen vorhanden ist. Daher wird empfohlen, das Bein während der Fixationsperiode in Innenrotation überzuführen.— Die Gefahren der Reposition bilden Fracturen und Lähmungen. Sie lassen sich vermeiden, wenn man von forcierten Manövern absieht, haben übrigens, soweit sie vorgekommen sind, meist keine dauernden Störungen verursacht. Anatomische Heilung kann bei guter Technik in 70—80 pCt. der Fälle erzielt werden, bei Reluxation entsteht gewöhnlich der vordere Typus mit guter Function.

Von den vorgestellten Patienten tragen 3 einen Gypsverband (eine zeigt auf der nicht eingerenkten Seite spontane Pfannenneubildung), 1 ist vor 1 Jahr aus der Behandlung entlassen, anatomisch geheilt, geht aus Gewohnheit noch leicht schwankend, zuweilen aber auch völlig normal, 1 Pat. (doppelseitige Luxation) wird seit Mai ca. durch Massage und Uebungen nachbehandelt, anatomische Heilung, die Beine sind noch etwas gespreizt, der Gang recht gut.

(Autoreferat).

Dr. C. Brutzer,
d. z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 13. December fand am weiblichen Medicinischen Institut die feierliche Einweihung der Isolierbaracke zum Andenken an den verstorbenen Professor der Kinderheilkunde Dr. N. Bystrow statt.

— Hochschulnachrichten:

Erlangen. Der o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Director der Frauenklinik, Dr. Ph. Jung hat einen Ruf nach Göttingen als Nachfolger von Prof. M. Runge erhalten.

Kiel. Der bisherige o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. K. Franz in Jena wurde zum o. Professor und Director der Frauenklinik als Nachfolger von Professor Pfannenstiel ernannt.

Budapest. Der Privatdocent für experimentelle Medicin B. v. Fenyvessy wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. Der o. Professor der Physiologie an der Universität zu Klausenburg Dr. L. Udransky wurde als Nachfolger von Prof. F. Klug nach Budapest berufen.

Prag. Der Privatdocent für Pharmakologie Dr. W. Wiechowski wurde zum a. a. Professor an der deutschen Universität ernannt.

Wien. Der a. o. Professor der inneren Medicin Dr. F. Chvostek wurde zum ord. Professor ernannt und die Privatdocenten, S. Ehrmann, G. Joannovics, K. Büdinger und S. Fraenkel — zu a. o. Professoren.

— Der 27. Congress für innere Medicin findet vom 18. bis 21. April 1910 in Wiesbaden statt unter dem Präsidium des Herrn F. Kraus (Berlin). Folgende Gegenstände sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage: Montag, den 18. April 1910: Die specifische Erkennung und Behandlung der Tuberculose. Berichterstatter: Herr Schütz (Berlin) und Herr Penzoldt (Erlangen). Am dritten Sitzungstage: Mittwoch, den 20. April 1910: Die Entstehung und Behandlung der secundären Anämie. Berichterstatter: Herr D. Gerhardt (Basel). Vortragsanmeldungen nimmt der ständige Schriftführer des Congresses, Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden Parkstrasse 13 entgegen, jedoch nur bis zum 3. April 1910. Nach dem 3. April 1910 angemeldete Vorträge können nicht mehr berücksichtigt werden. Die Congressleitung spricht die Bitte aus, die Vorträge frei zu halten und nicht abzulesen. Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zu derselben sind ebenfalls an den ständigen Schriftführer zu richten. Die Sitzungen und alle Veranstaltungen des Congresses finden im neuen Curhause statt.

Die Cholera in Russland (nach den Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest»).	Erkrankt und gestorben: vom 13. Dec. bis 13. Dec.		Seit dem Beginn d. Epidemie.		Beginn der Epidemie.
St. Petersburg mit den Vorstädten	1	(—)	6316	(2406)	16. Mai
Gouv. St. Petersburg .	—	(—)	1349	(751)	27. »
Stadt Moskau . . .	26	(9)	255	(110)	27. Juni
Gouv. Kiew	—	(—)	256	(109)	22. Aug.
» Jekaterinoslaw .	—	(1)	170	(75)	6. Sept.
» Cherson . . .	—	(—)	271	(112)	22. Aug.
» Taurien. . . .	—	(—)	239	(133)	28. »
Gebiet des Donkosakenheeres	—	(—)	33	(17)	15. Nov.
Stadt Baku	—	(—)	175	(91)	16. Sept.
Gouv. »	1	(—)	98	(74)	18. Oct.
» Kaluga	1	(—)	1	(—)	13. Dec.
Im Ganzen	29	(10)	9163	(3878)	

Seit dem Beginn der Epidemie sind in ganz Russland in diesem Jahr 20611 Personen an der Cholera erkrankt und 9362 gestorben.

— Verbreitung der Cholera. Britisch Indien. In Kalkutta wurden vom 7. bis zum 13. November 9 Todesfälle an Cholera constatiert.—Niederländisch Indien. In Batavia wurden vom 11. bis zum 24. October 271 Erkrankungen an der Cholera notiert.

— Die Pest in Russland. Am 13. December erkrankten in den pestinficierten Ortschaften der Kreise Uralsk und Lbischtschensk (Ural-Gebiet) 4 Personen an der Pest und starben 5; am 14. December erkrankten daselbst 3 Personen und starben 2.

— Verbreitung der Pest. Britisch Indien. Vom 7. bis zum 13. November erkrankten in ganz Indien 5002 Personen an der Cholera und starben 3901. — Auf der Insel Mauritius erkrankten vom 8. October bis zum 4. November 86 Personen, starben 55. — Brasilien. In Para erkrankten am 29. und 30. November 8 Personen, starben 5.— In Paraguay wurden 30 Todesfälle an der Pest constatiert.—Ecuador. In Guayaquil erkrankten vom 1. bis zum 15. October 56 Personen an der Pest und starben 16.

— Nekrolog. Gestorben sind: 1) Am 8. December in Moskau der Arzt am Mjasniskaja-Krankenhaus Dr. P. I. Winogradow. 2) In Krasnyi-Jar (Gouv. Astrachan) der Kreisarzt Dr. S. O. Olschewskij infolge von Fischvergiftung. 3) Am 17. December in Reval plötzlich Dr. med. Heinrich Büttner, 43 Jahre alt, approbiert 1891 in Dorpat. 4) Der berühmte Physiologe Dr. L. Malassez, Mitglied der Akademie der Medicin zu Paris. 5) Dr. Lortet, Professor der Naturwissenschaften an der medicinischen Facultät zu Lyon, correspondierendes Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Paris. 6) Dr. O. Kölpin, Privatdocent der Psychiatrie an der Universität zu Bonn. 7) In Genf der bekannte Bakteriologe, Prof. L. Massol im Alter von 71 Jahren.

Aus von der Redaction unabhängigen Gründen konnte diese Nummer erst am 29. December versandt werden.

F. Dörbeck.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Jan. 1910.

Tagesordnung: Dr. Westphalen: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des uncomplicierten Ulcus ventriculi.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Chirurgie.

H. Michailow: «Die modernen Probleme der Krebsforschung». (Russk. chirurg. arch. 1908, Nr. 4).

Der Kampf gegen den Krebs, diese schreckliche Geissel der Menschheit, kann nur dann mit Erfolg geführt werden, wenn wir die Ursache der Entwickelung des Krebses erkannt haben. Bis jetzt waren die Resultate der verschiedensten Behandlungsmethoden, die gegen den Krebs angewandt wurden, höchst mangelhaft und selbst die zuverlässigste Methode, die chirurgische, lässt noch vieles zu wünschen übrig. Die Arbeiten der letzten Zeit haben gezeigt, dass die Theorien, nach welchen der Krebs durch einen Parasiten, sei es eine Bacterie, ein Spazoon oder eine Hefe hervorgerufen wird, vor einer strengen wissenschaftlichen Kritik nicht bestehen konnten.

Da es Tatsache ist, dass der Krebs seinen Anfang immer von einer normalen Epithelzelle nimmt, muss nachgeforscht werden, unter welchen Einflüssen die Epithelzelle ihre physiologische Functionen einbüsst und die Fähigkeit zum schrankenlosen Wachstum bekommt. Jeder Reiz des Gewebes, sei es durch ein Trauma oder durch eine chronische Entzündung hervorgerufen, führt zu einer stärkeren Ernährung der Gewebselemente vor allem der Epithelien, die ja überhaupt leichter zum stärkeren Wachstum geneigt sind; das Bindegewebe dagegen wird durch diesen Reiz eher geschädigt und kann das Wuchern der Epithelien nicht in Schranken halten.

Nach zwanzigjähriger Begeisterung für die Infectionstheorie der malignen Geschwülste muss die Krebsforschung wieder zu den alten Ansichten von Virchow, Thiersch und Waldeyer zurückkehren, die die Ursache der Krebsentwickelung im Abweichen der epithelialen Zellelemente von ihrem normalen Typus sahen. Ein moderner Krebsforscher muss sich als Hauptziel hinstellen die genaue Erforschung der biochemischen Eigenschaften der Krebszelle und der chemischen Processe, die sich in einem Entzündungsherd abspielen und die den Stoffwechsel der Epithelzelle stören und zu ihrer Anaplasie führen können. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass allgemeine Störungen des Organismus, vielleicht Stoffwechselerkrankungen dabei eine prädisponierende Rolle spielen.

A. Morosowa: «Die Rectalnarcose». (Russ. chirurg. archiv. 1908, Nr. 4).

Die durch das Rectum ausgeführte Aethernarcose wurde erst von Pirogow im Jahre 1847 und dann von Mollière im Jahre 1884 empfohlen. Verf. beschreibt die Methode wie sie in der Klinik von Prof. Kadjan angewandt wird: in ein Glasgefäss von 6 Cent. im Diameter werden 400,0 Aether eingegossen; von diesem Gefäss führt ein langes Drainrohr, welches ins Rectum auf eine Tiefe von 40 Cent. hineingeführt wird; durch Hineinstellen des Gefässes in warmes Wasser (50°) wird der Aether zum Verdampfen gebracht. Gewöhnlich wird die Narcose per os eingeleitet, um per rectum weiter geführt zu werden. Der Darm muss vor der Operation tüchtig vorbereitet werden. Seit 1903 wurde diese Narcose in 68 Fällen ausgeführt; von diesen waren 63 Operationen am Gesicht, an der Nasen- und Mundhöhle, und 5 Operationen am Halse (Struma, Laryngskrebs).

In 61 Fällen verlief die Narcose ruhig, in 5 Fällen waren die Kranken unruhig, in 2 Fällen trat die Narcose gar nicht ein. Die Länge der Narcose war von 10 Minuten bis 2 St. 45 Minuten. Die Menge des verbrauchten Aethers schwankte zwischen 3,0 und 105,0. Während der Operation trat 4 Mal leichter Collaps ein. 6 Mal traten nach der Operation Durchfälle ein. In 4 Fällen trat bald nach der Operation der Tod ein; in allen diesen Fällen ist der Tod nicht der Narcose zur Last zu legen, da es sich um schwächliche Individua und complicierte Operationen handelte. Darmstörungen sind natürlich als Contraindication für die Rectalnarcose anzusehen.

M. Dieterichs: «Ueber die Chloraethylnarcose». (Russk. chirurg. archiv. 1908, Nr. 4).

Die Chloraethylnarcose muss, nach der Meinung des Verfassers, den Zwischenraum zwischen der Localanaesthesie und der Chloroformnarcose ausfüllen; besonders zu empfehlen ist sie bei kurz dauernden aber sehr schmerzhaften ambulatorisch auszuführenden Operationen. Diese Narcose ist empfohlen von Richardson im Jahre 1877 und genau ausgearbeitet in der Klinik Hacker. Das Tierexperiment zeigte, dass die Chloraethylnarcose sehr rasch eintritt und verhältnismässig ungefährlich ist.

Für diese Narcose kann eine einfache Maske angewandt werden, nur muss sie mit einem Gummizeug, welches in der Mitte eine Oeffnung hat, überzogen werden, damit das Narcoticum nicht zu leicht verflüchtigt. Die Menge des Narcoticums, das bei einer Operation verbraucht wird, beträgt bei kurz dauernden Operationen 5,0 bei längeren Operationen bis zu 30,0. Die Chloraethylnarcose ist bei Herzfehlern, Lungenleiden und Nephritis nicht contraindiciert; besonders gut wird diese Narcose von Kindern und von durch starke Blutverluste geschwächten Kranken vertragen.

N. Bogoljubow: «Ueber die idiopathische Dilatation des Dickdarms (Hirschsprung'sche Krankheit)». (Russk. chirurg. arch. 1908, Nr. 4).

Es handelt sich hier um eine meistens angeborene starke Dilatation des Dickdarms resp. des S. Romanum, wobei eine Strictur unterhalb der dilatierten Partie nicht aufzuweisen ist. Verf. beschreibt einen Fall aus der Klinik von Prof. Rasumowski, wo der Kranke an hartnäckigen Obstipationen, die bis zu 3 Monaten dauerten, litt und einen Tumor im Leibe aufwies, der aus gestauten Kotmassen bestand. Nachdem durch Clysmata der Darm entleert war, wurde eine Enteroanastomose zwischen den Fusspunkten des S. Romanum angelegt. Die Nähte hielten nicht und der Kranke ging an einer eitrigen Peritonitis zu Grunde. Die Aetiologie dieser Erkrankung ist nach der Meinung der meisten Autoren in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer angeborenen Bildungsanomalie zu suchen. Die Prognose dieser Erkrankung muss als eine sehr ernste angesehen werden, da sie ohne rationelle Behandlung meistens zum Tode führt, unter Zeichen einer Peritonitis, Colitis oder unter Darmeinklemmung. In leichteren Fällen kann der Zustand der Kranken durch Clysmata und strenge Diät bedeutend gebessert werden; in schweren Fällen kann nur eine Operation Erleichterung schaffen. Von den 63 Fällen, die einer Operation unterworfen wurden, wurde in 17 Fällen die Probelaparotomie, 4 Mal die Colotomie, 7 Mal Anus praeter naturalis, 8 Mal Eiteranastomose, 8 Mal Resection des Darmes, 6 mal die Colopexie, 1 Mal Coliplicatio, 9 Mal eine complicierte Operationsmethode angewandt. In 30 Fällen genasen oder besserten sich die Kranken, 25 Mal trat der Tod ein. Die grosse Sterblichkeit erklärt sich dadurch, dass es sich meistens um Kranke handelt, die durch die träge Darmfunction in ihrer Ernährung stark heruntergekommen sind.

D. Kusnetzki und K. Karaffa-Karbut: «Ueber die angeborenen Divertikel der männlichen Urethra». (Russk. chirurg. archiv. 1908, Nr. 4).

Da, wie bekannt, die Geschlechtsteile beim Menschen in einem gewissen Stadium des embryonalen Lebens durch eine sehr complicierte Vereinigung des uropoetischen und des genitalen Apparates gebildet werden, darf es nicht verwundern, dass hier so oft Bildungsfehler und Anomalien gefunden werden. Die echten Diverticela urethrae congenita, die von einer normalen Urethralschleimhaut ausgekleidet sind, gehören zu den Seltenheiten. Verf. führen einen Fall an, wo es sich um einen grossen Divertikel der Pars membranacea urethrae handelte; um diesen Divertikel traten Entzündungserscheinungen auf; ausserdem bestand Cystitis. Nach der Operation, die im Abtragen des Sackes und im Vernähen der Urethralschleimhaut bestand, trat sehr rasch unter urämischen Erscheinungen der Exitus letalis ein. Die Section zeigte, dass es sich hier um eine schwere Cystitis und Pyonephrose handelte. Ausserdem waren hier Faltenbildung im linken Ureter und ein Divertikel der Blasenschleimhaut vorhanden. Diese Missbildungen müssen als congenitalen Ursprungs aufgefasst werden.

B. Finkelstein: «Zur Milzchirurgie. Ueber den Milzabscess». (Russk. chirurg. archiv. 1908, Nr. 4).

Der Aetiologie nach zerfallen die Milzabscesse in 7 Arten: traumatische, septische, typhöse, malarische, durch Stieltursion bei Wandermilz entstandene, nach Magenperforation und schliesslich Milzabscesse von unbekannter Herkunft. In 54% der Fälle gehen die Milzabscesse mit einer Sequestrierung von mehr oder weniger grossen Stücken von Milzgewebe einher. Die Abscesse können einzeln und multipel und in den verschiedensten Teilen der Milz auftreten. Die Perforation der Milzabscesse in die freie Bauchhöhle kommt selten vor; meistens perforieren sie in die Lunge, Darm und Magen. Der Eiter der Milzabscesse ist meistens mit Blut vermengt. Die Symptome der Milzabscesse sind wenig charakteristisch. Die metastatischen Abscesse verlaufen gewöhnlich unter schweren septischen Erscheinungen; die malarischen Abscesse haben einen mehr chronischen Verlauf. Die Abscesse der oberen Milzpartien sind schwerer zu diagnosticieren und verlaufen bisweilen unter dem Bilde eines subdiaphragmalen Abscesses; hierzu gesellt sich oft eine linksseitige eitrige Pleuritis. Die Schmerzen beim Milzabscess sind um so grösser, je mehr sich die Kapsel am Process beteiligt.

Fluctuation ist nur in den Fällen nachzuweisen, wo die Milz-Verwachsungen mit der Bauchwand eingeht. Im Blut ist gewöhnlich eine starke Vermehrung der Leucocytenzahl zu verzeichnen Eine diagnostische Probepunction ist gestattet, nur muss nach dem positiven Ausfall derselben die Operation sogleich angeschlossen werden. Die Therapie kann nur eine operative sein. Contraindiciert ist die Operation nur in den Fällen, wo sich ein Milzabscess nach einem Magenkrebs entwickelt. Von 55 operierten Fällen sind 13 gestorben.

Am häufigsten wurde die Operation durch die Pleura mit Resection einer Rippe, oder durch die vordere Bauchwand ausgeführt. Die einseitige Operation wird in der letzten Zeit bevorzugt. Beim Eröffnen eines Milzabscesses müssen die sequestrierten Stücke nur höchst vorsichtig entfernt werden um einer starken Blutung vorzubeugen. Die Splenectomie wegen eines Milzabscesses ist nur in Ausnahmefällen, wo die Milz im Eiter schwimmt, oder wo multiple Abscesse vorliegen und die Entfernung der Milz keine besondern Schwierigkeiten bereitet, gestattet.

M. Dietrichs: «Zur Frage über die Entstehung der Darmblutungen nach Operationen von eingeklemmten Hernien». (Russk. chir. archiv. 1908, Nr. 4).

Verfasser beschreibt 2 Fälle, wo nach der Operation von eingeklemmten Inguinalhernien sehr starke Darmblutungen auftraten und sucht, auf genaue Literaturangaben sich stützend, die Ursache dieser Blutungen aufzuklären. Die Hauptursache liegt in den stark ausgesprochenen Ernährungsstörungen der Darmschleimhaut resp. der in ihr verlaufenden Gefässwände. Diese Ernährungsstörung wird durch die venöse Blutstauung erzeugt, die bei jeder Incarceration mehr oder weniger ausgesprochen ist; die Ernährungsstörung tritt noch stärker hervor, wenn auch die arterielle Circulation gelitten hat.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass der in der gestauten Darmpartie sich zersetzende Darminhalt einen infectiös toxischen Einfluss auf die Darmschleimhaut ausüben und Blutungen hervorrufen kann.

Der schlechte allgemeine Zustand (mangelhafte Herztätigkeit, Arteriosclerose, Syphilis) kann auch eine Darmblutung begünstigen.

Ref. Weber.

A. Bronnikow: «Zur Casuistik der penetrierenden Bauchwunden». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 27).

Ein Fall von penetrierender Wunde des Unterleibes mit beträchtlichem Vorfall der Därme, operiert in einer Bauerstube.

Trotzdem grössere Teile des Dünndarmes, des Netzes und des Magens bei dem mit einem Messer verwundeten Patienten ausgetreten waren aus der Bauchhöhle und die medicinische Hilfe erst 2½ Stunden nachher geleistet werden konnte, trat nur eine leichte Peritonitis ein und erfolgte Heilung.

S. Twerdowski: «Ueber die Bedeutung der Gastroenterostomie bei Strictur des Pylorus». (Wartsch. gas. 1908, Nr. 27).

T. beschreibt 30 Fälle, empfiehlt die Operation nach der Methode von Hacker und häufigere Anwendung localer Anästhesie.

P. Straicher: «Subfasciales Lipom am Vorderhalse bei einem 80-jährigen Greise». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 28).

Da das Lipom die Atmung behinderte, wurde es per operationem entfernt. Die Diagnose war vor dem Eingriff zweifelhaft, da der Sitz durchaus atypisch für Lipome war.

A. Blum: «Ein Fall von complicierter Splitterfractur des rechten Schläfenbeines mit Wucherung des Hirngewebes Heilung». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 34).

A. Gregori: «Die Chloroformnarcose mit dem Harconot'schen Apparat». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 38).

Beschreibung und Empfehlung des Apparates. Chloroformverbrauch sehr gering.

Ref. Schiele.

N. Perchurow: «Ein Fall von Aneurysma der Art. poplitea mit spontanem Platzen des aneurysmatischen Sackes». (Wojenno-medizinsk. shurn. 1908. Nr. 1).

Infolge einer Verletzung des Hirns hatte sich ein Aneurysma entwickelt, das den Kranken 2 Jahre nach erfolgter Verletzung zum Eintritt ins Hospital zwang, wo die Ursache festgestellt wurde. Die Operation des Aneurysmas gab kein gutes Resultat, das Haematom hatte eine Vereiterung hervorgerufen, so dass nach 9 Tagen eine Amputation ausgeführt werden musste.

A. D—w: «Regimentsverbandplatz während des Gefechtes im letzten Kriege». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1).

A. Halperin: «Ein Fall von Echinococcus in der Pleurahöhle». (Wojenno med. shurn. 1908. Nr. 1).

Primärer Echinococcus in der linken Pleurahöhle von gewaltigem Umfang und lederartiger Kapsel, secundärer Echinococcus in der Leber, Eiterung, Operation, Exitus. Es handelte sich um einen Soldaten von 26 Jahren.

P. Gubarew: «Ueber die Behandlung der Hydrocoela testis nach der Methode von Winkelmann. (Wojenno-Med. shurn. 1908. Nr. 2).

Die Methode besteht in der Torsion der Vagina testis ohne Entfernung derselben. In 10 so behandelten Fällen nur 1 Recidiv, Auswahl der Fälle nötig.

A. Krymow: «Bursa subcutanea coccygea», (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2).

Beschreibung von 4 durch Operation geheilter Fälle.

B. Grüneisen: »Ueber orthopädische Technik und über die maschinelle Methode der Herstellung orthopädischer Apparate», (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3).

A. Ostrjanski: «Penetrierende Kugelkunde der Arteria und Vena cruralis. Unterbindung der Vena cruralis und iliaca externa. Heilung». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3).

P. Borowski: «Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie». (Wojenno-Med. shurn. 1908. Nr. 3)

3 Fälle von erfolgreicher Totalextirpation der Prostata.

I. Raptschewski: «Ueber Untersuchungsergebnisse des Verbandmaterials in der Fabrik militär-medicinischer Präparate, das nach dem russisch-japanischen Kriege wieder zurückgeliefert wurde». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3).

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

E. Anitschkow-Platonow: «Einfaches Verfahren zur Herstellung festen Spiritus für den Gebrauch im Felde». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1).

W. Wojatschek: «Ein neuer Ohrenobturator». (Wojenno-med. shurn, 1908. Nr. 3).

A. Rodendorf: «Ueber Lumbalanästhesie bei chirurgischen Operationen». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2 u. 3).

R. kam zum Schluss (130 Fälle), dass die L. A. weniger gefährlich wie allgemeine Narcose sei, wobei das Tropococain den Vorzug verdient. Die Lumbalanästhesie ist besonders empfehlenswert bei alten und geschwächten Patienten. Herz-, Lungen-, Nieren-Krankheiten, Obesitas, Arteriosclerose, Alcoholismus, Septicämie sind keine Contraindicationen. Die Methode ist besonders im Kriege anzuwenden.

A. Borissow: «Ein Fall von Septicaemie mit Gasentwicklung nach Schussverletzung. Konservative Behandlung». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3).

B. empfiehlt mit Amputation möglichst lange zu warten, rettete einem Patienten das Bein mit beständiger Berieselung der Wunde.

M. Zitowitsch: «Die Technik der directen Tracheo-Bronchoscopie und ihre Bedeutung in der Chirurgie». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 4).

P. Polivalowski: «Die Evacuation im modernen Kriege». (Wejenno-Med. shurn. 1908. Nr. 4 u. 5).

G. Bauer: «Verbandplätze und Evacuation von ihnen nach rückwärts». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 4).

M. Steinberg: «Die Grenzen der chirurgischen Hilfeleistung auf dem Verbandplatze». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 4).

N. Gaul: «Ueber die Augenreaction bei Tuberculose». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

Das russische Tuberculin ist bedeutend billiger, aber auch viel schwächer, wie das französische (Test).

W. Ledomski: «Ein Fall von Fractur des Stirnbeins mit ihrem Eindringen der Knochensplitter ins Hirn». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

N. Poroschin: «Anwendung von polyvalentem Antistreptococcenserum in der postoperativen Periode in einem Fall von perforierender Appendicitis». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

Das Serum verhütete den Eintritt der Sepsis; bacteriologisch waren Streptococcen im Eiter nachgewiesen.

A. Korb: «Zur Casuistik der perforierenden Appendiciten». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

E. Kügel: «Ein Fall atactischer subcorticaler Aphasie nach Trauma». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

Patient hatte nach dem Trauma die Fähigkeit zu sprechen und laut zu lesen verloren, verstand aber, was gesprochen und geschrieben wurde und konnte selbst schreiben. Aus dem gleichzeitigen Bestehen einer Parese der rechten Oberextremität und der unteren Facialiszweige liess sich auf eine Verletzung am Gyrus Brocae und der hinteren Partie der inneren Kapsel schliessen. Wiederkehr der Rede allmählich, wohl der Resorbtion des Blutergusses entsprechend.

Ref. W. Schiele.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

M. Msareulow: «Fall von Acanthosis nigric. (Dystrophie papill. et pigment)». (Russk. shurn. koshn. i vener. bol. Nr. 9).

19 Jahre alte Pat. Beginn des Leidens vor $1^1/_2$ Jahren. Hautveränderungen symmetrisch an oberen und unteren Extremitäten. Haut im Allgemeinen trocken. Schleimhäute unbeteiligt.

N. Maschkileisson: «Wesen der Serodiagnostik der Syphilis». (Russk. shurn. koshn. i vener. bol. Nr. 9).

Zusammenfassende Uebersicht.

T. Gerschun: «Atoxyl bei Syphilis». (Russk. shurn. koshn. i vener. bol. Nr. 9 u. 10).

1) Bei Atoxylbehandlung mit mittleren Dosen verschwinden Syphiliserscheinungen I, II und III Stadium.

2) Mehr als 6,2 reines Atoxyl sollen in der Regel nicht zur Anwendung kommen.

3) Besonders günstig ist die Atoxylwirkung bei exulcerierten Gummen.

4) Bei kleinen Dosen beobachtet man keine Nebenwirkungen.

5) Bei der Atoxylbehandlung empfielt sich gleichzeitige Anwendung einer 10proc. Atoxylsalbe.

31 Krankengeschichten.

W. Kamanin: «Behandlung venerischer Bubonen». (Russk. shurn. koshn. i vener. bol.).

Fluctuierende Bubonen werden punctiert und Jodoformölemulsion injiciert. 14 günstige und 5 ungünstige Fälle.

J. Selenew: »Sporothrichose«. (Russk. shurn. koshn. i vener. bol. Nr. 10).

Mitteilung von 2 Fällen, in denen der Nachweis Fäden und Sporen in Geschwüren und Gewebssaft gelang. Culturell wurden in beiden Fällen Sporothricha und in einem ausserdem noch Aspergillus nachgewiesen.

Ref. Wichert.

B. Bogoljubow: «Traumatische Strictur der Urethra bei einem 6-jährigen Mädchen». (Mediz. obosr. 1908, Nr. 10).

Pat. war rittlings auf eine eiserne Bettlehne gefallen und hatte sich in der Gegend der Schamspalte verletzt. Nach 2—3 Wochen stellte sich erst schmerzhafte Miction, dann Harnträufeln ein. An Stelle der Harnröhrenmündung fand sich eine Narbe mit 2—3 punktförmigen Oeffnungen. Sectio alta. Vorschieben eines metallenen Katheters von der Blase aus. Nach Durchschneidung der Narbe, Loslösen der Urethralschleimhaut und Vernähung derselben in die äussere Wunde. Heilung.

Ref. Mickwitz.

W. Glintschikow: «Zur Casuistik der Urticaria oedematosa». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 33).

12 Jahre alter Knabe, an Pleuritis leidend, bekam ein Urticaria oedem. an den beiden Handgelenken, am Manubrium sterni und an den Seitenpartien der Brust. Oberarmstörungen. Zuerst traten rote Flecke und Papeln auf, dann bedeutendes Oedem, starkes Brennen und Jucken, Temperaturerhöhung, Constipation, Herzklopfen. Oedem hielt sich ca. 1 Woche.

P. Bakaleinik: «Ein hydraulischer Apparat zur Diagnose und Heilung von Stricturen». (Wojeno-med. shurn. 1908, Nr. 3).

B. empfielt an Stelle von Bougies einen Apparat, der aus elastischen Röhren besteht, die in die Harnröhre eingeführt und dann aus einer Spritze mit Flüssigkeiten gefüllt und erweitert werden. Vorzüge: Vermeidung von Traumen der Harnröhre.

Ref. Schiele.

Pathologie und Therapie.

G. Rubinstein: «Ueber Erythrocytosis und Leucocytosis. Ein Ueberblick über die Lehre von der Polycythaemie rubra megalosplenica.» (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 7.)

W. Stülern: «Zur Frage über die Bedeutung der quantitativen Bestimmung der typhösen Bacteriämie» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 8.)

Die quantitativ deutlich ausgesprochene typhöse Bacteriämie gibt bei sonst schweren Allgemeinerscheinungen im Anfang der Krankheit den berechtigten Grund zur Voraussetzung eines toxischen Typhus (foudroyanter Typhus von Curschmann). Der sogenannte abortive Typhus steht wahrscheinlich zwishen toxischem und schwererem Typhus und nach dem Grade der Bacteriämie, nähert er sich dem toxischen. Mit Abnahme der Temperatur fällt auch die Bacteriämie, wobei in der Apyrexie noch eine quantitativ schwach ausgeprägte Bacteriämie beobachtet werden kann. Diese beiden Formen von Typhus geben klinisch und bacteriologisch das Bild der Sepsis. Bei schwerem nicht complicierten und normalen Typhus mittleren Grades kann ein deutlicher Unterschied im Grade der Bacteriämie nicht festgestellt werden. Bei leichtem Typhus beobachtet man eine kurzdauernde und quantitativ schwache Bacteriämie.

G. Shukow: «Ein Fall von Lymphangiom des Larynx.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 9.)

Der hier beschriebene Fall betrifft ein 18-jähriges Dienstmädchen. Bei der laryngoscopischen Untersuchung konnte man feststellen, dass das ganze rechte Stimmband von einer grossen runden Geschwulst eingenommen wurde, die bei der Phonation härter wurde, sich ein wenig verkleinerte und fest an das linke Stimmband anlegte. Der Ueberzug bestand aus unveränderter Schleimhaut. Bei der Punction erhielt man eine weisse Flüssigkeit, die sich mikroskopisch als Lymphe erwies.

M. Jogschess: «Ueber Behandlung der Angiome mit Electricität.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 9.)

Im Verlauf von 2 Jahre — 1906 und 1907 — wurden vom Verfasser im Hospital des Prinzen von Oldenburg in St. Petersburg 89 Angiome entfernt. Abbildungen der behandelten Kinder zeigen den Zustand vor Beginn und nach Schluss der Seancen.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

N. Krawkow: «Zur Frage über die Wirkung der Jodpräparate auf die experimentelle Arteriennecrose.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 9.)

B. Babkin: ‹Die Lehre Emil Fischers über Eiweisssubstanzen und ihre Bedeutung für die Biologie›. (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 10.)
Probelection.

B. Kester: ‹Zur Frage über Pseudoappendicitis.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 10 u. 11.

Genaue Beschreibung der Krankheit einer 22-jährigen barmherzigen Schwester. Vor allen Dingen lenkten die Aufmerksamkeit auf sich die schweren, häufig wiederkehrenden Anfälle, die in 3 Specialanstalten für Appendicitis gehalten wurden, und welche 6 Monate anhielten und sogar einmal das Bild einer Perforationsperitonitis gaben. Ganz gegen Erwarten konnten bei der Operation keine anatomischen Veränderungen festgestellt werden, weder am Wurmfortsatz, noch im umgebenden Gewebe. Der Zustand der Kranken besserte sich auch keineswegs nach der Operation weder in Bezug auf die localen, als auch allgemeinen Erscheinungen. Verf. rechnet diesen Fall zu der sog. ‹hysterischen Form› der Appendicitis.

S. Prshibytek: ‹Ueber den Gehalt an schwefliger Säure in Kalifornischen getrockneten Früchten.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 11.)

G. Lübenezki: «Zur Lehre von der Addison'schen Krankheit.› (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 11 u. 12.)

Die chronische Malarieninfection kann in seltenen Fällen zur Entwickelung einer deutlich ausgesprochenen Addison, schen Krankheit führen, in vielen Fällen aber unterscheidet sich das klinische Bild der Anfälle, abgesehen vom Milztumor und der Blutarmut, von der Addison'schen Krankheit nur durch die Häufigkeit, daher kann man hier sehr gut die Bezeichnung «Malaria Adissonismus» anwenden.

D. Kusnezki: ‹Experimentelle Polyurie als Methode zur Untersuchung der functionellen Tätigkeit der Nieren.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 12.)

Natürlich kann man dabei nur ein genaues Resultat erzielen durch gleichzeitige Katheterisation beider Ureteren, was aber bei Männern mit Kathetern grossen Kalibers nicht möglich ist, da beständig der Urin an denselben vorbei fliesst. Dadurch wird die Anwendung der experimentellen Polyurie sehr eingeschränkt, welche allein an sich nicht alle Fragen der Klinik beantwortet, zur deren Lösung aber wesentlich mithilft.

L. Podlewski: «Ueber eine neue Methode der Anwendung von Malachitgrün zum Nachweis der Stäbchen aus der Typhusgruppe.› (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 12.)

O. Shebrowski: «Zur Frage über den Einfluss der Einatmung des Tabakrauches auf die Tiere.› (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 12.)

Die fortdauernde Einatmung des Tabaksrauches ruft bei Kaninchen Appetitlosigkeit und bedeutende Abmagerung hervor. Es entwickeln sich dabei Veränderungen in den Nervenendigungen des Herzens (Chromatolyse der Nervenzellen) und in den Wänden der Aorta, der mittleren und inneren Schicht (Zellwucherung, Bildung von Knorpelsubstanz.) Der Rauch von den einfachsten Tabaksarten (Machorka) enthält viel mehr Nicotin als der des besseren. Ausserdem ist noch eine nicht sehr grosse Menge von Giften vorhanden, welche paralysierend wirken und Gewichtsverlust bedingen. Die Pyridae des Tabaks ruten in der Concentration, wie sie im Rauch enthalten sind, keine deutlichen giftigen Erscheinungen hervor.

N. Spakokukozkaja: ‹Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der verdauenden Eigenschaft des Eiters.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 12.)

B. Babkin, W. Rubaschkin, W. Ssawitsch: Morphologische Veränderungen der Zellen der Bauchspeicheldrüse bei Einwirkung verschiedener Reize auf dieselbe.› (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 14—16.)

I. Raschba: ›Zur Frage über die Bedeutung der desmoiden Reaction für die Bestimmung der functionellen Thätigkeit des Magens.› (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 14.

Die Beobachtungen bestätigen durchaus nicht die Ansichten Sahlis über die diagnostische Bedeutung der desmoiden Reaction bei Fällen von Achylie. Bei Magencarcinom fiel die Reaction häufig positiv aus und bei reiner Magenachylie negativ.

Ref. Mühlen.

J. Glaubermann: ‹Klinische Beobachtungen betreffend die Wirkung des Atoxyls auf den Verlauf der Febris reccurens.» (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 35.)

Verfasser empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen das betreffende Mittel. Er hat bei seinen 70 Fällen keine Vergiftungserscheinungen gehabt. Die Daten bezeichnen sich auf Patienten, die Verfasser vom ersten Anfall an behandelt hat. Subcutane Einspritzung einer 20 pCt. Lösung werden angewandt.

D. Grochow: «Erkrankung und Sterblichkeit der Kinder nach dem Material des Moskauer Sophien-Kinderhospitals anno 1897—1905. (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 32, 33, 34, 35, 36.)

Verfasser resümiert seine, auf einem grossen statistischen Material begründete Arbeit, in 24 Schlusssätzen und befürwortet eine einheitliche Statistik aller Hospitäler und Ambulanzen.

M. Raskina: ‹Zur Morphologie einiger farblosen Elemente des Blutes.— Eine neue Methode der Färbung›. — (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 36, 37, 38).

Verfasserin benutzt 3 Mischungen aus Methylenblau und basischem Fuchsin; zwei alkalische Nr. 1a. und Nr. 1b. und eine sauere, Nr. 2. — Nr. 1a.: zu 100 Cbcm. einer 5% Boraxlösung werden 50 Tropfen einer gesättigten wässerigen Methylenblaulösung und 5 Cbcm. Alcohol absolutus hinzugefügt. Gerade vor dem Gebrauch wird mittels einer Pipette gewöhnliches Carbol-Fuchsin hinzugetröpfelt und zwar ebenso viel Tropfen wie Cbcm. vorhanden sind. Die Mischung kann nur frisch benutzt werden. — Nr. 1b: zu 50 Cbcm. einer 5% Boraxlösung werden zuerst 50 Tropfen einer gesättigten, wässerigen Methylenblaulösung hinzugefügt, gut gemischte Zusatz von 100 Tropfen Carbolfuchsin und 50 Cbcm. Alcohol 95%. Nr. 2: Zu einem Gemisch von gleichen Teilen einer 4% Borsäurelösung mit Alcohol absolut. Methylenblaulösung und zweitens Carbolfuchsin zugesetzt, als die Mischung Cbcm. enthält — d. h. zum Beispiel: 50 Cbcm. Borsäure + 5 Cbcm. Alcohol erhalten je 100 Tropfen Methylenblau und Fuchsin. — Dieses Gemisch hält sich lange. — Fixierung der getrockneten Präparate nach Ehrlich bei 120—130°.

A. Philippow: ‹Physiologie und Hygieine des Sitzens›. (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 38, 39).

Verfasser weist darauf hin, wie wichtig besonders für Kinder zweckmässige, hygieinische Stühle und Bänke sind, gibt Abbildungen von Modellen, die er empfielt.

M. Steschinski: «Digalen bei Erkrankungen des Herzens». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47).

Verfasser gibt 10 Krankengeschichten und resümiert seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1) Die Einführung des Digalen in die Praxis ist sehr wünschenswert wegen seiner raschen Wirkung der Möglichkeit einer genauen Dosierung, Fehlen der culminierenden Wirkung und anderer Nebenwirkungen.

2) Möglichkeit der intravenösen Einführung. (Im Gegensatz zum Digitalis).

3) Die besten Resultate gibt das Digalen bei Mitral- und Tricupidalfehlern und in Fällen geringer Myocarditis.

M. Abelmann: ‹Urobilinurie bei Typhus abdom. und Pneumonie». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 42).

Verfasser erhält mit Herrn Rubin (Klinik des Geheimrat Bäumler) übereinstimmende Resultate, hat 11 Fälle von Pneumonie und 26 Typhusfälle untersucht. — Die Urobilinurie ist unabhängig von der Temperatur. Sie steht im engen Zusammenhange mit der Darmtätigkeit. Abwesenheit z. B. bei Eintreten von Durchfällen.

Ref. Lehmann.

S. von Stein: ‹Douchen von Kohlensäure bei Erkrankungen der Nase, des Halses und des Ohres und der Einfluss derselben auf das Allgemeinbefinden. Luftmassage bei hohem Druck». (Prakt. wratsch. 1907, Nr. 28, 29).

Verfasser bespricht die Literatur, die Technik der Anwendung und berichtet über Fälle bei welchen er selbst diese Behandlung mit Erfolg eingeleitet hat. Anästhesierende Wirkung. Erziehung einer localen Anämie.

Ref. Lehmann.

W. Konstantinowitsch: «Missgestaltung des Herzens in einem Falle von maladie bleue›. (Wratsch gas. 1908, Nr. 25).

Rechtzeitig geborener Knabe von normaler Grösse und Gewicht zeigte gleich nach der Geburt Zeichen von Schwäche und Cyanose. Keine Herzgeräusche. Exitus am 5. Tage. Die Obduction ergab: Obliteration der Pulmonalarterie und Verengerung derselben im unteren Teil, Verengerung des rechten Ostium venos., Offenbleiben des Foramen ovale und Botallischen Ganges.

J. Suchanow: «Ueber die Symptomatologie des Cocainismus›. (Wratsch gas. 1908, Nr. 25).

Die Kranke begann Cocain gegen Zahnschmerzen zu brauchen, zuerst ohne es zu verschlucken, später nahm sie es in steigenden Dosen zu sich, in den letzten 2 Jahren etwa 1.0 in 24 Stunden. Wenn sie es nicht einnahm, machte sich eine grosse Niedergeschlagenheit und Unlust bemerkbar. Allmäh-

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

lich magerte sie stark ab, es stellte sich Schlaflosigkeit ein, Hallucinationen, unangenehme Herzsensationen, Erstickungsanfälle, doch letztere Erscheinungen mehr bei Cocainhunger. Baldige Besserung bei Aussetzen des Mittels in der Heilanstalt.

E. Kalut: «Eine Krebsepidemie». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 26).

In einem kleinem Ort im Gouvernement Witebsk beobachtete K. im Laufe eines Jahres bei einer Einwohnerzahl von 1500 Menschen, meist Juden, 8 Krebsfälle, darunter 7 an Juden. Hygienische Verhältnisse sehr ungünstig. Es handelte sich um 2 Leber-, 2 Magen-, 1 Oesophagus-, 1 Rectal-, 1 Penis- und 1 Retroauricularkrebs. In früheren Zeiten hatte Autor im Verlauf seiner 12-jährigen Tätigkeit etwa 7—8 Fälle im Ganzen beobachtet.

S. Arkanow: «Die Pockenimpfung im Kreis Kustanaisk im Jahre 1906». (Wratsch gas. 1908, Nr. 26).

Unter den Uebersiedlern herrschten die natürlichen Pocken im hohem Grade, von 35,000 Kindern wurden 9000 geimpft.

N. Filippow: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Ophthalmoreaction von Calmette». (Wratsch gas. 1908 Nr. 28).

F. findet die Reaction im Allgemeinen zutreffend und wertvoll, doch ist infolge positiver Resultate in einigen nicht specifischen Fällen Vorsicht nötig.

A. Putschkowski: «Zur Casuistik der Rhinolithen». (Wratsch gas. 1908, Nr. 29, 30).

J. Busch: «Echinococcus des Herzens». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 29, 30).

Ein Kosak von 23 Jahren wurde in besinnungslosem Zustande eingeliefert, er war am Tage vorher mit Erbrechen und furchtbaren Leibschmerzen erkrankt. Exitus. Obduction ergab Echinococcus im Septum des Herzens.

N. Stern: «Durchbruch eines Abscesses der Gallenblase in das Nierenbecken». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 29).

64-jährige Pat. litt längere Zeit an Cholelithiasis und Pericholecystitis. Operation verweigert. Nach heftigem Colikanfall Anwesenheit von Eiter im Urin, in dem sich auch Gallenbestandteile nachweisen lassen. Einige Tage später Ausstossung von Gallensteinen auf demselben Wege. Heilung.

T. Salenski: «Diazoreaction bei Serumfieber». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 33, 34).

Nach Injectionen mit Scharlachserum von Moser konnte S. in mehreren Fällen positive Diazoreaction nachweisen und zwar dann, wenn die Injection von Temperaturerhöhungen begleitet waren. Ferner schliesst S. aus seinen Fällen, dass die Stoffwechselproducte, die das Zustandekommen der Diazoreaction bewirken aus dem Zerfall von Gewebselementen sich bilden und dass ein gewisser Zusammenhang zwischen Polyleucocytose und Diazoreaction bestehe.

P. Eminet: «Versuche auf Atrepsie bei jungen Tieren». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 35, 36).

Versuche an Meerschweinchen und Kaninchen, wie die Wirkung von Extracten von Experimenten kleiner Kinder auf Tiere ist. Die Extracte werden hergestellt als gewöhnliche, saure (Zusatz von Salzsäure) und alkalische (doppelkohlensaures Natron). Die giftigsten waren die alkalischen, die ungiftigste die gewöhnlichen.

P. Medowikow: «Ueber die Verbreitung der Tuberculose bei Kindern». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 34).

Als Material dienten die Zahlen des Sectionssaales der Petersburger städtischen Kinderhospitals. In den Jahren 1906 und 1907 wurden in Summa 1204 Kinderleichen obduciert; von diesen wiesen Anzeichen von Tuberculose 442 = 36,7 pCt. auf. Diese Zahlen sind etwas niedriger, wie die von verschiedenen anderen Centren angegebenen (38—41,8 pCt.). Das grösste Contingent stellen Kinder zwischen 3—4 Jahren (39 pCt.) und solche von 11—15 Jahren (52 pCt.), das geringste Kinder bis zum 1 Jahr (28 pCt.).

W. Kaschnew: «Ueber den Einfluss des Extract. fl. Boldoae fragrantis (Boldoverne) auf der Magenverdauung». (Wratsch. gas. 1908, Nr. 35).

Boldo kann den Mitteln zugezählt werden, die auf die motorische Tätigkeit des Magens günstig einwirken, auf die secretorische hat es keinen Einfluss.

Ref. Schiele.

J. Lüfschitz: «Ueber Anwendung der Scharlach-Schutzimpfungen in der Landpraxis». (Prakt. wratsch. 1907, Nr. 43, 44).

Verfasser hat im Ganzen 243 Impfungen vorgenommen. Die Injectionen wurden meist gut vertragen. In der Mehrzahl der Fälle stieg die Temperatur nicht über 38°.

N. Kuschew: «Ueber die Rauchfussche Dämpfung bei exsudativer Pleuritis». (Prakt. wratsch, 1907, Nr. 45).

Verfasser hat 15 Fälle selbst beobachtet, bei denen er die betreffende Dämpfung hat feststellen können.

M. Lifschütz: «Zur Frage der Frühdiagnose des Magenkrebses». (Prakt. wratsch. 1907, Nr. 46, 47, 48).

Verfasser gibt eine Uebersicht über die Literatur und fasst seine Schlüsse in 8 Punkte zusammen. 1) Es gibt kein absolut zuverlässiges Symptom (nur das ev. beim Sondieren gewonnene Tumorpartikelchen). 2) Wichtigkeit der Anwendung möglichst vieler verschiedener diagnostischen Methoden. 3) Wichtigkeit der Sondierung bei nüchternem Magen. 4) Stuhluntersuchung wegen ev. occulter Magenblutungen. 5) Verdächtig sind die Fälle von dyspeptischer Erscheinungen bei 45—50 Jahren. 6) Wichtig ferner die Wiederholung der Magensaftuntersuchung bei Ulcusverdacht in der Anamnese. 7) Dennoch werden immer viele Fälle, die lange latent verlaufen undiagnosticiert bleiben. 8) Die chirurgisch wichtige Frühdiagnose wird doch meist unmöglich sein.

W. Predtetschenski: «Ein Fall von Obesitas praecox». (Prakt. wratsch, 1907, Nr. 49).

Casuistische Mitteilung. 8-jähriger Knabe von 32,9 kg. (2 Abbildungen).

S. Dibailow: «Zur Behandlung chronischer Bronchitiden mit Gujasanol». (Prakt. wratsch. 1907, Nr. 49).

Verfasser hat mit diesem Mittel in 25 Fällen guten Erfolg gesehen. Dosierung: 0,25 bis 0,5 einige Male am Tage.

L. Dmitrenko: «Zur Symptomatologie des ersten Tones über der Herzspitze». (Prakt. wratsch. 1907, Nr. 50, 51).

Verfasser hat fünf Fälle eigener Beobachtung. Nach seiner Ansicht lässt sich ein stark klingender erster Ton über der Herzspitze erklären durch eine relativ heftige Systole des linken Ventrikels bei herabgesetzter Elasticität der Wände desselben und andererseits durch eine plötzliche Anspannung und ein Zuklappen der anfangs zur Systole noch unvorbereiteten Mitralis.

A. Wirschubski: «Zur Behandlung der Gesichtsneuralgie». (Prakt. wratsch. 1907. Nr. 51).

Verfasser fasst seine Arbeit in zwei Punkten zusammen: 1) Bei der Behandlung der Trigeminusneuralgie garantieren weder die vielfach empfohlenen therapeutischen Methoden noch die chirurgischen Eingriffe das Ausbleiben von Recidiven. 2) Die Methode die Infiltrationsanästhesie und die chirurgischen Eingriffe an den peripheren Aesten verdienen grössere Popularität als sie bisher hatten, infolge ihrer günstigen Resultate.

J. Binschtok: «Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit». (Prakt. wratsch. 1908. Nr. 1).

Verfasser schildert einen Fall, den er zu dieser Form der symmetrischen Gangrän rechnen will. Sein Fall war noch mit Nephritis verbunden.

D. Gottlieb: «Zur Frage der Blutplättchen». (Prakt. wratsch. 1908. Nr. 2).

Kurze Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Bedeutung der Blutplättchen und Angabe der Methode, wie dieselben mittelst der Zeiss'schen Zählkammer zu zählen seien. (Höhe der Kammer 0.02 mm.).

W. Predtetschenski: «Zur diagnostischen Bedeutung der Haut- und Ophthalmoreaction mit Tuberculin». (Prakt. wratsch. 1908. Nr. 1, 2).

Verfasser kommt zum Schluss, dass die Reactionen wertvolle diagnostische Hinweise geben können. Ein negativer Ausfall der Reaction spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen Tuberculose. Ein positiver Ausfall spricht dagegen für eine bestehende Tuberculose, oder aber er weist auf eine alte abgelaufene Erkrankung hin.

Ref. Lehmann.

A. Drshewetzki: «Die Autolyse der lebenden Zelle». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1).

Auf Grund experimenteller Untersuchungen kommt D. zu dem Schlusse, dass die autolytischen Eigenschaften der Enzyme auch bei alkalischer Reaction, wie sie in den Geweben herrscht, zur Geltung kommen. Deshalb ist er der Ansicht, dass die Wirkung der autolytischen Fermente auf die lebende Zelle eine grosse Rolle spielt beim Stoffwechsel.

D. Nowikow: «Zur Behandlung der Neuralgien des N. ischiadicus». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1).

Nowikow erreichte in einem Fall Heilung mit 10 Injectionen von Strychnin in die Nates, in einem anderen mit Antipyrininjectionen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Zazkin: «Zur Frage eines neuen diagnostischen Reactivs auf Tuberculose». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1).

Versuch an 30 Personen mit der Calmetteschen Ophthalmoreaction. Conjunctivitiden geben positive Reaction, worauf sorgsam zu achten ist. Im Uebrigen stimmte die Reaction mit den physikalischen Ergebnissen überein.

A. Putschkowski: «Erkrankungen des Gehörorganes bei Typhus abdominalis». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1 und 2).

Typhöse erkranken sehr leicht an Ohrenentzündungen besonders in der 4.—5. Woche. Meist wird das Mittelohr befallen. Der Verlauf ist sehr protrahiert, leicht sind Verwechselungen mit Hirnsymptomen möglich. Häufig schleichender Beginn der Otitis media, bisweilen jedoch sehr stürmisch. Beschreibung von 6 Eigenbeobachtungen.

W. Uglow: «Ueber leuchtende Bacterien». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2).

Züchtung aus faulenden Seefischen leuchtender Bacterien, die in physiologischer Beziehung indifferent waren.

A. Andrejewski: «Zahnlose Soldaten und zahnärztliche Hilfe in solchen Fällen». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2).

Nur bei Fehlen von Zähnen, mit 18 Jahren und mehr erfolgt Befreiung vom Dienst, viele Soldaten leiden aber an sehr schlechter Dentition. Für diese muss Sorge getragen werden.

P. Kallistratow: «Eine Typhusepidemie in der 5. Reserveartilleriebrigade». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2).

P. Potiralowski: «Ueber sanitäre Taktik». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 2).

Im Kriege kommt es sehr auf richtige und sachgemässe Verwendung der sanitären Organisationen an, die bei uns fehlt. Die Militärärzte sollten im Frieden damit vertraut gemacht werden.

A. Susdalski: «Ueber Kumyscuren». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3).

W. Buschujew: «Ueber die Sterblichkeit im Kiewschen Militärhospital». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3 u. 4).

P. Rodionow: «Ueber syphilitische Anämie und ihre Beeinflussung durch Quecksilber». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 3 u. 4).

Die Lues ruft eine starke Anämie und Leukämie hervor, die bei specifischer Cur schwindet. Anstatt Lymphocytose tritt unter ihrer Wirkung bald neutrophile Polynucleose auf, die Anzahl der Leucocyten vermehrt sich, die Zahl der eosinophilen Leucocyten kann die Norm erreichen. Deshalb soll man das Hg in genügenden Dosen anwenden und sich nicht nur mit dem Schwinden vorhandener Hauterscheinungen begnügen.

L. Gishden: «Vergleichende Beobachtungen über die Ausscheidung von Quecksilber durch den Harn». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 4).

Die Ausscheidung des Hg. durch den Harn dient als beste Beurteilung der Wirksamkeit der einen oder anderen Behandlungsmethode mit Quecksilber. Autor untersuchte den Urin von Patienten, die mit Einreibungen, Sublimat- und Hg salicyl. Injectionen behandelt wurden und fand, dass meistens Hg bei Injectionen mit Salicylquecksilber ausgeschieden wurde.

N. Dawydow: «Neue Rubrizierung der Krankheiten und Difformitäten nach Litter A und B und ihre Anwendung in der Praxis». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

A. Putschkowski: «Reactionen auf Rodanverbindungen und ihre Anwendung in der Otiatrie». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

Rodanverbindungen sind ein normaler Bestandteil des Speichels, ihr Gehalt hängt von den Nervenverzweigungen, die zum Trommelfell gehen ab, bei ihrer Zerstörung beiderseits ist kein Rodan im Speichel nachzuweisen. Bei Otitis media ist der Rodangehalt des Speichels häufig vermindert, jedenfalls lässt sich aus dem Grade der Verminderung des Rodans auf die Intensität des Processes im Ohr schliessen. Bei Typhus gibt die Rodanreaction resp. ihre Abwesenheit einen Hinweis auf event. Miterkrankung des Mittelohres.

A. Merkulowitsch: «Ueber die therapeutische Wirkung des Fibrolysins bei Mittelohrerkrankungen». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 5).

Bei Sclerose des Mittelohres ohne starke anatomische Veränderungen war in den 4 Fällen, in denen M. Fibrolysin anwandte, ein entschieden gutes Resultat zu verzeichnen, in anderen Fällen (Mittelohreiterungen etc.) weniger.

K. Jazuta: Gelenkbildung als Anpassungserscheinung bei Muskelcontracturen». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 6).

Infolge einer Contractur der Handmuskeln und der Unmöglichkeit von Greifbewegungen bildete sich bei einem Kranken ein neues Gelenk an der Basis des Daumens aus. Dabei traten die kurzen Beugemuskeln des Daumens in Tätigkeit und erreichten ein recht befriedigendes Resultat.

P. Gubarew: «Eitrige Entzündung der normalen Schilddrüse». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 6).

Die Entzündung erfolgte im Anschluss an eine croupöse Pneumonie.

I. Kreindel: «Uebersicht über die Krankheiten in der Mandshurischen Armee». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 6 u. 7).

Der vorliegende I. Teil beschäftigt sich mit Typhus, Gastro-enteritisepidemien und Dysenterie. Beim Typhus betrug die Mortalität 19,2 pCt., also nicht sehr schwer im Allgemeinen; im Ganzen wurden nur 21,849 Typhöse registriert, wobei sicher manche Fehldiagnosen untergelaufen sind. Die Complicationen waren die gewöhnlichen. Häufig waren die Fälle von Pseudodysenterie (Gastro-enteritisepidemie und mandshurisches Fieber); die Krankheit setzt mit Schüttelfrost ein, Temperatur steigt bis 38—40°, darauf Durchfall, bisweilen ging ihm Erbrechen voraus, in den Ausleerungen Blut. Temperaturabfall nach 3—5 Tagen, kritisch oder lytisch, volle Heilung in 5—15 Tagen. Es fand sich in den Ausleerungen ein dem Bact. coli auffallend gleichender Bacillus. Das Flexnersche Serum in Dosen von 10 Cbctm. erwies sich als entschieden wirksam. Häufig kamen Verwechselungen zwischen Pseudodysenterie und wahrer Dysenterie vor, die auch recht verbreitet war, doch nicht immer bacteriologisch sicherzustellen und zu unterscheiden war wegen Mangel an bacteriolog. Laboratorien. Das Serum erwies sich als durchaus wirksam, auch als Prophylacticum gegen Uebergang in die chronische Form.

W. Kupp: «Ueber die Bestimmung der Tauglichkeit der Rekruten zum Militärdienst». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 6).

Das Kriterium von Pinier ist recht wertvoll. Es besteht bekanntlich in einer Zahl, die gewonnen wird bei Vergleich zwischen der Körperlänge und dem Gewicht und dem Brustumfang.

W. Nikolski: «Mortalität der Rekruten bei Beginn ihres Dienstes». (Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 6).

Ref. W. Schiele.

Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

W. Tschisch: «Die Bedeutung des politischen Lebens in der Aetiologie der Geisteskrankheiten». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 1 und 3).

Ausgehend von der These, dass das Wachsen der Zahl der Geisteskranken parallel geht dem Wachsen der Civilisation und dementsprechend auch dem Wachsen der politischen Freiheit, erklärt Verf. die Zunahme der Geisteskranken durch den natürlichen Eliminierungsprocess, indem die Siechen und Schwachen, unter ihnen auch die Nerven- und Geisteskranken, als untauglich zum Fortschritt ausscheiden. Am Kampfe für politische Freiheit, wie an jeder socialen Bewegung, haben immer und überall Psychopathen teilgenommen, erkranken sie während desselben oder an seinen Folgen, so wird fälschlicherweise die Zunahme der Erkrankungen der socialen Bewegung zugeschoben. Gegen die Behauptung Jakowenko's auf dem 10. Pirogowcongress (Moskau 1907), dass gesunden Neuerungsströmungen in der Gesellschaft sich hauptsächlich Neurastheniker, Hysteriker und überhaupt Desaequilebrierte anschliessen, der conservativen socialen Strömung jedoch gewöhnlich Individum mit angeborenem, mit senilen Schwachsinn, Epileptiker, Degenerierte mit Defecten des moralischen oder sexuellen Gefühls, macht Verf. energisch Front und sucht sie ad absurdum zu führen, da sie nur zu sehr geeignet ist, das Vertrauen zur Psychiatrie zu erschütern. Die in den letzten zwei Jahren in der russischen Litteratur erschienen Arbeiten von Jaroschewski, Pawlowskaja, welche den Zusammenhang zwischen politischen Ereignissen und Geisteskrankheit dartun wollen, hält Verf. für völlig unbeweisend. Die eigenen Erfahrungen, die Tschisch an der Klinik u. Poliklinik in Dorpat und in seiner Privatpraxis daselbst, sowie in Karlsbad am Rigaschen Strande gesammelt hat, geben ihm das Recht zur Behauptung, dass die politische Erregung in den Ostseeprovinzen gar keinen Einfluss weder auf die Zahl noch auf den Verlauf der Geistes- und Nerven-

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

krankheiten gehabt hat. Der Vergleich der revolutionären Bewegung unter den Letten und Esten gibt zum ersten Male in der Geschichte die Möglichkeit, in reiner Form die Wechselbeziehung zwischen dem criminellen und politischen Verbrechen zu bestimmen. 1901 schon hatte Tsch. an dem Material des Rigaschen Bezirksgerichts nachgewiesen, dass die Criminalität der Esten zu der der Letten wie 5:3 sich verhält. Aus den Erfahrungen der Revolutionsjahre zieht er jetzt folgende Schlüsse: Die Criminalität der Esten ist höher als die der Letten. Die Letten nahmen intensiveren Anteil an der revolutionären Bewegung, als die Esten. Unter den Letten gab es weniger Verbrecher, aber mehr Individuen, die durch die revolutionäre Bewegung sich hinreissen liessen. Das criminelle Verbrechen steht im umgekehrten Verhältnis zum politischen Verbrechen. Die revolutionäre Bewegung in Baltien ist am richtigsten als Bürgerkrieg zu bezeichnen, und deshalb ist die grössere Anteilnahme der Letten an der Bewegung völlig verständlich und wird durchaus erklärt durch die Psychologie der politischen Verbrecher, wie sie von Lombroso und seiner Schule gegeben ist.

W. Bechterew: «Ueber die Beziehung zwischen psychischen und Nervenkrankheiten». (Rundschau für Psychiatrie Neurologie und experimentelle Psychologie, Nr. 1).

Nach Darlegung der gegenwärtigen Anschauungen über das Centralnervensystem und dessen Erkrankungen kommt Verf. zum Schluss, dass die Wurzeln der Geisteskrankheiten, wenn man die relativ seltenen Fälle von Geistesstörung nach traumatischen Schädigungen des Schädels ausschliesst, nicht im Hirne liegen, sondern in einer Störung der Lebenstätigkeit des Organismus, welche bedingt ist durch diese oder jene innere Defecte oder durch von aussen eingebrachte allgemeine krankmachende Agentien, wobei sie sich von allen anderen krankhaften Zuständen nur dadurch unterscheiden, dass als Resultat der gestörten Lebenstätigkeit des Organismus wegen der Schärfe der äusseren Erscheinungen die functionelle oder organische Schädigung der Hirntätigkeit auf den ersten Plan tritt, welche zu den psychischen Störungen führt. Bei der Erklärung der verschiedenartigen psychischen Störungen, welche bei Geisteskrankheiten zur Beobachtung kommen, muss das anatomische Princip völlig verlassen werden. Die Basis der Geisteskrankheiten muss eine pathologisch-physiologische, nicht eine pathologisch-anatomische sein. Eine solche Reform muss in wesentlicher Weise einerseits auf die klinische Erforschung und Erkennung der Geisteskrankheiten, andererseits auf ihre Behandlung einwirken.

M. Schapiro: «Haematomyelie, compliciert mit Symptomen der Basedow'schen Krankheit». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie, Nr. 1).

Patient, 19 Jahre alt, litt viele Jahre an Malaria, hatte als Schriftsetzer mit Blei zu arbeiten, erkrankt ohne jegliche Prodromalerscheinungen an totaler Lähmung der oberen, nach einer Stunde auch einer solchen der unteren Extremitäten, woran sich eine Störung der Harnentleerung und Retentio alvi anschloss. Status $1^1/_2$ Jahre nach Beginn der Erkrankung: bedeutende schlaffe Parese der oberen Extremitäten mit degenerativer Atrophie vieler Muskeln des Schultergürtels und der Arme. Sensibilitätsstörung in Form einer durchgängigen Thermoanästhesie, welche in toto beide Beine und den Rumpf bis zur Höhe des 4. Brustwirbeldornfortsatzes einnimt. Augenstörungen (links Lagophthalmos, Myosis, Exophthalmos, beiderseits Graefe's und Möbius Symptom), geringe Vergrösserung der Schilddrüse, frequenter Puls, Tremor der Hände.

P. Ostankow: «Gastrische Krisen der Tabetiker hervorgerufen durch Morphium». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 1).

Die Beobachtungen des Verf. führen ihn zu folgenden Schlüssen: 1) Morphium und seine Derivate können durch chronischen Gebrauch bei Tabetikern echte gastrische Krisen hervorrufen, welche mit Temperaturerhöhung und mit Verhaltung der Harnausscheidung verlaufen; letzteres wird auch bei tabischen Krisen, welche nicht durch Morphin verursacht sind, beobachtet und kann auf die toxische Natur der tabischen Krisen überhaupt hinweisen. 2) Morphium wie alle antineuralgischen Mittel (Antipyrin, Phenacetin, Aspirin u. a.) bedingen, indem sie auf kurze Zeit die Anfälle (Schmerzen, Krisen) unterdrücken, hernach ihre schnellere Wiederkehr und grössere Intensität beim nächstfolgenden Anfall, und sollen keineswegs den Kranken im Laufe mehr weniger langer Fristen gegeben werden.

J. Belizki: «Ueber die neurasthenischen Psychosen». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 2).

In den neurasthenischen Psychosen rechnet Verf. das einfache neurasthenische Irresein, eine Steigerung der gewöhnlichen Cerebralasthenie, dann die neurasthenische hypochondrisch-melancholische Psychose, ferner die neurasthenische Psychose in Form von Zwangsideen und diejenige in Form von Phobien, weiter einige Arten der traumatischen Neuropsychose, endlich die circuläre Neurasthenie, wo Zustände von Depression und leichter Erregheit miteinander wechseln.

N. Schmidt: «Ueber die Entwickelung der Neurofibrillen im Nervensystem des Menschen». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 2).

An 4 menschlichen Foeten ($2^1/_2$—6 monatlichen) ausgeführte Untersuchungen nach der Cajalschen Methode gaben folgendes Resultat: Die erste Bildung von Neurofibrillen geht augenscheinlich in den Neuronen erster Ordnung vor sich, sowohl der motorischen, wie der sensiblen. Diese Tatsache stimmt völlig überein mit dem früheren Auftreten der Myelinscheiden an den Fasern der peripherischen Neurone und mit dem Gange der functionellen Entwickelung des Nervensystems, weil von allen nervösen Functionen beim Foetus zweifellos am frühesten die einfachen Reflexe auftreten, deren Bögen von den peripheren Neuronen gebildet werden.

W. Bechterew und L. Pussep: «Die Chirurgie be Geisteskrankheiten». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 2 und 4).

Die Verf. verlangen in allen grösseren Irrenanstalten und in psychiatrischen Kliniken die Einrichtung besonderer Operationszimmer mit einer kleinen chirurgischen Abteilung, welche einem in der Chirurgie speciell ausgebildeten Neurologen und Psychiater unterstehen sollen. Diese Forderung erscheint als directe Folge der Entwickelung, welche die Hirnchirurgie in der jüngsten Zeit gewonnen hat. Durchgeführt ist sie bisher in Russland nur in der Bechterewschen Klinik und in Frankreich an einer Irrenanstalt. Die weiteren Ausführungen gliedern sich wie folgt: 1) Die Narcose bei Geisteskranken und der Einfluss der Operation selbst auf den Verlauf der Psychose. Es lassen sich keine Gegenanzeigen aufstellen gegen die Anwendung der allgemeinen Narcose aus dem psychischen Zustande der Kranken, doch ist zu beachten, dass bei schwerer Veranlagung und bei deutlich ausgesprochener Wahnneigung die Chloroformierung mit gewisser Vorsicht durchgeführt werden muss, und nur bei Fällen, die eine grössere Operation verlangen; bei kleineren Eingriffen soll nach Möglichkeit die locale Anästhesierung vorgezogen werden. 2) Die operative Behandlung extracranieller Organe bei Geisteskranken. Für operatives Handeln bei Geisteskranken gelten drei fundamentale Anzeigen: a) Der operative Eingriff an erkrankten extracraniellen Organen soll den Verlauf der Geisteskrankheit günstig beeinflussen. b) Derselbe Effect wird durch eine Operation am Schädel selbst erstrebt. c) Rettung des Lebens oder Erleichterung physischer Leiden ohne Prätension auf Verbesserung der psychischen Störung. Der ersten Indicationen will die operative Behandlung der Sexualorgane bei geisteskranken Frauen genügen. Hierher gehört die Castration bei Hysterie, welche heutzutage fast ganz verlassen worden ist. Jedenfalls soll aber bei allen geisteskranken Frauen neben der allgemeinen Untersuchung der Genitalapparat genau untersucht werden durch einen Gynäcologen, und bei Constatierung irgendwelcher pathologischer Abweichungen muss die entsprechende Behandlung unternommen werden, nötigenfalls auch durch eine radicale Operation. Operative Behandlung bei Urogenitalleiden der Männer kommt in beschränkterem Masse in Betracht, hauptsächlich bei den gonorrhoischen; hierbei warnt Bechterew bei der Stricturbehandlung vor zu systematischem und energischem Bougieren, sondern empfiehlt deren operative Inangriffnahme, um eine Verschlechtung des depressiven oder melancholischen Zustandes bei den Sexualneurasthenikern durch jene Massnahme zu vermeiden. Ferner gehört hierher die Fixierung der Wanderniere, die operative Behandlung der Neuralgien bei Geisteskranken. Zur Zeit sind eingreifendere Operationen (Neurectomie, Torsion und Ausreissen der Zweige des N. trigeminus, insbesondere die Entfernung des Ganglion Gasseri) bei Neuralgien von Geisteskranken nie Geistesgesunden nur in dem Falle angezeigt, wenn infolge besonderer Verhältnisse des gegebenen Falles durch andere Mittel eine Heilung nicht erreicht werden kann, speciell auch nicht durch die tiefen parenchymatösen Einspritzungen von Aethylspiritus, welche anzuwenden Verff. dringend anraten in jedem hartnäckigen Falle von Neuralgie. Weiter fällt in dieses Gebiet die partielle Strumectomie nach Kocher bei Basedowpsychosen, und ihr Gegenstück die Implantation von gesunden Schilddrüsen bei Cachexia strumipriva, bei Myxödem und bei Kretinismus. Die fictiven Operationen, um Wahnideen günstig zu beeinflussen, sind heutzutage durch die Suggestionstherapie zu ersetzen. Intravenöse Eingiessungen physiologischer Lösung sind bei den verschiedensten Psychosen mit herabgesetzter Ernährung angezeigt. 3) Die Behandlung von Geisteskrankheiten durch Operationen am Schädel und Gehirn. Hier werden 4 Gruppen unterschieden. a) Geisteskrankheiten nach Schädeltrauma. Hier müssen die Anzeigen zur Operation strenge abgewogen werden und nur in den Fällen, wo zweifellose Anzeichen des localen Einflusses des Trauma auf das Hirn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachgewiesen, und in genauerer Weise die Abhängigkeit der Psychose von dem Trauma festgestellt werden können, darf zur Ausführung der Trepanation geschritten werden. b) Epileptische Psychose nichttraumatischen Ursprungs. Hier reichen die bisher vorliegenden Beobachtungen nicht aus, um Indicationen für den operativen Eingriff aufzustellen. c) Die chirurgische Behandlung organischer Psychosen. Bei Psychosen infolge Jacksonscher Epilepsie, Hirntumoren, Cysten, Schusswunden und d. a. ist die Trepanation angezeigt. Die Schwierigkeit besteht hier in der genauen Localisation, da die Lage der Hirnwindungen nicht sehr constant ist, die Topographie desselben in Beziehung zur Schädeloberfläche wechselt. Ueber diese Schwierigkeit helfen die Apparate von Krönlein und Lernow nur zum Teil hinweg. Hirnoperationen bei diffuser organischer Affection, speciell der progressiven Paralyse, selbst wenn diese als traumatischen Ursprungs angesehen werden sollte, haben weder theoretische noch practische Berechtigung; höchstens die Ventrikelpunction oder die Lumbalpunction kommen in Betracht, wenn Symptome des erhöhten Hirndruckes in den Vordergrund treten. Die Kraniectomie bei Mikrocephalie und Idiotismus hat keine wissenschaftliche Begründung. d) Chirurgische Behandlung bei Psychosen nichtorganischen Charakters ist zu verwerfen. Burckhardts Versuche sind eine Verirrung. Die Verwendung der Quickeschen Punction bei Geisteskrankheiten. Die Lumbalpunction dient diagnostischen wie therapeutischen Zwecken. Durch Abfliessenlassen des Liquor kann erhöhter Hirndruck herabgesetzt, können Medicamente eingeführt, speciell auch Kochsalzausspülungen vorgenommen werden; für letzteren Zweck käme eine Trepanationsöffnung am Schädel noch mehr in Betracht; entsprechende Versuche werden in der Bechterewschen Klinik durchgeführt. 5) Die chirurgische Behandlung der Geisteskranken vom Gesichtspuncte des Gesetzes und der ärztlichen Ethik. Ist die Einwilligung der Verwandten oder Vormünder nicht zu erlangen und liegt vitale oder sonst zwingende Indication zum Operieren vor, so decke sich der behandelnde Arzt durch ein Consilium von mindestens drei Aerzten.

E. Erikson: «Zur Diagnostik von Thalamustumoren». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie». Nr. 2).

Ausführliche Krankengeschichte und anatomische Untersuchung eines richtig diagnosticierten reinen Falles von Gliom beider Thalami optici.

W. Bechterew: «J. P. Mershejewski und seine Rolle in der Entwickelung der russischen Psychiatrie». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 3).

Widergabe der am 15. März 1908 gehaltenen Grabrede.

P. Rosenbach: «Umriss der wissenschaftlichen und Lehrtätigkeit Iwan Pawlowitsch Mershejewkis». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 3).

Gedächtnisrede in der Sitzung des St. Petersburger Psychiater-Vereins am 22. März 1908.

M. Nikitin: «Ueber Paramyoclonus multiplex». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 3).

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles, dessen Eigentümlichkeit darin bestand, dass auch tonische Contractionen bestanden, welche nicht aus den klonischen heraus sich entwickelten und nicht mit ihnen abwechselten; sie traten nicht symmetrisch, wie die klonischen, sondern nur im rechten Arm und in der rechten Halsseite auf. Die Krankheit zog sich langsam zunehmend schon über 30 Jahre hin. Aetiologisch zieht Verf. den Alcoholismus des Vaters und zweimaliges schweres Trauma (Fall aus grosser Höhe auf die Füsse) in Betracht.

P. Ostankow: «Lew Fedorowitsch Ragosin». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 4).

Nekrolog des am 30. März 1908 verstorbenen Präsidenten des Medicinalrates, der in früheren Jahren als Psychiater tätig war und sich durch Errichtung der grossen Bezirksirrenanstalten in Winuiza, Wilna, Tomsk, Moskau Verdienste um die Irrenpflege in Russland erworben hat.

P. Kaschtschenko: «Zur Frage über die Organisation der Irrenfürsorge im St. Petersburger Gouvernement». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 4).

Im Herbste dieses Jahres sollte die neue Semstwo-Irrenanstalt in der Nähe der Station Ssuida der Warschauer Eisenbahn eröffnet werden, vorläufig mit 218 Plätzen, zu denen nach 2 Jahren noch 132 hinzukommen würden. Verf. weist nach, dass diese 350 Plätze in kürzester Weise überfüllt sein werden, dass eine Anstalt für die psychiatrischen Nöte der Bevölkerung nicht genügt, dass ein ganzes Netz psychiatrischer Einrichtungen (namentlich in Form der Familienpflege) geschaffen werden muss, welche in ein harmonisches System der gouvermentalen psychiatrischen Organisation eingeordnet werden.

M. Gurewitsch: «Zur Morphologie des fibrillären Apparates der Nervenzellen im normalen und pathologischen Zustande». (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. Nr. 4).

Verf. Untersuchungen an verschiedenen Tieren führen ihn zum Schluss, dass die Neurofibrillen sich darstellen als äusserst resistentes Gebilde, besonders im Vergleich mit der chromatophilen Substanz, sie reagieren sehr schwach auf die Einwirkung solch schädlicher Agentien, wie Hungern, Vergiftung mit Strychnin und Tetanus, und sogar auf die combinierte Einwirkung dieser Gifte und des Hungerns: nur bei Vergiftung mit Blei, und zwar hauptsächlich bei Meerschweinchen welche für dieses Gift besonders empfindlich sind, werden schwerere Veränderungen der Fibrillen beobachtet; nach Compression der Aorta wird im Lumbalteil des Rückenmarks die Läsion der Fibrillen später beobachtet, als die der Nissl' Körperchen, und wird von einem sichtbaren Ruin der ganzen Zelle begleitet infolge der schweren Ernährungsstörung, welche physiologisch das totale Aufhören der Function nach sich zieht sofort nach dem Anlegen der Klemme an die Aorta. Dieser Eindruck der grossen Resistenz der Fibrillen wird besonders bei der Untersuchung nach der Methode von Donazzio erhalten; die Silbermethoden (Rachmanow und Ramon y Cajal) zeigen früher eintretende Veränderungen der Fibrillen, gleichsam ihre raschere Zerstörung in den Zellen, dass der Chemismus der Fibrillen früher angegriffen wird, als sie ihre Individualität als morphologische Gebilde einbüssen.

Ref. Michelson

P. Korolkow: «Hysterie im Kindesalter». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 25).

K. beobachtete bei einem Knaben von 10 Jahren, der aus nervöser Familie stammte, ein exspiratorisches Asthma hyster. In der Nacht im Schlafen freie Atmung. Temperatur subfebril 37,3—37,4, Puls 90—108, Atemzüge 32—40 in der Minute. Im Hospital Besserung, allmählich Heilung unter Jod und Brom.

E. Landau: «Ueber die Entwickelung der Windungen im medialen Teil des Stirnhirns». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 27).

L. glaubte zu beobachten, dass in mehreren Fällen von Hirnsectionen hinter dem Rande der Falx cerebri im medialen Teil der Stirnwindungen eine Hypertrophie und kleine Vorwölbung der einen Hirnhälfte sich findet, der eine seichte Einbuchtung auf der anderen Hirnhälfte entspricht.

A. Dylewa: «Die charakteristischen Eigenschaften der Muskelarbeit bei der Parkinsonschen Krankheit». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 30).

Entsprechend dem Fortschreiten der Krankheit verlieren die Pat. mehr und mehr die Fähigkeit Bewegungsarbeit zu leisten, wobei sie jedoch sehr lange die Fähigkeit zu statischer Arbeit bewahren.

W. Lasarew: «Ulnarislähmung nach Typhus abdominalis». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 31).

Beschreibung von 5 Fällen mit günstigem Ausgang. Schreibt die relative Häufigkeit der Lähmung während einer Epidemie der Schwere dieser Epidemie zu.

A. Zazkin: «Zur Casuistik des Glioms der Netzhaut» (Wratsch. gas. 1908. Nr. 31).

Pat. 4½-jähriger Knabe, wurde durch Operation (Enucleation) geheilt. Die Iridocyclochorioiditis stand so im Vordergrunde der Erscheinungen, dass zuerst die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte.

B. Bormann: «Im Grenzgebiet der Chirurgie und Nervenkrankheiten». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 32).

Antrittsvorlesung.

S. Wladytschko: «Pathologisch-anatomische Veränderungen im centralen und peripherischen Nervensystem bei Vergiftung mit Tabacksrauch». (Wratsch. gas. 1908. Nr. 32).

Experimentelle Studien an Kaninchen und weisen Ratten gab zu folgenden Schlüssen Veranlassung: Lange fortgesetztes Einatmen von Tabaksrauch ruft bei Kaninchen im centralen und peripheren Nervensystem Destructionen hervor. Die Tabakspyridine rufen keine Zerstörungen hervor, neben Nikotin ist aber noch ein anderer unbekannter schädlicher Stoff im Rauch enthalten.

Ref. Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 2. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurn. akusch. i shensk. bol. 1908. Nr. 11).

L. Monin: «Sechs Fälle von Osteomalacie».

Die Beobachtungen stammen aus Tiflis, wo die Zahl der Osteomalacieerkrankungen entschieden zugenommen hat. Zum grossen Teil spielen schlechte Ernährungsverhältnisse hier eine Rolle. In zwei Fällen wurde Sectio caesarea gemacht, in drei Fällen Perforation, darunter zwei Mal an dem lebenden Kinde, ein Mal spontane Geburt.

K. Ulesko-Stroganowa «Die locale Abwehrreaction des Organismus gegen Reize verschiedener Art».

Verf. hat Ovarialgewebe, Cystenwandungen, Stücke vom Netz, das entzündlich verändert war, untersucht und ist vielfach auf gewisse Structureigentümlichkeiten gestossen. U. fand epitheloides Gewebe, welches von zahlreichen mononucleären und mehrkernigen Riesenzellen durchsetzt war.

G. Kalabin: «Der Einfluss der Schwangerschaft und der Geburt auf die Tuberculose und die Behandlung der Lungentuberculose mit dem Denisschen Tuberculin».

K. hat 61 Geburten bei Frauen beobachtet, die Tuberculose der Lungen hatten in verschiedenen Stadien; manche Frauen gebaren mehrfach, ohne dass die Geburt einen schädigenden Einfluss auf sie ausgeübt hat. In einem Fall hat K. das Tuberculin Denis angewandt bei einer fünfmonatlichen Gravidität, es wurden 90 Einspritzungen gemacht.

W. Gomolitzki: «Ueber einen Fall von vicarierenden Menses».

Eine 28-jährige Studentin hatte mit 13 Jahren angefangen zu menstruieren, dann bestand jahrelang Amenorrhoe und Pat. bemerkte periodenweises Auftreten von Paresen, welche zwei Tage anhielten, hauptsächlich die Arme befielen. G. beobachtete Pat. monatelang, constatierte Parese der oberen Extremitäten und in geringem Grade auch der unteren, daneben Hysterie. Dieser Zustand hatte 8 Jahre angehalten. Galvanisation. Pat. verlor später diese Erscheinungen und die Menses traten regelmässig ein.

Ref. Lingen.

Russki wratsch. 1908. Nr. 11 u. 18.

S. Cholmogorow: «Haematom der Scheide und der äusseren Geschlechtsteile».

Auf Grund der Literaturaufgaben und eigener Beobachtungen spricht sich Verf. für eine expectative Behandlung der Haematome aus.

L. Okinschiz: «Die Anwendung der zu entfernenden schichtweisen Drahtnaht bei Operationen an der Scheide und am Damm».

Die in 12 Fällen angewandte Methode hat sich aufs Beste bewährt. Nach Abpräparierung des Dreiecks wird zuerst eine fortlaufende Drahtnaht in das Unterhautzellgewebe angelegt und darauf die Naht auf die Scheidenschleimhaut. Als letzte Naht kommt schliesslich die auf die Dammhaut von oben nach unten. Abgenommen werden dieselben erst am 8.—9. Tage, können aber noch länger liegen bleiben, da sie weder vereitern noch durchschneiden.

D. Popow: «Die Resultate des Kampfes wider den Gebärmutterkrebs».

Die Organisation des Kampfes wider den Gebärmutterkrebs beginnt in Russland bereits realere Formen anzunehmen. Dank der Tätigkeit der Krebscommission, welche bei der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Petersburg besteht, wird die Frage auf den Congressen viel häufiger ventiliert, und auch in den Auditorien der Volksuniversität steht dieses Thema vielfach auf der Tagesordnung. Die Gesellschaft «zum Kampf wider den Gebärmutterkrebs» hat schon bestätigte Statuten. Die Petersburger Stadtverwaltung hat besondere Summen angewiesen zur Errichtung specieller gynäkologischer Laboratorien für mikroskopische Untersuchungen, wohin die Aerzte die Krebskranken oder excidierte, verdächtige Gewebsstücke schicken können. Nach dem Vorbilde des Petersburger Comitees haben sich im Inneren des Reiches Zweigvereine gebildet, welche mit dem Petersburger als dem centralem in steter Verbindung stehen. Durch eine wohltätige Stiftung ist die Möglichkeit geboten ein Hospital für 50 Betten speciell für Krebskranke zu bauen, wozu gegenwärtig ein Plan ausgearbeitet wird.

Ref. Mühlen.

Medizinsk. obosren. 1908, Nr. 1—12.

N. Prosorowski: «Ein seltener Fall eines Adenomyoma cysticum uteri».

Grödinger: «Zur Casuistik der Ovariotomie».

A. Schewaldyschew: «Ein Fall von Kaiserschnitt bei relativen Indicationen».

Wegen allgemein verengten Beckens, war bereits 3 Mal die Perforation am lebenden Foetus ausgeführt worden. Da die Conj. vera 7—7,5 betrug, also das für die Pubiotomie erforderliche Minimalmass von 8—8,5 Cm. nicht erreicht wurde, so wurde an der Schwangeren die Sectio caesarea ausgeführt. Zugleich wurden beide Tuben reseciert. Völlige Genesung und lebendes Kind.

G. Grauermann: «Die von der Petersburger gynäkologischen Gesellschaft vorgeschlagenen Massnahmen, zur Verbesserung der Geburtshilfe unter der Bevölkerung Petersburgs».

N. Mussatow: «Zusammentreffen von Darmocclusion mit Schwangerschaft».

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

M. ist der Ansicht, dass der von Freund in Strassburg gefundene Procentsatz der Sterbefälle von 95 nicht einwandsfrei ist und dass die Perforation am lebenden Fötus nicht immer durchaus indiciert ist. Verf. teilt einen Fall mit, bei welchem das Accouchement forcé völlige Genesung brachte, indem die Durchgängigkeit des Darmes wieder eintrat. Nach Aussage der Chirurgen hatte es sich hier um ein pathologisch verlängertes Mesenterium des S. romanum gehandelt, welches die Occlusion verursacht hatte.

J. Alexandrow: «Ein Fall von Pubiotomie».

Es handelte sich um eine Conj. diag. von $9^1/_2$ Cm. Nach der Durchsägung entfernten sich die Sägeflächen um $2^1/_2$ Cm. von einander und der Kopf stellte sich fest ein. Während des Durchtritts des Kopfes entfernten sich die Knochenenden bis auf 5 Cm.

Ref. Mickwitz.

Praktitsch. Wratsch. 1907, Nr. 46, 49 u. 1908 Nr. 1.

W. Fedorow: «Zur Frage der Pubiotomie».

Verfasser gibt eine Uebersicht über die einschlägige Literatur und schildert einen Fall, bei dem er diese Operation ausgeführt hat.

L. Katznelson: «Zur Frage der Verletzung der Clitoris während der Schwangerschaft».

Verfasser beschreibt einen Fall, wo eine hochschwangere Frau sich beim Fallen von einer Leiter eine ca. 6—7 Cm. tiefe Wunde in der Gegend der Harnröhrenmündung zugezogen hatte. 2. Hinterhauptslage, Wendung nach Braxton-Hicks und mehrere Stunden darauf Extraction eines toten Kindes von 3100 gr. — Nach 12 Tagen fühlte sich Patientin wohl.

Ref. Lehmann.

Wratsch. gas. 1908, Nr. 27—47.

O. Kamenski: «Maturitas praecox bei einem 5-jährigen Mädchen».

Das Mädchen war von der Grösse und dem Gewicht eines 10—11-jährigen Kindes. Die Brustdrüsen vollkommen entwickelt, ebenso die grossen Labien. Bei der bimanuellen Palpation war der Uterus durchzufühlen, der Mons veneris war mit $1^1/_2$—2 Cm. langen Haaren bedeckt.

G. Jenter: «Zur Casuistik der Entwicklungsfehler der weiblichen Geschlechtsorgane.

J. beobachtete 1) bei einer 22-jährigen Bäuerin einen Uterus didelphys, Vagina partim septa. Pat. leidet an Gonorrhoe, hat vor 5 Jahren normal geboren, wie die Untersuchung ergab aus dem rechten Uterushorn. 2) Uterus didelphys, Vagina septa completa bei einem 23-jährigen Mädchen. Starke Blutung beim ersten und zweiten Coitus, die Vagina musste tamponiert, das Septum operativ entfernt werden. 3 u. 4) Vaginae septae. 5) Defectus uteri. 6) Defectus uteri et vaginae.

A. Nowikow: «Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen und die operative Behandlung der Prolapse der weiblichen Geschlechtsorgane».

A. Nowikow: «Ueber die Ursachen und die operative Behandlung des Prolapses der weiblichen Geschlechtsorgane».

N. schlägt eine neue Operationsmethode vor, die die Symphyse niedriger machen soll. Es ist eine doppelseitige Pubiotomie, ähnlich der Operation von Henkel. Autor hat sie aber nur an Leichen ausprobiert.

W. Selenkin: «Eine Epidemie von Mutterkornvergiftung (Rophanie)».

S. beobachtete 179 stationäre und 847 ambulatorisch behandelte Kranke mit Rophanie. Die Ursache war die schlechte Ernte nach dem nassen Sommer 1904; der Gehalt an Mutterkorn im Roggen war $4-11^1/_2$ pCt. Die Symptome waren tonische Krämpfe besonders der Hände, Füsse, des Gesichtes, dann der Stimmbänder, des Schlundes, der Atemmusculatur, sehr starke Schmerzen. Im Anfang beständige Krämpfe, später in Anfällen. In der Folge lange Zeit Schwäche, in 5 Fällen Paralysen. Nach der Heilung blieb häufig eine gewisse Ataxie nach. Die Psyche litt stark, Insomnie, Schreckhaftigkeit, Hallucinationen, später Melancholie und Idiotismus. Der Magendarmcanal war fast immer in Unordnung, Durchfälle, Erbrechen etc. bisweilen Constipation; die Ernährungsstörungen zeigten sich später in Form von Furunculose, ferner Gangrän der Gliedmassen, doch diese wohl eine nervöse Erscheinung. Therapie symptomatisch.

A. Mykertschiantz: «Zur Frage der Complication der Fibromyome durch Gravidität».

Beschreibung mehrerer Fälle, wobei Autor zu folgenden Schlüssen kommt: 1) Die Fibromyome bilden ein Hindernis für die Befruchtung, 2) als diagnostischer Hinweis auf Fibromyom ist eine dem Zeitpunct der Gravidität nicht entsprechende Grösse und harte Beschaffenheit des Uterus anzusehen, 3) das Vorhandensein eines Fibromyoms bei einer Graviden ist noch keine Indication zur Operation, 4) sehr schnelles Wachstum des Tumors und starke Schmerzen sind Indicationen zur Operation, 5) Ebenso ist voraussichtliche Verlegung der Wege als Geburtshindernis noch keine Indication zu frühzeitiger Operation. 6) Erweist sich eine Operation als unumgänglich, so ist der Uterus möglichst zu schonen wenn dieses nicht möglich, samt der Geschwulst, zu entfernen. 7) bei abwartendem Verhalten muss die Patientin sich unter beständiger ärztlicher Controlle befinden. 8) In der Nachgeburtsperiode ist Mammin (Poehl) mit Erfolg angewandt worden und empfehlenswert.

P. Parenage: «Ein Fall von Aplasie des Uterus und der Vagina».

Bäuerin von 23 Jahren wandte sich an Autor mit Klagen über Intontinentia urinae. Seit ihrer Verheiratung vor 2 Jahren besteht die Intontinentia und zwar seit dem ersten Coitus, bei dem eine Harnfistel gebildet worden war. Bei der Untersuchung drang der Finger durch diese in die Blase. Per operationem gelang es die Incontinenz zu bessern. Von Vagina und Uterus nichts nachzuweisen.

Th. Alexandrow: «Ueber kühle Vaginalirrigationen».

Kühle Scheidenspülungen sind indiciert, wo die glatten Muskelfasern zu erhöhter Tätigkeit angeregt werden sollen z. B. bei Subinvolutio post partum. Die Temperatur soll circa 6—12° betragen, zu niedrige Temperatur ruft Koliken hervor.

E. Hinders: «Einige Fälle einer seltenen Form der Vulvovaginitis bei Kindern (Vulvovaginitis aphthosa)».

H. beobachtete 5 Fälle bei Mädchen von 1—3 Jahren, meist nach Masern; ziemlich starke Entzündung der umgebenden Teile, Verlauf günstig, rasche Heilung.

Ref. Schiele.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Pract. Wratsch. 1907. Nr. 43, 45, 50, 52.

A. von Wahl: «Ueber Fehlerquellen bei Untersuchungen auf Gonococcen».

Zur Vermeidung von Fehlern verlangt Verfasser folgende Vorsichtsmassregeln: 1) Das Material muss frisch sein. Urin muss in Gegenwart des Arztes gelassen werden. Verdächtige Fäden sind sofort aufzufangen und zu fixieren. 2) Es darf keine locale Behandlung vorhergegangen sein. Unterbrechung der Behandlung auf ca. 3 Tage, manchmal bis zu drei Wochen. Bei der Frage, ob eine Ehe eingegangen werden kann, ist letzterer Termin einzuhalten. Auch die innere Behandlung muss einige Tage vor der Untersuchung unterbleiben. 3) Sowohl das Urethralsecret als auch die Fäden sind zu untersuchen.

G. Meschtscherski: «Ein Fall von wahrscheinlicher Syphilis der dritten Generation».

Verfasser schildert einen solchen Fall, den er zu beobachten Gelegenheit hatte. 1) Der Grossvater luetisch, ohne Behandlung, 37 Jahre nach der Infection periostales Gumma. 2) Der Sohn zeigt keine hereditäre Lues, inficiert sich frisch im 24. Lebensjahre. 3) Grosstochter, geboren vor ihres Vaters frischer Infection, zeigt selbst keine hereditäre Lues bis zum 10. Lebensjahre.

M. Tschistjakow: «Ein Fall von Lues vom Lande in die Hauptstadt importiert».

Verfasser schildert einen Fall, bei welchem ein Weib, welches in St. Petersburg bei einer Geburt behilflich war, sich bei Belebungsversuchen des Neugeborenen durch dieses mit Lues inficiert hat. Das Weib hatte das Neugeborene durch Ansaugen, durch Einblasen von Luft, etc. wiederbeleben wollen und ein Ulcus der Lippe erhalten.

Ref. Lehmann.

Wratsch. gazeta 1908. Nr. 37, 44, 45, 46.

W. Shdanowitsch: «Ein neuer Psychrophor».

Autor schlägt eine Modification der Arzberger schen Birne vor, durch die die Prostata von beiden Seiten umfasst werden soll. Beschreibung und Abbildung.

W. Sykow: «Ueber die Behandlung des sog. flachen Hautkrebses».

S. empfiehlt eine Methode der Stauungshyperaemie nach Bier, wobei der Saugapparat mit einem Körtig schen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Apparat verbunden wird, um einen Druck von 760 mm. Quecksilber constant zu erzielen. Die Seancen sollen 10—15 Minuten dauern. In letzter Zeit hat S. eine Combination von Stauung und Röntgenisation ersonnen und angewandt, deren Resultate er nächstens geben will.

W. Shdanowitsch: «Ein Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der Impotenz beim Manne».

S. unterscheidet 3 Formen der Impotenz: vollständiges Fehlen von Trieb und Erectionen; Trieb erhalten, doch nur sehr schwache Erectionen; Trieb erhalten, schwache Erectionen; vorzeitige Ejaculation des Samens. Wenn es sich nicht um centrale, sondern locale Ursachen handelt, ist Heilung sehr wohl möglich. Local findet sich häufig eine Stauungshyperaemie in der Pars prostatica, besonders am Colliculus seminalis, in welchen Fällen Sondierung oder noch bessere endoskopische Behandlung (Beizung mit Arg. nitr.) von Erfolg ist.

I. Gerbsmann: «Ueber die Anwendung von Atoxyl bei Syphilis und Lichen ruber planus».

G. fand Atoxyl bei Lues unwirksam, bei Lichen ruber plan. gut wirkend.

Ref. W. Schiele.

Russki wratsch. 1908. Nr. 15.

P. Maslakowez und I. Liebermann: «Theorie und Technik der Wassermannschen Reaction und ihre Bedeutung für die Diagnose der Syphilis».

Die Autoren haben sehr genau untersucht 169 Fälle; beim geringsten Zweifel wurden wiederholte Untersuchungen mit demselben Serum vorgenommen. Diese Fälle kann man in 3 Kategorien teilen, 1) Serum von sicher nicht Syphilitischen—46, 2) Serum von Syphilitischen—103 und 3) von Zweifelhaften, für diagnostische Zwecke — 20.

Zur ersten Kategorie gehören Sera verschiedener Hautkranker: Eczem, Psoriasis, Hauttuberculose, rheumatischem Erythem u. s. w. und Sera von Schweinen, Pferden und Meerschweinchen. In allen 46 Fällen war das Resultat ein negatives.

Zur 2. Kategorie gehören 91 Fälle von Syphilis in der condylomatosen Periode und 12 in der gumösen, von den letzteren war das Resultat in 8 Fällen positiv, in 4 negativ. Die Fälle der condylomatösen Periode zerfallen in solche wo die Symptome der Syphilis deutlich ausgesprochen waren — 41, und wo keine solche vorhanden waren, aber die Anamnese deutlich dafür sprach — 50. Alle ersteren Fälle gaben ein positives Resultat (100%), die übrigen in 36%, in 32 Fällen blieb der Erfolg aus. Im Verlauf des ersten Jahres der Erkrankung gaben in 59 Fällen 47 eine positive Reaction (79%). In Fällen von Erkrankung mehr als 1 Jahr wiesen von 54 untersuchten Kranken 27 (50%) deutliche Symptome auf.

Dieses wird übrigens auch von anderen Autoren bestätigt. Einzelne sehen dieses als Resultat energischer Behandlung vielleicht sogar als völlige Ausheilung an, doch nach Ansicht von M. und L. sind am Krankenbette noch zu wenig systematische Untersuchungen vorgenommen worden, um diese Facta in Verbindung mit der Behandlung zu bringen.

Sie haben versucht den Einfluss der Behandlung auf das Resultat der Reaction klarzustellen und eine Reihe Nachuntersuchungen vorgenommen, ohne aber zu einem festen Schluss zu kommen. Von den 20 Fällen, welche zu diagnostischen Zwecken untersucht wurden, gaben 3 ein positives Resultat.

Ref. Mühlen.

Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei. Bd. III. Nr. 1—4.

W. Okunew: «Resection des Canalis nasolacrimalis in der Therapie der Augenerkrankungen.

Bei Augenerkrankungen, die durch Nasenleiden verursacht sind, hat O. in 6 Fällen mit Erfolg das vordere Drittel der unteren Nasenmuschel und die nasale Wand des Canalis nasolacrimalis reseciert. Die Resection wird mit einer vom Autor construierten Zange ausgeführt.

A. Iwanow: «Zur Behandlung der acuten und subacuten Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase».

Experimentell gelang es I. nachzuweisen, dass in horizontaler Rückenlage bei zurückgebeugtem und zur kranken Seite geneigtem Kopfe in die Nase eingeführte Flüssigkeiten bei kräftigen und exspiratorischen Bewegungen in alle Nebenhöhlen der Nase gelangen können. Therapeutisch verwendet I. folgende Lösung: Cocaini muriat., Acid. borici āā 0,3, Aq. destillat. 10,0, Sol. Adrenalini hydrochlorici (1:1000) 1,0. Davon werden nach Reinigung der Nase 10 Tropfen in die Nase 3—4 mal täglich eingeträufelt und ausserdem Mentholdämpfe eingeatmet. Ausserdem wird täglich Kohlensäure durch einen Ohrcatheter direct in die betreffende Nebenhöhle eingeführt. Auf diese Weise wurden 26 Nebenhöhlenerkrankungen behandelt, in 18 Fällen wurde vollständige Heilung erzielt.

A. Putschkowski: «Zur Behandlung der Trommelfellperforationen».

P. wählt grosse Perforationen, betupft den Rand mit 30—50 pCt. Acid. trichloraceticum und bedeckt die Perforation mit einer Scheibe aus gelbem durchsichtigem Wachstuch, dessen Peripherie mit Vaselin bestrichen wird; darauf wird Borsäure in den Gehörgang insuffliert. Die Aetzungen werden alle 10 Tage vorgenommen. In der Regel genügen 3—5 Aetzungen. In 66 pCt. erzielte P. Heilung der Perforation.

A. Iwanow: «Erkrankungen des Kehlkopfs bei Syringobulbie. Nr. 2».

I. fand bei Syringobulbie eigentümliche Lähmungen der Kehlkopfmuskeln, die ihm ermöglichten nach dem Kehlkopfbilde die Diagnose auf Syringobulbie zu stellen: doppelseitige Lähmungen sind häufiger als einseitige. Entgegen dem Gesetze Semon-Rosenbach erkranken zuerst die Adductoren, sodann kommt eine atypische Bewegung der Giessbeckenknorpel vor. Die Sensibilität bei I. ist unbestimmt.

L. Sentschenko: «Natrum perboricum bei chronischen Ohreiterungen».

In der Klinik von von Stein (Moskau) wurde das Pulver in 30 chronischen Fällen von Otorrhoe mit bestem Erfolge insuffliert. Auch 2 acute Fälle ergaben gute Resultate.

I. Schmurlo: «Ueber Schussverletzungen des Ohres».

Drei casuistische Fälle, von denen nur ein Fall Interesse beansprucht. Die Revolverkugel wurde bei der im 3 Jahre nach der Schussverletzung vorgenommenen Radicaloperation in der Paukenhöhle gefunden; das Labyrinth war anatomisch und functionell intact.

S. Burack: «Ueber Paraffin-Prothesen im Allgemeinen und Correction von Sattelnasen im Speciellen»

Eine experimentell-histologische Arbeit, die im Original nachgelesen werden muss.

A. Putschkowski: «Zur Pathologie der Uvula bifida».

Die Pathologie der Uvula bifida ist wenig erforscht. Diese kommt häufiger bei Kindern von 10—15 J. vor, beide Geschlechter sind gleich häufig vertreten, nur höhere Grade der Uv. bif. beeinflussen den Schluckact und die Sprache, auf den Allgemeinzustand ist sie ohne Einfluss.

A. Sacher: «Sublimat gegen Ohrgeräusche bei chronischen nicht eitrigen Processen im Mittelohr».

Sublimati 0,05, Extr. Gentianae q. s. ul f. p. Nr. 50. 2 Mal tgl. eine Pille zu nehmen. Diese Pillen wurden in 80 Fällen versucht. 20 Patienten entzogen sich der Behandlung; in 41 Fällen war Erfolg zu verzeichnen, in 19 Fällen trat keine Besserung ein.

A. Iwanow: «Ein Fremdkörper in der Trachea».

In der Trachea und im rechten Bronchus wurde bei der Autopsie eines vor 2 Jahren tracheotomierten Patienten, der beständig eine Canüle trug, ein 9½ Ctm. langes ½ Ctm. starkes Drainrohr gefunden, dessen Lumen fast vollständig verstrichen war.

R. Pasternack: «Zur Casuistik der Nasensyphilis».

Ein casuistischer Fall von Nasensyphilis, wobei 2 Jahre nach der Infection die in toto necrotische Cartilago quadrangularis extrahiert wurde. Heilung.

Ref. J. Hoehlein.

Pathologie und Therapie.

Wratschebnaja gaseta 1908, Nr. 37—50.

M. Arinkin: Zur Frage der Bildung der Opsonine und Antihämolysine aus Leucocythen.

Die Experimente mit Opsoninen zeigten, dass die Leucocythen bei der Bildung von Antikörpern direct beteiligt sind oder dass die Leucocythen zum mindesten Opsoninträger sind und je gründlicher ihr Zerfall, desto stärker die opsonogenen Eigenschaften des Serums. In Bezug auf die Antihämolysine waren die Resultate negativ, doch war das nicht beweisend, da aus

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

practischen Gründen nur Leucocythen aus der Bauchhöhle zur Verwendung kamen.

J. Matthews: Die therapeutische Verwendung von Vaccinen zur Heilung von Bacterieninfectionen.

Wright und Douglas nennen bekanntlich die Antikörper des Serums, bei deren Abwesenheit die Leucocythen die Fähigkeit zur Phagocythose so gut wie ganz verlieren Opsonine. Die Opsonine verändern die Bacterien in der Weise, dass sie leicht von den Phagocythen vernichtet werden können ὀψώνω — ich bereite zum Mahle vor). Bei der Immunität spielen die Opsonine daher eine grosse Rolle. Bei Bacterieninfection tritt eine Vermehrung des Opsoningehaltes des Serums ein; dieselbe Wirkung hat die Injection abgetöteter Bacterienculturen. In den meisten Fällen kommt es nur zu einer localen Infection, da durch Phagocytose die eingedrungenen Bacterien vernichtet werden. Gelingt den Phagocyten jedoch diese Aufgabe nicht, bei geschwächtem Organismus, starker Virulenz der eingedrungenen Microorganismen etc., so erfolgt eine Infection des ganzen Organismus. Den opsoninischen Index eines Individuums nennen W. und D. das Verhältnis der phagocytären Kraft des Serums dieses Individuums zum Serum normaler Personen einer Bacterienart gegenüber. Die opsoninische resp. phagocytäre Kraft des Serums wird durch Einwirkung des Serums auf ausgewaschene Leucocythen festgestellt. Auß abgetöteten Culturen stellen die beiden genannten Autoren Vaccine dar, die 3 Formen der Reaction bei gesunden Personen hervorrufen. Entweder 1) sofortige starke Vermehrung der Antikörper, was sich bei Feststellung des opsoninischen Index erkennen läst, oder 2) anfängliche geringere oder stärkere Verminderung der Antikörper, der später ein Steigen bis zur Norm oder über dieselbe folgt, dann längeres Verweilen in diesem Zustande, 3) beständige langsame Verminderung der Antikörper, die lange unter der Norm bleiben können. Diese Typen der Vaccinewirkung hängen von der Grösse der Dosis ab. Bei verschiedenen Krankheitsformen muss man nun verschiedene Arten der Reaction hervorzurufen suchen, entsprechend den oben gegebenen 3 Typen. Bei noch streng localisierten septischen Erkrankungen (Erisypel, Phlegmone, Wochenbettfieber) darf man es nicht auch nur zu kurz dauerndem Sinken der Antikörper kommen lassen, dieses brächte die Gefahr einer Allgemeininfection mit sich, es müssen grosse Dosen angewandt werden, um eine möglichste Localisierung der Krankheit zu erzielen. Bei mehr chronischen infectiösen und septischen Processen dagegen (Furunculose, Tuberculose etc.) spritzt man minimale Dosen der Vaccine ein, man erhält dann den Typus 2, nach anfänglicher Verminderung der Antikörper (negative Phase), kommt eine längere Zeit anhaltende positive Phase (7—8 Tage), so dass man erst wieder nach 10—12 Tagen von neuem zu injicieren braucht. Die Vaccine ruft keine Temperatursteigerung hervor, es macht sich nur eine locale Reaction bemerkbar. Der Typus 3 ist uns in seltenen Fällen erwünscht z. B. in Fällen von Furunkeln und Carbunkeln auf deren Rückbildung nicht mehr zu rechnen ist, wo eine anhaltende negative Phase die Reifung begünstigt. In vielen Fällen braucht man, wie die Erfahrungen im Hospital St. Marie in London gezeigt haben, den opsoninischen Index der erkrankten Person nicht festzustellen, was die Anwendung der Vaccine bedeutend vereinfacht, z. B. in allen Fällen von Staphylococceninfection, aber auch in manchen Fällen von Tuberculose, Strepto- und Gonococceninfection und bei der Schutzimpfung gegen Typhus. Für die Praxis eignen sich die Vaccinen, die nach dem Vorbilde des Hospial St. Marie von der Firma Parke und Davis hergestellt werden. Sie werden sterilisiert und in Ampullen von 1 Centm. verkauft. Um die Vaccination vornehmen zu können, muss man im gegebenen Falle wissen, welches Bacterium die Krankheit hervorruft 2) die Dosis der Vaccine richtig bestimmen und in welchen Zeitabständen diese Dosis anzuwenden ist. Die Erfahrung hat gelehrt, dass bei folgenden Krankheiten meist Staphylococcen die Ursache sind: a) Furunkel, Carbunkel, Osteomyelitis, Sycosis, Acne pustul., häufig das Eczema und der Knochenfrass bisweilen Endocarditisinfection und Septicaemie; b) Streptococcen-Erisypel, Wochenbettfieber, septische Endocarditis, Lymphangoitis, die meisten Phlegmonen; c) Tuberkelbacillen neben der Phthise, die Peritonitis tubercul., Urogenitaltuberculose, chronische Gelenkentzündungen, Drüsenentzündungen, Knochen- und Hauterkrankungen. Ist der Fall nicht klar, so muss man ihn durch Feststellung des opsoninischen Index entscheiden oder bacteriologisch. Wie lässt sich nun die richtige Dosis für jeden Fall feststellen? Hierbei hat man 2 Klassen von Krankheiten zu unterscheiden: 1) Fälle, in denen nach der richtigen Dosis sofort eine deutliche klinische Besserung zu constatieren ist (Furunkel und überhaupt Staphylococcenerkrankungen gehören hierher). 2) Fälle, bei denen auch bei richtiger Dosis nicht bald eine klinisch bemerkbare Besserung eintritt; hierher gehören Tuberculose aller Art etc. In ersterem Falle injiciert man z. B. 50 Millionen Staphylococcen und lässt den Patienten nach 4 Tagen wiederkommen, der vorhandene Furunculus ist im Vergehen. Ist keine Besserung zu verzeichnen, so vergrössert man die Dosis und bei jeder nachfolgenden Injection geht man auf immer grössere Dosen über bis 400—500 Millionen zuerst jede Woche einmal, später seltener. Im Allgemeinen darf die negative Phase nicht zu lange nach der Injection andauern, ist dieses der Fall, so ist die Dosis zu klein. Die mittlere Dosis bei Streptococcen ist im Anfange 5—10 Millionen, bei Gonococcen 5—10 Millionen. In den Fällen der 2. Kategorie ist es besser nach Feststellung des opsoninischen Index zu vaccinieren. Wenn dieses nicht geschieht, muss man sich an die durch die Erfahrung festgestellten Dosen halten, vom Tuberculin z. B. nicht mehr wie $^1/_{20000}$ Mlgr., doch je nach Ausbreitung des Processes. In verschiedenen Fällen bewähren sich am besten antogene Vaccinen, d. h. Vaccinen aus Krankheitserregern des betreffenden Kranken. Mit grossem Erfolge lassen sich aber im Allgemeinen mit den fertigen Vaccinen, Furunkeln, Acne, Carbunkeln, Gonorrhoe (Gonococcen-Rheumatismus und alle Tuberculoseformen behandeln. Doch auch noch manche andere.

A. Blum: «Zur Kasuistik der Blutungen bei Influenza».

B. beobachtete 19 Fälle von Nasenblutungen im Verlaufe der Influenza, von denen er 7 genauer beschreibt, die bei Individuen verschiedenen Alters auftraten, die früher nie an Nasenbluten gelitten hatten. Die Nase erwies sich bei allen vollkommen normal.

S. Finkelstein: «Zur Frage über die Tuberculose bei Kindern».

F. gibt die Resultate von 410 Obductionen von Kindern von 0—15 Jahren, die bestätigen, dass die Tuberculose vor dem ersten Jahre sehr selten ist (18%), mit den Jahren immer mehr zunimmt (10—15 Jahre 37,4%, im Durchschnitt überhaupt 33,4% von Tbc.). Darmtuberculose fand sich nur in 6 Fällen. Autor sieht die Theorie von Behring und Baumgarten, dass die Tuberculose sich schon im frühen Kindesalter im Organismus entwickele, als widerlegt an.

K. Karaffa-Korbut: «Ein Fall von Hydronephrose einer mit einer Art. renalis accessoria inferior versehenen Wanderniere».

Von manchen Autoren wird die Mobilitas renis alteri bereits als genügender Grund zur Entwicklung einer Hydronephrose angesehen, hier kam eine Art. ren. infer. access. hinzu. Der Pat. war 48 Jahre alt, litt an Arteriosclerose, Myocarditis, ren. mobilis; die Hydronephrose und Atrophie der anderen Niere werden erst post mortem festgestellt.

I. Schirokogorow: «Ueber die phagocytäre Function der Nebenniere».

Sch. kommt zum Schlusse bei 17 experimentellen Versuchen, dass die Nebenniere kein phagocytäres Organ ist.

B. Perott: «Ueber die Wirkung des Tuberculinum purum auf den Allgemeinzustand Tuberculöser».

Beobachtungen an 20 Kranken aus dem Sanatorium Hallila in Finnland. Von den Kranken befanden sich 5 in I, 7 in II, 8 in III Stadium der Krankheit. Es erwies sich, dass in keinem Fall ein schlechter Einfluss der Tub. pur. zu verzeichnen war, dagegen in mehreren Fällen ein guter, Zunahme des Gewichtes und Besserung des Allgemeinbefindens.

E. Hindess und I. Warschawski: «Zur Frage über die Tuberculinreaction bei Kindern».

H. spricht sich für die Ophthalmoreaction (Calmette) bei Kindern aus, die Injectionen sind nicht ohne Gefahr, Pirquet gibt zu Täuschungen Anlass».

E. Losaberidse: «Zur Frage der Ophthalmoreaction des Tuberculins».

Auf Grund von 20 Fällen spricht Autor sich für die Ophthalmoreaction aus; kein Mal unangenehme Nebenerscheinungen.

I. Benderski: «Ueber Massage im Moorbade».

B. weist auf die ausgezeichneten Erfolge der Massage im Moorbade hin bei verschiedenen Krankheiten. Seancen sollen 10—20 Minuten dauern.

L. Finkelstein: «Ueber die Unterscheidung von Trans- und Exsudaten».

Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Methode von Rivatta (2% Essigsäure wird der zu untersuchenden Flüssigkeit zugesetzt, wobei bei Exsudaten Trübung erfolgt, bei Transsudaten die Flüssigkeit klar bleibt). Pleural- und Peritonealflüssigkeiten lassen sich so mit Sicherheit unterscheiden, andere nicht. (Hydrocele etc.).

W. Sbukowski: «Angeborenes Sarcom der Nebenniere bei einem 8-tägigen Kinde».

S. Fedynski: «Ueber Fremdkörper der Atmungswege bei Kindern».

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

F. kommt zum Schluss, dass, wenn eine hohe Bronchoscopie nicht ausführbar, möglichst bald eine hohe Tracheotomie auszuführen sei. Wenn der Fremdkörper sehr tief in den Bronchien sitzt, ist eine tiefe Tracheotomie zulässig. Im Anschluss an die Operation ist eine Bronchoscopie vorzunehmen. Intubation erleichtert häufig die Operation.

A. Swoëchotow: «Die diagnostische Bedeutung der Probe auf Pepton».

Autor tritt warm für die Untersuchung auf Pepton im Harn ein; er hat die Analyse in 112 Fällen (200 Anal.) ausgeführt, bei 50 mit positivem, bei 62 Kranken mit negativem Resultat. Die Hofmeistersche Probe behält ihren Wert als Anzeichen versteckter innerer Eiterherde, besonders der Leber, des Peritoneums, Osteomyelitis etc.

N. Leschner: «Ein Fall von Actinomycose des Blinddarmes».

Die Diagnose, die auf eine Affection des Blinddarmes bei dem 34-jährigen Patienten gestellt war, wurde auch bei der Operation nicht vollkommen geklärt und erst die Obduction zeigte, dass es sich um eine Actinomycose handele. Pat. war bis $1\frac{1}{2}$ Monate vor Eintritt in die Klinik scheinbar gesund gewesen und nach einer Fahrt auf dem Velociped erkrankt. Die Actinomycose des Darmes ist sehr selten. Pat. befand sich in der sog. 4. Periode der Krankheit, die Infiltration begann bereits in Zerfall und Erweichung überzugehen.

W. Janowski: «Ueber die Bedeutung des oesophagealen Cardiogramms für die genaue Diagnose der Adams-Stokeschen Krankheit nebst einigen Bemerkungen über Bradycardie.

Die Ausmessung der Vorhofs-Wellen in einem von J. untersuchten Falle der Adams-Stokeschen Krankheit zeigte, dass sowohl die Oesophagogramme wie Phlebogramme beweisen, dass es sich um einen sog. «Herzblock» handele. Es bestand bedeutende Bradycardie, wobei der Puls zwischen 20—30 Schlägen in der Minute schwankte. Epileptiforme Anfälle hat Autor selbst an dem Pat. nicht beobachten können.

N. Kuschew: «Ueber Adams-Stokesche Krankheit».

Zwei Fälle von Adams-Stokescher Krankheit. Ein Bauer von 57 Jahren, der im Hospital starb und ein anderer von 70 Jahren. Bei beiden ziemlich hochgradige Arteriosclerose, beim zweiten Diabetes. Beide zeigten die charakteristischen Symptome des Leidens.

Th. Gering: «Die Behandlung der Kehlkopftuberculose».

S. Burak: «Ueber Frühdiagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses».

J. Benderski: «Singultus und seine Behandlung».

B. empfiehlt besonders Magenspülungen.

Ref. W. Schiele.

Medizinsk. Obosr. 1908. Nr. 14—17.

M. Dawydow: «Ein seltener Fall von Gumma des linken Vorhofes, welches die linken Lungenvenen und den linken Bronchus comprimierte; mit gleichzeitiger Obliteration der Vena cava superior und Verengung der rechten Arteria pulmonalis».

L. Mankowski: «Die therapeutische Wirkung des salicylsauren Natrons auf den acuten Gelenkrheumatismus bei Kindern».

An 12 Krankengeschichten von Fällen mit sehr verschiedenartigem Verlauf hat Verf. die Wirkung des salicyls. Natr. studiert und gefunden, dass von einer Wirkung auf den Krankheitsverlauf nichts zu bemerken ist. Zur Stützung dieser Behauptung führt Verf. noch die Resultate von Massenbeobachtungen auf, welche im Krankenhaus der heil. Olga angestellt wurden und ein gleiches Ergebniss liefern.

J. Michailowski: «Die physiologische Wirkung der Ureide auf das Herz der Kaltblüter und der Warmblüter».

Ss. Kljutscharew: «Ueber Reinfection der Febris recurrens».

Verf. hat aus 395 Recurrensfällen 13 herausgesucht, bei denen es sich um einwandsfreie Recidive handelte und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Febris rec. recidiviert in 2,3%. 2) Der Termin für das Auftreten des Recidives ist im Durchschnitt 1 Jahr und 2 Mon. 3) Das Recidiv tritt in einer schwächeren Form auf als die erste Infection und beschränkt sich auf einen Fieberanfall. 4) Wenn die erste Erkrankung nur mit 2 Fieberanfällen auftrat, so schützt sie in geringerem Masse vor einem Recidiv, als eine Primärerkrankung mit mehr Fieberanfällen.

W. Alexandrow: «Ueber Complicationen bei Typhus recurrens». (Pyopneumothorax subphrenicus).

W. Nefedow: «Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii».

A. Kalatschnikow: «Ein schnelles und zuverlässiges Verfahren der Bereitung von Alaun-Hämatoxylin nach Hansen».

Verf. nimmt anstatt der 10% Alaunlösung nach Hansen, nur eine 5% und kocht sie auf mässiger Flamme 5—8 Stunden lang, wobei immer Wasser zugefüllt wird.

D. Pletnew: «Die Pathogenese der Unregelmässigkeiten des Herzrythmus, bei einigen Krankheiten des Gehirns».

B. Krylow: «Vergiftungen mit Ammoniaklösung».

D. Nikolski: «Unglücksfälle auf Wasserstrassen».

Ref. Mickwitz.

Russki Wratsch. 1908. Nr. 14—17.

W. Gomolizki: «Ausheilung der Bauchwassersucht in einem Falle von Laennecscher Lebercirrhose».

In Anbetracht der Seltenheit, welche die Ausheilung der Bauchwassersucht bei Laennecscher Lebercirrhose anbetrifft, beschreibt G. genau einen Fall nebst der angewandten Behandlung.

U. Schopowalenko: «Ueber die Entstehung des 2-ten Herztones».

S. Brustein: «Ueber plastisches Röntgenogramm».

N. Stern: «Ueber das Verhalten der Choleravibrionen zum Mageninhalt des Menschen».

Im normalen Mageninhalt, bei 0,2% Säuregehalt und Fehlen von Schleim, behalten die Choleravibrionen ihre Lebensfähigkeit im Verlauf von 40—60 Minuten. Da aber die flüssigen Teile des Mageninhaltes bald in den Darm übergehen, so bildet der normale Magen keine so sichere «Barriere» für die Vibrionen, als man früher glaubte. Die Schleimmenge im Magen hat eine enorme Bedeutung für die Entwicklung und Vervielfältigung der Vibrionen, deshalb sind alle Menschen, die an Magenkatarrhen leiden, besonders Alcoholiker, am meisten einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt. Günstiger sind solche Personen daran, welche überflüssige Salzsäure haben, doch da der Höhepunct der Ausscheidung erst $1-1\frac{1}{2}$ Stunden nach der Nahrungsaufnahme eintritt, so können die Vibrionen den Magen bereits passiert haben.

Die Wasseraufnahme auf nüchternen Magen ruft keine Fermentausscheidung hervor, und Salzsäure sondert sich in geringer Menge ab. Daher gehen die Vibrionen dabei schnell unter. Durch Pepsin wird die Wirkung der Salzsäure nur verstärkt; Peptone dagegen schwächen sie bedeutend ab, so dass die Vibrionen sogar in 15—20 Minuten nicht abgetötet werden. Eine ähnliche Wirkung scheinen die Galle und Anwesenheit von Eiweiss auszuüben.

N. Klopotowski: «Beobachtungen über die Choleraepidemie in Kiew 1907».

Die Zahl der Cholerakranken betrug 565. Eine bacteriologische Untersuchung konnte nicht bei allen vorgenommen werden, da die Zahl der täglich Aufgenommenen zu gross war. An Choleradurchfall erkrankten 23 Männer, 31 Frauen und 7 Kinder, im Ganzen 61; es genasen alle; an Cholerine 74 Männer, 65 Frauen, 21 Kinder; starben 2; an Cholera 198 Männer, 130 Frauen, 16 Kinder; es starben 180, das ist 52,3%. Im algiden Stadium waren 245, von denen 48,1% starben (118), im typhoiden Stadium waren 99, es starben 64, das ist 64,6%.

Die Behandlung bestand in heissen Wannen und Kochsalzeingiessungen, auch hohe Tanninklysmen nach Cantani u. s. w. Das aus Wien erhaltene Serum von Kraus hatte keinen besonderen Erfolg, indem von 12 damit behandelten Kranken 8 starben.

G. Gurewitsch: «Die Methoden des klinischen Nachweises von Blut im Magen-Darminhalt».

Eine genaue Beschreibung der Bearbeitung des Kothes um einen Aetherauszug aus den Blutpigmenten zu erhalten, welcher am vorteilhaftesten zur Ausführung von Farbproben ist. Auf Grund eigener Erfahrungen empfiehlt Verf. am meisten die Guajac-, Aloin- und Benzidinproben.

M. Nastinkow: «Ueber Conservierung der Organe des menschlichen Körpers».

Sehr gut lassen sich die Organe in folgender Flüssigkeit conservieren: Kreosot 2,0, Kali nitrici 10,0, Glycerin 200,0, Wasser 800,0. Hierin liegen sie 24 Stunden oder mehr je nach ihrer Grösse, um dann in Vaselinöl oder Kerosin gebracht zu werden, worin sie auch ganz bleiben.

N. Wichrew: «Ueber den Bau und die Tätigkeit des Herzapparates».

Vorläufige Mitteilung.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

P. Mesernitzki: «Zur Frage über die Radioactivität der käuflichen Kaukasischen Mineralwässer».

Die Untersuchungen ergaben, dass die im Handel zu habenden: Narsan, Borshom und Essentuki Nr. 17 u. 18 und die Batalinischen Quellen stark radioactive Wässer sind, die Essentukischen Quellen Nr. 4 und 6 dagegen schwach sind.

N. Strashesko: «Ueber die gleichzeitige Registration verschiedener Teile des Herzens und des Blutdruckes».

Die Methode von Knoll, welche ihre Bestimmung durchaus erfüllt, da sie instructive Curven gibt, hat den Nachteil, dass sie compliciert ist und viel Zeit beansprucht. St. vereinfacht sie dadurch, indem er Einiges aus der Francois-Franckschen Methode entlehnte, und selbst noch einige Verbesserungen hinzufügte. Es folgt eine genaue Beschreibung der combinierten Methode.

M. Jljin: «Moussierende Frucht- und Beerenwässer und Limonaden».

Ref. Mühlen.

Nervenkrankheiten.

Obosrenje psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi Psichologii 1908, Nr. 5—8.

O. Tschetschott: «Iwan Pawlowitsch Mershejewski».

Gedächtnisrede auf der dem Andenken des Verstorbenen geweihten Sitzung der St. Petersburger Gesellschaft von Psychiatern am 22. März 1908.

A. Schtscherbak: «Binoculare und monoculare pendelförmige Bewegungen der Augäpfel beim willkürlichen Augenschluss. Zur Frage über die corticalen augenbewegenden Centren beim Menschen».

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Syringomyelie des Halsteiles des Rückenmarks combiniert mit Hysterie. Die pathologisch-physiologische und die klinische Analyse des Phaenomens der pendelförmigen Augenbewegungen führen zum Schluss, dass dieses Phaenomen ein bisher nicht beschriebenes hysterisches Symptom von Seiten der Augen darstellt. Mit dem Nystagmus überhaupt, weder dem associierten noch dem reflektorischen, auch nicht dem hysterischen, hat das Phänomen etwas gemein, unterscheidet sich vor allem durch die Langsamkeit der Bewegungen von jenem (20—30 Pendelungen in der Minute gegen durchschnittlich 200 Zuckungen dort). Aus seiner Beobachtung zieht Verf. ferner gegen die noch gültige Meinung, dass die hysterischen Erscheinungen sich den Gesetzen der Anatomie und Physiologie des Nervensystems nicht unterordnen, oft mit ihnen nicht in Einklang stehen, den gegenteiligen Schluss, hält dafür, dass gerade die klinischen Beobachtungen an hysterischen Kranken als bedeutendes Unterstützungsmittel bei der Erforschung der Physiologie der Hirnrinde dienen können. Sein Fall beweist endlich, dass der Ursprung der hysterischen Erscheinungen nicht immer in primären Veränderungen in der Sphäre der Vorstellungen oder Emotionen zu suchen ist.

W. Swetlow: «Was ist Temperament?»

Zuerst historische Darlegung der verschiedenen Theorien in den Klassificationen, dann Referat der Untersuchungen des russischen Anthropologen Seeland. Bisher ist eine befriedigende Definition und Untersuchung des Temperaments nicht vorhanden. Daher schlägt Verf. Folgendes vor: Alle Temperamente teile man in 2 Gruppen; die Temperamente gesunder Menschen oder die normalen und die Temperamente der Neuropathen oder überhaupt die pathologischen. Die detaillierte Ausarbeitung der normalen Temperamente und ihre genaue Klassification ist Aufgabe der Psychologen und Pädagogen unter Teilnahme von Aerzten; die pathologischen Temperamente sollen von Psychiatern erforscht werden. Die Methoden der experimentellen Psychologie werden bei dieser Forschung wenig Dienste leisten, da die Gefühlssphäre, in welche das Temperament am ehesten ressortiert, diesen Methoden kaum zugänglich ist. Von den Methoden der klinischen Beobachtung in des Wortes weitester Bedeutung ist am meisten Klärung zu erwarten. Die Bearbeitung dieser ganzen Frage hat nicht nur rein wissenschaftliches Interesse, sondern auch practisches, denn das bessere Verständnis der Natur des Menschen verhilft zweifellos zu einer gerechteren Abschätzung seiner Handlungen.

S. Tschirjew: «Ein Fall von Heilung der Tabes dorsalis atactica postsyphilitica».

Im Anschluss an die kurze Krankengeschichte kommt Verf. bei der Analyse der üblichen antiluetischen Behandlungsmethoden zum Schluss, dass die Masse der postsyphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, selbst unter Berücksichtigung der geringeren Widerstandsfähigkeit und grösseren Vulnerabilität der heutigen Generation, doch abhängt von einer ungenügenden Behandlung der Syphilis und von den vielen fehlerhaften Anschauungen über diese Krankheit unter den Syphilidologen. Verf. schlägt daher vor, auf dem bevorstehenden Congresse in Budapest (Ende August 1909) die Behandlung der Syphilis auf die Tagesordnung zu setzen, und stellt von sich folgende Thesen zur Discussion:

1) Die Syphilis ist für eine constitutionelle, unheilbare Krankheit zu erklären. Durch wiederholte rationelle Behandlung kann sie für andere Individuen nicht infectiös gemacht und soweit abgeschwächt werden, dass sie bei einem bestimmten Lebensregime keine Folgekrankheiten verursacht, namentlich nicht von seiten des Nervensystems.

2) Das bestimmte Lebensregime (Alcoholtemperenz, Einschränkung oder Aufgeben des Tabaksrauchens, Vermeidung von Erkältungen) muss nicht nur in den Perioden der antiluetischen Behandlung sondern stets beobachtet werden.

3) Auf dem internationalen Aerztecongress soll die beste antiluetische Behandlungsmethode ausgearbeitet und für jeden Arzt obligatorisch gemacht werden bis zum nächsten Congresse.

4) Es soll ein allgemeiner internationaler Typus von Büchelchen ausgearbeitet werden, welche jedem mit Lues Inficierten ausgehändigt werden sollen. In diesen Büchelchen sollen die Zeit der stattgehabten Infection und die Krankheitserscheinungen, welche die Infection begleiteten notiert werden. Weiter wird eingetragen die jedesmalige Behandlung, die verordnet und ausgeführt wurde, desgleichen die Krankheitserscheinungen, welche den Arzt bewogen, eine Cur zu verordnen, oder ob diese zu prophylactischem Zwecke durchgeführt wurde.

5) In Fällen frischer Infection soll nicht das Erscheinen der luetischen Roseolen auf dem Körper abgewartet werden, indem man derart der Krankheit Zeit gibt, sich vollkommen zu formieren und Fuss zu fassen; dagegen soll sofort zu einer energischen antiluetischen Cur geschritten werden, wobei die rasche Heilung der Wunde und das Schwinden der unempfindlichen Lymphdrüsenschwellungen, wenn solche schon vorhanden sind, als Anzeichen der stattgehabten Infection dienen müssen. Selbst in Fällen von Irrtum soll man sich stets vor Augen halten, dass eine einmalig durchgeführte Quecksilbercur, besonders wenn sie mit warmen Bädern, noch besser mit warmen Schwefelbädern combiniert wird, dem Organismus keinen Schaden bringt, sondern im Gegenteil riesigen Nutzen.

6) Im Büchelchen muss die Frequenz der wiederholten prophylactischen Luesbehandlung bestimmt werden: im ersten Jahr nach der Infection 3—6 mal, im zweiten 2—4 mal, im dritten 1—2 mal, im vierten und fünften Jahr je einmal. Weiter alle 2 Jahre einmal, und ferner einmal in 3 Jahren und einmal in 5 Jahren. Das Quantum der einmalig einzureibenden Quecksilbersalbe soll ebenfalls vom Congresse im voraus bestimmt werden: es soll nicht weniger als 4—6 Gramm betragen. Auf diese Art ist es notwendig, dass der Patient unter der beschriebenen prophylactischen Behandlung bis zu 15 Jahren sich befindet.

7) Nach 5 Jahren der Behandlung, wenn die Infectiosität für bedeutend abgeschwächt gehalten werden kann, besonders durch Contact, kann der Eheconsens gegeben werden.

8) In den Städten müssen communale Hospitäler mit niedriger Zahlung und einer bestimmten Anzahl Gratisbetten errichtet werden, in welchen die Bedürftigen Behandlung mit warmen Bädern und Quecksilberfrictionen sowohl als stationäre als auch als ambulatorische Patienten finden können.

9) Endlich soll eine populäre Broschüre herausgegeben werden, in der alle Folgen der nicht behandelten Syphilis in die grosse Wichtigkeit der prophylactischen antiluetischen Cur beschrieben werden, ebenso die Notwendigkeit für immer sein Regime zu ändern, nämlich die Temperenz oder Abstinenz in Alcohol und Tabak durchzuführen.

Verf. verwirft mit aller Entschiedenheit jegliche Art von Quecksilberinjectionen, lässt sie nur in bedrohlichen Fällen schlecht behandelter Lues und in der Militärpraxis bei acuten Fällen gelten, doch soll möglichst bald an diese provisorische Methode die einzig rationelle Frictionsbehandlung geschlossen werden.

Unter einem Cyclus der antiluetischen Behandlung begreift Verf. nicht nur die mit Quecksilber, sondern auch die nachfolgende mit Jod.

Ref. Michelson.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal.
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Chirurgie.

Russk. wratsch. 1908. Nr. 15—22.

G. Gerstein: «Die ambulatorische Behandlung der einfachen Knochenbrüche der unteren Extremitäten mit Schienen und dem Apparat nach Prof. N. Wolkowitsch.

Die von N. Wolkowitsch im russischen Archiv für Chirurgie 1902 Bd. I beschriebene Behandlungsweise von Brüchen hat sich beim Verf. auf das allerbeste bewährt. Zur Behandlung gelangten 26 Fälle von Fracturen des Oberschenkels und 33 des Unterschenkels.

G. Turner: «Ueber die Klopfung als eine Methode der Beschleunigung der Verheilung der Brüche und als Hilfsmittel bei der Behandlung der Pseudarthrosen.

In die orthopädische Klinik der militär-medicinischen Akademie trat ein Soldat ein mit einer uncomplicierten Fractur des rechten Oberarms, welche er im letzten Feldzug erhalten hatte. Bei dem langen Transport in die Heimat und den ungünstigen Verhältnissen hatte sich eine Pseudarthrose ausgebildet. Trotz der ausgeführten Operation blieb dieselbe bestehen und Patient trat nach einigen Monaten wieder mit denselben Klagen in die Klinik ein. Die zweite Operation war auch von wenig Erfolg gekrönt, der Callus blieb schwach und es wollte keine ordentliche Verknöcherung eintreten. Darauf begann T. den Arm mit einem gewöhnlichen Percussionshammer zu beklopfen und der Erfolg war ein ganz augenscheinlicher und überraschender, da in verhältnismässig kurzer Zeit vollständige Heilung eintrat. Später hatte Verf. noch 3 Mal Gelegenheit sich von der günstigen Wirkung der Klopfung zu überzeugen, für die er warm eintritt.

Th. Protopopow: «Zur Frage über postoperative Pneumonien».

In den letzten 17 Jahren wurden in der chirurgischen Klinik der Moskauer Universität ausgeführt 1248 Coeliotomien und 2506 andere Operationen. Postoperative Pneumonien gelangten in 13,5 pCt. zur Beobachtung und zwar nach Coeliotomien 89, nach den anderen Operationen 46.

A. Putschkowski: «Zur Casuistik der Pseudomastoiditis».

Bei den typhösen Kranken bestanden alle Symptome einer schweren Mittelohrerkrankung. Beim Otoskopieren dagegen konnte keine Veränderung des Trommelfelles und äusseren Gehörganges gefunden werden, man sah nur eine schmale Spalte, durch die Eiter sich entleerte, der wahrscheinlich aus den Lymphdrüsen herstammte, denn darauf wies auch die Anamnese hin.

N. Weljaminow: «Polyarthritis chronica progressiva thyreotoxca. Eine von den Formen des sogen. chronischen Gelenkrheumatismus».

W. beobachtete 2 Fälle, welche fraglos die von ihm vorausgesetzten Beziehungen zwischen einigen Formen der chronischen Polyarthritiden und den Erkrankungen der Schilddrüse beweisen und ihm jedenfalls das Recht geben solche Polyarthritiden als thyreogene zu bezeichnen.

Im ersten Falle wurde eine fast völlige Ausheilung eines schweren «chronischen Rheumatismus», welcher im Verlaufe von 4 Jahren allen gebräuchlichen Behandlungsmethoden hartnäckigen Widerstand entgegensetzte, in verhältnismässig kurzer Zeit durch Anwendung von Thyreodin erzielt; die Cur wurde nur bei bereits gutem Allgemeinzustande durch das Nervensystem stärkende Moorbäder unterstützt.

Den 2. Fall kann man nach der Ansicht von W. einem Experiment gleichstellen. Während des 36-tägigen Aufenthaltes in der Klinik gebrauchte die Kranke nur die letzten 3 Wochen bis zur Strumectomie Thyreojodin (od. Jodothyrin Baumann), welches sie täglich 0,36, also gegen 7,5 einnahm. Das Resultat war das subjective Gefühl, als ob die Bewegungen in den Ellenbogengelenken freier wurden; objectiv konnte das nicht festgestellt werden; jedenfalls war die Ansicht in der Klinik die, dass ein deutlicher Erfolg der Jodothyrinbehandlung nicht zu bemerken war. 10 Tage nach der Operation, d. h. nach der Entfernung des vermeintlichen Infectionsherdes, trat ohne jegliche Behandlung eine ganz auffallende Besserung ein, welche sich in einer Vergrösserung der activen Beweglichkeit bis 27° und 29° und der passiven bis 20° und 29° zeigte. Sehr interessant ist es hervorzuheben, dass die von dem Tage an begonnene Behandlung nur des linken Ellenbogengelenkes mit heisser Luft eine Verschlechterung hervorrief, da nach 19 Tagen von Beginn dieser Behandlung an die Beweglichkeit im Gelenk um 7—8° abnahm, während im rechten Ellenbogengelenk, welches nicht der Heissluftcur unterworfen wurde, progressiv eine Besserung zu constatieren war, und am 39 Tage nach der Operation wies dieselbe eine Beweglichkeit von 42° auf. Die Behandlung mit Jodothyrin wurde schlecht vertragen und war scheinbar ohne Erfolg. Hier kann man also nicht in Abrede stellen, dass das erzielte Resultat in directer Abhängigkeit von der Operation war. Was die Verschlechterung im linken Ellenbogengelenk betrifft bei der Heissluftbehandlung, so sieht W. dieselbe allerdings nur als zeitweilige an, hervorgerufen durch einen gewissen Reiz im Gelenke, bedingt durch Aufquellung der Kapsel infolge der activen Hyperämie.

Die Behandlung beginnt mit 0,05 pro die, nach 3 Tagen wird die Dosis auf 0,1 pro die gesteigert, darauf auf 0,2 und sehr selten auf 0,3. Gewöhnlich ist diese Dosis, wenn Thyreodin indiciert ist, auch genügend. Es gibt aber Fälle, bei denen man sich mit 0,1 begnügen muss und auch Resultate erzielt. Ausserdem ist es ratsam dasselbe nicht länger als 8—10—12 Tage brauchen zu lassen, bis zum ersten Male Herzklopfen und Pulsbeschleunigung eintreten, darauf dasselbe 8—10 Tage oder auch solange auszusetzen, bis jegliche Erscheinungen einer Vergiftung geschwunden sind.

Ref. Mühlen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wratsch. gaseta. 1908. Nr. 38—48.

M. Sanssailow und E. Telitschenko: «Ueber die Sterilisation chirurgischer Instrumente in der Flamme».

S. u. T. empfehlen die Sterilisation der Instrumente in einer brennenden Spiritusflamme auszuführen.

P. Pospelow: «Dampfinfectionskammer ohne Dampfkessel nach dem System von P. Prochorow.

Beschreibung und Abbildung.

A. Berdejew: «Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der Ophthalmoreaction von Calmette.

28 Beobachtungen Tuberculöser, von denen 27 positiv reagierten, von 28 Verdächtigen 14, von 50 klinisch nicht Tuberculösen 3.

I. Iwanow: «Ueber die Behandlung der Hämorrhoiden mittelst hochgespannter Ströme (d'Arsonval»).

Günstige Resultate nach 9—15 Seancen, selten Recidive, die Constipation wird meist nicht beeinflusst.

N. Petrow: «Ein Fall von Cysticercus des Oberkiefers, Entfernung auf intranasalem Wege».

22-jährige Patientin hatte an Taenia gelitten. Die Lage des Cysticercus an der Basis des rechten Nasenflügels im Oberkiefer ist bisher noch nie beschrieben worden.

N. Pharmakowski: «Zur Frage der Reposition incarcerierter Hernien».

Ph. verteidigt seinen vor Jahren gemachten Vorschlag der Reposition der Hernien mit der sog. «ländlichen» Methode.

W. Jassenetzki-Woino: «Ueber die in der Landpraxis bequemsten Methoden der Anaesthesie.

P. Syssin: «Verband bei Oberschenkelfracturen». Beschreibung und Abbildung.

N. Tschelnawski: «Ueber chirurgische Verbände».

Tsch. empfiehlt Verbände nach dem Princip der Leibbinden «Gurita».

M. Chworostowski: «Eine Modification des Wolkowitschen Verbandes bei Oberschenkelfracturen».

Ref. Schiele.

Medicin. obosr. 1908. Nr. 16.

P. Djakonow: «Eine Darmfistel, nach Operation einer eingeklemmten Hernie, welche mittelst Darmresection geheilt wurde».

E. Maljutin: «Methode einer plastischen Operation bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes».

Be einem 19-jährigen Manne bestand eine völlige Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. Eine in die Nase eingeführte Sonde konnte im Rachenraum nicht einmal palpiert werden. Die Uvula war vorhanden und mit der Basis an die hintere Rachenwand herangezogen. Nasales Atmen unmöglich. Geruchvermögen nicht vorhanden. Gehör abgeschwächt. M. trennte mit dem Messer das Gaumensegel von der hinteren Rachenwand ab, so dass der Zeigefinger bequem passieren konnte. Die Nase wurde vom angesammelten Schleim freigespült und der Pat. schnaubte sich zum ersten Mal in seinem Leben. Mit Tampons, welche von Zeit zu Zeit für kürzere oder längere Zeit entfernt wurden, suchte M. das Lumen offen zu erhalten, doch gelang das nicht und in kurzer Zeit war die Verwachsung wieder eine vollständige. M. löste nun nochmals die Verwachsungen und stülpte die Uvula, welche an der äusseren Fläche etwas angefrischt worden war nach innen und drückte sie an der hinteren Rachenwand fest durch einen eingelegten Tampon. Nach 4 Tagen wurde der Tampon entfernt. Die Uvula war an der Basis vom weichen Gaumen abgerissen und haftete mit dem unteren Ende an der hinteren Rachenwand. Das frei hängende obere Ende demarkierte sich nach 3 Tagen und wurde ausgehustet. Pat. wurde völlig geheilt. Freies Nasalatmen, Geruch und Gehör normal und gutes Aussehen.

Ref. Mickwitz.

Pract. Wratsch. 1907. Nr. 46.

B. Finkelstein: «Ein Fall Volvulus des Coecum und Einklemmung einer Dünndarmschlinge in ein angeborenes Loch des Mesenteriums».

Operativer Eingriff. Achsendrehung des Coecum in der Richtung des Uhrzeigers um 360°. Das Coecum zeigt ein Mesocoecum, welches von dem Mesenterium durch eine spaltförmige Oeffnung getrennt ist, welche von der Radix mesenterii zum Winkel zwischen Coecum und Ileum verläuft. In dieser Oeffnung ist eine Ileumschlinge eingeklemmt. Nach ca. 3 Wochen wird Patient geheilt entlassen.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. 1908. Nr. 12.

S. Saretzki: «Durch X-strahlen auf experimentellem Wege hervorgerufene Atrophie der Ovarien».

Mehrfach lehrt das Experiment, dass X-Strahlen bei Kaninchen eine Atrophie der Ovarien mit Schwund der Grafschen Follikel hervorruft. S. fand, dass die Primordialfollikel resistenter waren, ebenso das interstitielle Gewebe, während die Grafschen Follikel zuerst ergriffen werden. Um festzustellen, wie nachhaltig die Wirkung der Röntgenstrahlen sind, wurde zwei Monate nach Beendigung der Seancen die Probelaparotomie gemacht, wobei es sich herausstellte, dass das bestrahlte Ovarium atrophischer war, wie das andere während der Experimente vor den Strahlen geschützte Ovarium, die Grafschen Follikel waren untergegangen. Nach 5—6 Monaten wurde eine zweite Laparotomie gemacht, wobei sich erwies, dass das früher bestrahlte Ovarium allerdings kleiner als das andere war, die Grafschen Follikel hatten sich wieder restituiert. Bei intensiverer Bestrahlung wurde bei einer anderen Serie von Kaninchen gefunden, dass die Athrophie eine derartige war, dass sich die Follikel nicht mehr regenerierten und die Tätigkeit des Ovariums für immer brach gelegt war, diese Kaninchen blieben in der Folge unfruchtbar. Der Grad der Atrophie des Ovariums hängt also von der Dosierung der Röntgenstrahlen ab. Das dem atrophischen Ovarium entsprechende Uterushorn blieb unfruchtbar, während im anderen Schwangerschaft beobachtet werden konnte. Wurden beide Ovarien stark bestrahlt, so wurden die Tiere nicht schwanger. Für die Praxis eröffnet sich ein Ausblick für die Behandlung der Osteomalacie, vielleicht auch bei Hysterie im Zusammenhang mit der chronischen Oophoritis.

E. Russki: «Drei Missgeburten».

In einem Falle handelte es sich um eine Meningocele, im zweiten um eine Micromelia, im dritten um einen Anencephalus.

Stein: «Ueber den Zusammenhang zwischen der Cholaemie und verschiedenen pathologischen Zuständen während der Schwangerschaft».

Verf. hat unter 100 in der Pinardschen Klinik untersuchten Schwangeren bei 70 pCt. Zeichen von Cholaemie, wie intensive Pigmentation, Albuminurie, galliges Erbrechen, Hautausschläge etc. gefunden. Die vergleichende Untersuchung des Blutserums des Neugeborenen, des Blutes der Nabelschnur und der Mutter ergab, dass das Nabelschnurblut dreimal mehr Gallenpigmente enthält, als das Blutserum der Mutter, das Blut der Neugeborenen enthält noch mehr Gallenpigmente, als das Nabelschnurblut. Es handelt sich also um eine gewisse physiologische Cholaemie der Neugeborenen, diese ruft eine Intoxication des mütterlichen Organismus hervor.

K. Hein: «Die Behandlung des Chorioepithelioms».

Eine 25-jährige Pat. zeigte am Introitus drei haselnussgrosse Knötchen, der Uterus war vergrössert, links apfelgrosse Geschwulst, rechts eine kleinere. Auf dem rechten unteren Lungenlappen, Dämpfung, abgeschwächtes Atmen, im Sputum blutige Fasern. Die Operation bestand in der Exstirpation von Vagina, Uterus und Adnexen. Tot am 6. Tage. Die Section zeigte Myocarditis, Peritonitis purulenta, Degeneration der Leber, acute Nephritis und Metastasen in beiden Lungen. Auf der Hinterfläche des Uterus eine apfelgrosse Geschwulst, die Ovarien cystös degeneriert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

M. Kalmjikow: «Zwei Fälle von Kaiserschnitt an Moribunden».

In beiden Fällen handelte es sich um Meningitis, in einem Falle lebte Pat. 12, im anderen 6 Stunden nach der Operation. Eines der Kinder blieb am Leben.

Ref. Lingen.

Nervenkrankheiten.

Obosrenje psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi Psichologii 1908, Nr. 5—8.

S. Wladytschko: «Aufmerksamkeit, psychische Arbeitsfähigkeit und spontan auftretende Associationen bei Kranken mit Dementia praecox».

Vorläufige Mitteilung experimenteller Untersuchungen. Die Schlussfolgerungen lauten:

1) Nach dem Typus der Arbeitsfähigkeit erwiesen sich alle untersuchten Patienten als sich einübende. Das Quantum der

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Arbeit im Verlaufe jedes Versuches wuchs an, die Menge der Fehler nahm ab. Die Arbeit einiger Hebephrenen ist der Quantität nahestehend der von Geistesgesunden, übertrifft sie der Qualität nach sogar bisweilen, wobei das Anwachsen der Arbeit nach Massgabe ihrer Fortdauer schneller vor sich geht bei ihnen, als bei Kranken mit Dementia praecox simplex, der Qualität nach ebenfalls höher steht, als bei Kranken dieser letzteren Categorie.

2) Die psychische Ermüdbarkeit äussert sich bei Kranken mit Dementia praecox simplex früher, als bei Hebephrenen.

3) Die Fähigkeit der Aufmerksamkeitsconcentrierung, die Stärke der Concentrierung und ihre Beharrlichkeit ist bei Hebephrenen bedeutend stärker, als bei Kranken mit Dementia praecox simplex.

4) Die Curven der Arbeitsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspannung bei Hebephrenen unterscheiden sich scharf von denen bei Kranken mit Dementia praecox simplex durch das raschere Ansteigen der Arbeit, die geringere Zahl von Fehlern und Auslassungen und durch bedeutendere Schwankungen in der Arbeit.

5) Die Zeit des Auftretens von Associationen ist bei allen Untersuchten verlangsamt. Die Typen der Associationen sind verschiedenartig bei ein und demselben Kranken im Verlaufe eines Versuches. Jedoch ist bei Hebephrenen die Verlangsamung geringer, als bei den anderen Kranken mit Dementia praecox und sie alle gaben Associationen auf abstracte Begriffe, während bei Kranken mit Dementia praecox simplex das Auftreten von Associationen auf solche Begriffe äusserst verlangsamt war oder ganz fehlte. Ausserdem musste bei vier Kranken der letzteren Categorie das Auftacchen von Associationen vermittelst anleitender Fragen angeregt werden.

A. Iljin: «Zur Methodik der experimentell-psychologischen Untersuchung des Aufmerksamkeitsactes resp. des Processes der Concentrierung».

Verf. hat bei seinen Untersuchungen die Vaschide sche Zeichentabelle durch eine Buchstabentabelle ersetzt, da diese dem Verständnis der Kranken zugänglicher ist, die Arbeit mit ihr gleichmässiger und interessanter ist, was beim Process der Auswahl von Bedeutung ist. Weitere Vorzüge kommen bei Analyse aller Details, welche die Quantität und Qualität der Arbeit charakterisieren, zum Vorschein, und endlich gibt diese neue Methode die Möglichkeit, über den Charakter des Zerstreutheitszustandes und der Aufmerksamkeitsschwäche Schlüsse zu ziehen.

W. Ljustrizki: «Ueber Pseudosclerose».

Krankengeschichte eines 47-jährigen Potator. Der Symptomencomplex entsprach völlig dem von Strümpell als charakteristisch für Pseudosclerose gezeichneten: Intentionszittern, von wechselnder Stärke unter dem Einfluss psychischer Geschehnisse, scandierende Sprache, kein Nystagmus, keine Ataxie.

N. Bereshnegowski: «Zur Frage über den Einfluss der Unterbindung der Art. carotis communis auf das Centralnervensystem».

Zur Illustrierung der Tatsache, dass genannte Operation trotz der Asepsis ein verhältnismässig hohes Mortalitätsprocent gibt und häufig von centralen Störungen begleitet ist, führt Verf. 3 Krankengeschichten an:

I. 37-jähriger kräftiger Mann. Am linken Kieferwinkel hühnereigrosse Geschwulst, deren Entfernung erst nach Ligatur der Art. carotis communis und der Carotis ext. und int. gelingt. Es hinterblieb infolge ungenügender Ernährung eine Sprachstörung und rechtsseitige Parese der Extremitäten.

II. 35-jähriger Bauer mit rechtsseitigem complicierten Bruch des Schläfenbeins; die Art. meningea media dextra war durchrissen, konnte in loco nicht unterbunden werden, weshalb die rechte Carotis communis ligiert wurde. 11 Tage lang Bewusstlosigkeit, äusserst langsame Wiederkehr der psychischen Functionen, erst nach einem Monat beginnt deutliche Besserung. Nach 1¹/₄ Jahren Lähmung der rechten Extremitäten, wahrscheinlich infolge Blutergusses in der Gegend der linksseitigen motorischen Centra; psychische Insufficienz bestand auch noch fort.

III. 62-jähriger Mann, am linken Kieferwinkel gänseeigrosse Geschwulst, welche entfernt werden konnte nur unter Resection eines ca. 3 Cm. langen Stückes des M. sternocleido-mastoideus, des N. vagus, der Art. carotis communis und der Vena jugularis int. Am Morgen des 2. Tages nach der Operation plötzlicher Eintritt von Aplasie, am Abend rechtsseitige Hemiplegie. Am 7. Tage Exitus. Section nicht ausgeführt. Verf. nimmt an, dass es sich um eine Thrombose der linken Art. fossae sylvii gehandelt habe.

W. Bechterew: «Ueber reproductive und associerende Reaction in den Bewegungen».

An 3 Personen wurden im Dunkelzimmer mittelst Licht- und Schallreize 145 Versuche durchgeführt. Die Schlussfolgerungen lauten: 1) Dem Auftreten der associativen motorischen Reactionen ist die Anzahl der ausgeführten Reactionen günstig, dank welcher mit dem Anwachsen der Zahl der Versuche die Menge der associativen Reactionen auf Licht allein sich vergrössert. 2) Diese associativen Reactionen werden bei Wiederholung nur des Lichtreizes schwächer, bis sie früher oder später ganz aufhören. Nicht selten erscheint das Erlöschen der associativen Reaction nur als zeitweiliges, da dieselbe Reaction von Neuem ohne jegliche äussere Gründe bei weiteren Lichtreizen auftreten kann. 3) Zur Erneuerung der erloschenen associativen Reaction ist eine neue Combination der früheren Reize erforderlich, welche an Zahl geringer sein kann als die Zahl der Combinationen, welche die anfängliche associative Lichtreaction hervorriefen. 4) Die Intensität des Lichtes ist förderlich für die Entwicklung und Aeusserung der associativen motorischen Reactionen. 5) Eine häufigere Aufeinanderfolge der combinierten Licht- und Schallreize ist ebenfalls für die Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Lichtreactionen günstig. 6) Gleicher Weise steht die absolute Menge der combinierten Reize in directem Verhältnisse zur Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Reactionen. 7) Von allen Combinationen ist für die Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Lichtreactionen der Fall am förderlichsten, wenn das Licht dem Schall um zwei Secunden vorangeht, während die Combination von gleichzeitiger Reizung durch Licht und Schall sich als weniger günstig erwies. 8) Im Falle des vorausgehenden und bis zum Schallreize fortdauernden Lichtreizes erwies es sich, dass sowohl zu lange Dauer des Lichtes, von z. B. 10—15 Secunden als auch kurze Dauer, von z. B. 2 Secunden, weniger günstige Bedingungen für die Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Reactionen sind, als die unterbrochene Dauer des Lichtes innerhalb der oben angegebenen Grenzen. 9) Die präliminare Einübung auf die Ausführung der motorischen Reaction fördert überhaupt die Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Reactionen. 10) Die Ablenkung der Versuchsperson durch eine andere Arbeit ist ebenfalls der Bildung von associativen motorischen Reactionen förderlich. 11) Die Ungleichmässigkeit der Intervalle zwischen den Reizungen in der Versuchsreihe war eine günstige Bedingung für die Entwickelung und Aeusserung der associativen motorischen Reactionen. Jedoch bei einer Versuchsperson erschien diese Ungleichmässigkeit als erregendes Moment bezüglich der Entwickelung und Bildung von associativen motorischen Reactionen. 12) Die Individualität spielt bei den genannten Versuchen eine grosse Rolle. Vor allem hängt das Minimum der notwendigen Combinationen zur Bildung von associativen motorischen Reactionen und zu ihrem Auftreten in bedeutendem Masse von individuellen Bedingungen ab. Andererseits befindet sich die grössere oder geringere Stärke der associativen motorischen Reactionen, abgesehen von allen obengenannten Bedingungen, in Abhängigkeit von den individuellen Eigentümlichkeiten der betreffenden Person. Weiter äussert sich die Individualität in mehr oder weniger ungleichmässigem Einflusse dieser oder jener von den beschriebenen Versuchsbedingungen, z. B. des vorausgehenden kurzdauernden oder andauernden Lichtes, ebenso des verschiedenartigen Einflusses der ungleichmässigen Intervalle zwischen den Reizen u. d. a.

M. Nikitin: «Ueber den «Beugereflex der Zehen» Bechterews».

Literaturübersicht und Untersuchungsresultate an 35 Fällen spastischer Lähmungen bezüglich der Häufigkeit des Bechterew schen und Babinski schen Symptoms. Beide Symptome zugleich fanden sich in ungefähr 5,71 pCt. der Fälle, nur das Babinski sche Symptom in ca. 25,7 pCt., nur das Bechterew sche Symptom in 11,4 pCt., und beide Symptome fehlten in ca. 5,7 pCt. der Fälle.

W. Kolotinski: «Ein gerichtlich-medicinischer Fall von pathologischem Affect».

Ausführliche Literatur und eine Krankengeschichte mit klinischer Analyse.

L. Omorokow: «Psychosen bei Zwillingen».

Zwillingsschwestern, in ihrem Aeusseren sich sehr ähnlich, entwickeln sich bis zum 14. Jahr in völligem Parallelismus der Eintritt der Menses ist bei beiden von starker nervöser Störung begleitet; beide erkranken an ein und derselben Krankheitsform — Dementia praecox (Hebephrenie). Die Krankheit beginnt bei beiden Schwestern mit motorischer Erregtheit, verwirrtem nicht systematisiertem Wahn, intensiven Sinnestäuschungen. Im Verlauf der Krankheit war bei den Schwestern folgendes Gleichartige: brüske Stimmungsschwankung, die später von gleichgiltigem Verhalten gegen Alles abgelöst wurde, ferner die Menstrua, die Körpergewichtsschwankungen, und endlich der Ausgang der Psychose. Ungleichartig war die Zeit der Entwickelung der Psychose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und ihr Grad. Bei der um 2 Jahre später erkrankten Schwester erwies sich die Psychose als bedeutend schwerer sowohl nach ihrer Dauer als auch nach der Intensität des Verlaufes.

N. Reformatski: «Ein Versuch zur Familienpflege Geisteskranker, welche aus den St. Petersburger städtischen psychiatrischen Krankenhäusern evacuiert wurden».

Seit dem Mai 1907 sind in den Dörfern in der Nähe der Station Moloskowizy an der Baltischen Bahn im Laufe von 10 Monaten 46 Frauen, von ihnen 34 im climacterischem Alter, in Familienpflege gegeben worden. Der Versuch ist gelungen. Die Bevölkerung machte sich mit den Geisteskranken bekannt, gewöhnte sich an sie. Die gegenseitigen Beziehungen zwischen den Pfleglingen und ihren Wirten gestalteten sich regelrecht und herzlich. Die Patientinnen erhielten gute Situierung in ländlicher Umgebung unter Wahrung der kostbaren Freiheit. Die Krankenhäuser befreiten sich von 25 Betten. Die finanzielle Seite der Sache erwies sich als gewinnbringend, da die Kosten für eine Patientin nach den vorläufigen Daten auf 46,25 Kopeken pro Tag, resp. 14 Rubel 33 Kopeken im Monat oder 168 Rbl. 82 Kop. im Jahr betragen würden.

W. Bechterew: «Die Untersuchung der Functionen der Hirnrinde mit Hilfe der natürlichen associativen Reflexe. Die Bedeutung dieser Methode in Bezug auf die Centren der inneren Organe und der verschiedenen Secretionen».

Unter die associativen Reflexe zählt Bechterew auch den «bedingten Reflex» Pawlows. Er gibt eine Darstellung von der Wichtigkeit der Methode der Erforschung der speciellen associativen Reflexe, häufig dabei gegen die Resultate des Pawlowschen Laboratoriums opponierend.

A. Jljin: «Versuch einer experimentellen Untersuchung des Processes der Concentrierung bei Schwachsinnigen».

Vorläufige Mitteilung. Die Aufmerksamkeit wurde an Buchstabentafeln (correction des épreuves — Binet) geprüft, und zwar an 5 gesunden Controllpersonen und 10 Patienten (5 mit Dementia präcox, 3 mit Paranoia chronica, 2 mit Dementia senilis). Als allgemeines Resultat ergibt sich, dass bei den 3 Paranoikern die Fähigkeit zum Anspannen der Aufmerksamkeit am meisten erhalten war, am wenigsten bei den senil Dementen, bei den Kranken mit Dementia praecox derjenigen der senil Dementen näher stand als der von Gesunden oder Paranoikern gezeigten.

Ref. Michelson.

Medizinsk. Obosrenje. 1908. Nr. 14—17.

A. Josefowitsch: «Adipositas dolorosa. (Dercum)».

Der hier beschriebene Fall gehört zu den selteneren, da es sich um ein jugendliches Individum männlichen Geschlechtes handelt.

M. Margulis: «Ueber die Localisation des Centrums für den Schlingact und der sensiblen Nervenbahnen in der Medulla oblongata».

M. beobachtete einen Fall, in welchem es sich um einen begrenzten Erweichungsherd der einen Hälfte der Medulla oblongata handelte, bei völliger Intactheit der übrigen Gebiete des Centralnervensystems. Der Erweichungsherd hatte eine völlige Lähmung des Schlingactes zur Folge. Die Krankengeschichte mit dem Sectionsbefund und mit ausführlicher Besprechung der mikroskopischen Präparate ist in extenso mitgeteilt.

Ref. Mickwitz.

Ophthalmologie.

Wojenno-med. shurn. 1908. Nr. 1—4.

F. Awdejew: «Beziehungen zwischen der Sehschärfe in die Ferne und der Refraction des Auges».

J. Reich: «Ophthalmologische Beobachtungen in unserer Armee im Jahre 1906».

Ref. Schiele.

Praktitsch. wratsch. 1907, Nr. 50, 51.

M. Kubli: «Neue Bahnen in der Ophthalmologie».

Verfasser teilt seine am 10-jährigen Jahrestage der St. Petersburger Ophthalmologischen Gesellschaft gehaltene Rede, in welcher er die Stellung und Bedeutung der Ophthalmologie in der Medicin unserer Zeit beleuchten will, in drei Abschnitte ein. Erstens die Bestimmung der Bedeutung der Lehre von den Erkrankungen des Auges als Specialität per se. Zweitens: Untersuchung der Beziehungen der Ophthalmologie zur gesamten Medicin und ihre Verbindung mit den übrigen Disciplinen. Drittens endlich die Bedeutung der Augenkrankheiten vom Standpuncte der staatlichen und gesellschaftlichen Medicin.

Ref. Lehmann.

Russk. wratsch. 1908. Nr. 14.

B. Miklaschewski: «Einige Worte über die Möglichkeit schwerer Complicationen von Seiten der Augen bei der Calmetteschen Ophthalmoreaction».

Die Reaction wurde nur bei 8 Personen angewandt, unter denen sich 2 gesunde zur Controlle befanden. Obgleich niemand von denselben früher ein Augenleiden gehabt hatte, so erkrankten doch zwei heftig, einer an einer Keratitis und einer an einer Iritis mit allen klinischen Erscheinungen dieser Affection, welche zwei Wochen anhielt.

Westnik Oftalmologii. November—December 1908.

A. Butkewitsch: «Nekrolog Professor A. Krjukow gewidmet, nebst Verzeichnis der Veröffentlichungen des Verstorbenen».

W. Tschirkowski: «Ueber den Einfluss der Toxine auf die Bindehaut der Augen».

Die Arbeit ist in Freiburg unter Prof. Axenfelds Leitung geschrieben. Experimentiert wurde mit den Toxinen: der Diphtherie, der Gonorrhoe, mit Staphylococcen, mit Pneumococcen, mit Xerosebacillen. Bei fortdauerndem Einträufeln in den Bindehautsack wurden mit allen genannten Toxinen auch schädliche Wirkungen verschiedenen Grades erzielt.

Th. Wernke: «Ueber die Wirkung des Schilddrüsentoxines auf das Auge».

Arbeit aus dem Laboratorium Professor Golowins. Eine giftige Wirkung besteht zweiffellos. Mit Hunden wurde experimentiert. Das Toxin wurde in die vordere Kammer und in den Glaskörper eingespritzt.

A. Weinstein: «Zur Casuistik der Schussverletzungen der Augen».

Gymnasiast, 15 a. n., Schuss aus einem Revolver in die rechte Schläfe am 17. Februar 1905. Am 5. März: in beiden Augen starke Blutreste, Retina und Aderhaut weit eingerissen, an Stelle der Sehnerven im Augengrunde schwarze runde Flecken sichtbar, wahrscheinlich sind die Sehnerven aus den Augäpfeln herausgerissen. Das Röntgenbild zeigt die Kugel in der äusseren Wand der linken Orbitalwand.

Protocolle der Sitzungen der Kiewschen Augenärztlichen Gesellschaft vom 13. Mai u. 25. Mai 1906. 17. Februar, 6. März, 13. März u. 3. April 1907.

Zahlreiche casuistische Mitteilungen und Demonstrationen: Frühlingskatarrh, Sarcom im Kindesauge, Strabismus sursum vergens et convergens intermittens congenitus, Keratitis suppurativa, neuralgica bei gleichzeitiger Neuralgie des N. trigeminus, Retinitis proliferans. Tuberculosis tractus uvealis, atrophische Veränderungen an der Regenbogenhaut, Cancroid des unteren Lides. Discision einer congenital verlagerten Linse, wonach das Auge phthisisch zu Grunde ging. Verletzung des Auges durch Schwefelsäure.

Im Moskauer städtischen Augenhospital auf den Namen Alexejew wurden behandelt im Laufe des Jahres 1907: ambulant 39,742 Personen mit 101,434 Visiten; stationär 970 Personen.

Ref. G—n.

Wratsch. gas. 1908, Nr. 38, 39.

M. Zotowski: «Ophthalmologische Beobachtungen».

Z. beschreibt 4 Fälle von Neuritis optica, bei denen eine antiluetische Cur ausgezeichnet wirkte, obgleich bei 2 Patienten Hinweise auf Lues fehlten; ferner einen Fall von doppelseitiger retrobulbärer Neuritis bei einem 15-jährigen Knaben. Hier blieb jegliche Therapie erfolglos, die Atrophie schritt fort.

Ref. Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 4. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Chirurgie.

Mediz. obosr. 1908. Nr. 21 u. 1909. Nr. 1 u 2.

P. Schegalkin: «Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Krebsneubildungen».

Verf. hat 2 Fälle von Krebs der Haut mit Röntgen zur Heilung gebracht. In einem Fall wurde durch die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens aus der glatten Narbe die Heilung bestätigt. Im 2. Fall trat die Heilung nach einem starken durch die Röntgenstrahlen erzeugten Reizzustande des Geschwürs ein. Ein solcher Reizzustand übte auch im ersten Fall die wohltätige Wirkung aus, welche zur endgültigen Heilung führte, wie das aus der Krankengeschichte ersichtlich ist.

D. Gorochow: «Ueber die Behandlung des Klumpfusses».

Eine jahrelange Erfahrung hat G. überzeugt, dass man bei jugendlichen Individuen den Pes varus, abgesehen von sehr schweren Fällen, ohne Knochenoperation redressieren kann. Verf. teilt hier die Krankengeschichte eines Falles mit, bei dem das gewaltsame Redressement mit Tenotomie der Achillessehne und Durchtrennung der Weichteile am inneren Rande der Fussohle am linken Fuss nicht das erwünschte Resultat ergaben. Es wurde daher am rechten Fusse gleich die Knochenoperation ausgeführt und da diese gut gelang, wurde der linke Fuss ebenfalls operiert.

W. Schmidt: «Ueber congenitale Leistenhernien».

Die Berechtigung acquirierte und congenitale Hernien zu unterscheiden, ist nach Schmidt noch nicht klargestellt; es ist zweifelhaft, ob überhaupt eine Hernie acquiriert werden kann, ohne dass eine angeborene Prädisposition bestand. Der Processus vaginalis peritonei spielte immer eine grosse Rolle in der Aetiologie der Hernien; nach dem Grade seiner Obliteration unterschied man acquirierte und congenitale Hernien. Erst seit die Untersuchungen, gelegentlich der Radicaloperationen der Leistenhernien, auch am Lebenden gemacht werden können, haben wir ein wertvolles klinisches Beobachtungsmaterial. Nach einer eingehenden Besprechung der verschiedenen Theorien über die Bildung des Processus vaginalis peritonei kommt Verf. auf die Aetiologie der Hernien zu sprechen. Streng genommen, sollte nur eine im foetalen Leben aufgetretene Hernie als eine congenitale bezeichnet werden. Dieser Fall wird aber sehr selten beobachtet. Allgemein werden die Hernien als congenitale bezeichnet, deren Entstehung durch einen angeborenen Bruchsack bedingt war. Bei mehr als 500 Radicaloperationen von Leistenhernien konnte Verf. in keinem Fall entscheiden, ob eine acquirierte oder eine angeborene Hernie vorlag. Nach Sch. sind alle Merkmale, welche der einen oder der anderen Form als charakteristisch zugeschrieben werden, teils theoretisch aufgestellt, teils sind sie die Folge einer ungenügenden Ablösung des Bruchsackes vom anliegenden Gewebe. Nie hat Verf. weder eine Communication des Bruchsackes mit der Tunica vaginalis des Hodens gesehen, noch eine Verwachsung des Darmes mit derselben. Starke Verwachsungen des Bruchsackes mit dem benachbarten Gewebe können nach Sch. selbst auf dem Operationstisch eine besondere anatomische Structur der Hernie vortäuschen. Die neuste Auffassung, dass in Berücksichtigung der angeborenen Prädisposition alle Hernien congenital sind, hält Verf. für die best begründete.

N. Pleschkow: «Operative Behandlung der habituellen Luxation im Schultergelenk».

Verf. hat einen Fall mit gutem Erfolg operiert. Die Operation bestand in der Freilegung der Gelenkcapsel und im Einnähen einer Falte in die eröffnete Capsel. In der Zeit von 16 Monaten erfolgte keine Luxation, obgleich Pat. schwer arbeitete. Vor der Operation erfolgte die Luxation häufig und schon bei bestimmten Bewegungen.

Ref. Mickwitz.

Wojenno-med. shurnal. Juli—Dec. 1908.

N. Filontschikow: «Zur Technik der Phimosenoperation bei schmerzhaften Processen».

F. schlägt eine Modification der üblichen Operationen, Incision und Circumcisio praeputii vor und zwar in der Art, dass zuerst ein Einschnitt in das Präputium an der Basis vorgenommen wird, ein Fenster hergestellt wird, durch das eine Myrtenblattsonde eingeführt werden kann; auf der Sonde wird dann das Präputium von hinten nach vorne gespalten (statt der üblichen Incisio) und hieran in der gewöhnlichen Weise die Circumcisio angeschlossen. — Die Vorteile dieser Modification sind wenig einleuchtend.

A. Berdjaew: «Zur Frage der Beleuchtung von Operationsräumen».

K. Jatzuta: «Zwei seltene Fälle von Anomalien der Art. brachialis».

N. Grawirowski: «Zur Behandlung complicierter Knochenbrüche».

G. beschreibt 8 Fälle, die nichts Bemerkenswertes bieten.

N. Nishbitzki: «Zur Casuistik der Senkung von Kugeln im Körper».

N. beschreibt einen Kosaken, der bei einem Gefecht einen Gewehrschuss in den Leib erhielt, die Kugel blieb ungefähr in der Höhe des Hüftgelenkes in der hinteren Partie des Beines stecken. In $2^1/_2$ Jahren hatte sich die Kugel bis in die Kniekehle gesenkt und wurde operativ entfernt.

L. Dagajew: «Ein Fall von Gasphlegmone. Heilung».

Ein 42-jähriger Bauer war von einem Hunde gebissen worden, eine grosse Wunde fand sich auf der hinteren Seite des rechten Oberschenkels, eine zweite kleinere auf der rechten

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wade. Trotz sorgfältiger Desinfection trat am zweiten Tage Fieber ein unter Anschwellung des Fusses, wobei bei Druck sich Knistern in Folge Gasbildung nachweisen liess. Zwei Tage später wollte D. eine Amputation vornehmen, doch kaum hatte der sehr schwache Patient etwas Chloroform erhalten, als ein Collaps eintrat. Die Operation unterblieb; geringe Incisionen, Gangrän; am 7. Tage zeigte sich eine Demarcationslinie. Allmähliche Entfernung des gangränösen Knochens und Muskels, zuletzt Zustutzung des Stumpfes. Heilung.

P. Poper: «Bemerkungen über die Methode und Anwendungsform der Venenanästhesie nach Prof. Bier».

P. beschreibt die neue Methode Biers, die er in der Bierschen Klinik studiert hat und die er sehr hoch stellt. Die Hauptsache an dem Gliede, an dem die Operation vorgenommen werden soll, wird, nach vorher erzeugter Esmarchscher Blutleere und Anlegung von zwei Binden, in dem Raume zwischen den beiden Binden aufgesucht, angeritzt und eine Canüle eingeführt, durch die 50—100 Cbctm. einer $^{1}/_{2}$ pCt. Lösung von Novocain injiciert wird. Es erfolgt Anästhesie in dem Gewebe und eine motorische Lähmung, die bald nach Abnahme der Binden wieder schwindet.

A. Siwre: «Zur Casuistik der Schussverletzungen».

Ein Soldat wurde zufällig von seinem neben ihm stehenden Kameraden angeschossen, wobei die Kugel durch den offenen Mund in harten Gaumen drang, die Epiglottis und die Halsmuskulatur durchbohrte. Die Ausschussöffnung befand sich seitlich in der Mittelpartie des Halses, war klein, der harte Gaumen vollständig zersplittert. Trotzdem volle Heilung ohne Defectverlust.

W. Kamanin: «Ein Fall von allgemeiner Streptococcie».

Typischer Fall von Streptococcenpyämie ausgehend von einem Panaritium mit Metastasen in dem Herzen, Gelenken etc. Das Marmoreksche Serum am 15. u. 17. Tage schien zuerst günstig zu wirken, konnte aber leider nicht wiederholt werden (aus Mangel an Serum). Tod durch Arosion der Coronararterie und folgende Blutung.

D. Markow: «Ueber die beste Methode der Aufbewahrung von Gummigegenständen».

Die Gegenstände werden am besten frei in Schränken liegend bei beständig gleichmässiger Temperatur aufbewahrt (12—14°). Von Zeit zu Zeit müssen sie ein wenig angefeuchtet werden, am besten mit einem Pulverisator.

Ref. W. Schiele.

Militär-Marine-Sanitätswesen.

Wojenno-med. shurn. Juni—Dec. 1908.

J. Violin: «Die Rolle des Paraffins bei Selbstverstümmelungen».

V. beschreibt 2 Fälle von Selbstverstümmelungen bei Rekruten, die sich Paraffininjectionen in die Waden hatten machen lassen, die im Anfange für eine seltene Form von Myositis ossificans angesehen wurden.

P. Timofejewski: «Die sanitäre Taktik der ersten Verbandplätze».

T. ist der Ansicht, dass die Militär-Aerzte nicht nur medicinische, sondern auch militärische Kenntnisse besitzen müssen, um sich nach den Phasen des Kampfes richten und ihre Vorkehrungen ihnen entsprechend richtig treffen zu können.

M. Zitowitsch: «Entfernung eines Fremdkörpers aus der Trachea mit Hilfe der Tracheoskopie von Kilian».

A. Zatzkin: «Aus chirurgischen Beobachtungen im Regimentslazaret».

Z. beobachtete folgende Fälle: 1) Hemiglossitis dextra. 2) Gynaecomastia. 3) Cysta digiti epithelialis traumatica.

J. Kreindel: «Uebersicht der Krankheiten in der mandschurischen Armee».

Flecktyphus im Ganzen nur 348 Fälle. Febr. recurrens gegen 100 Fälle. Anthrax, echte Pocken waren nur sporadisch vertreten. Malaria 24 Tausend Fälle; Scorbut gegen 3000 Fälle, auch schwerere Formen (ausser Port-Arthur). Ausführlicher Bericht über die Nerven- und Geisteskrankheiten. Von ersteren kamen 1491 Officiere und 5452 Soldaten zur Behandlung, von letzteren 70 und 158. Die Neurasthenie hatte meist schon vor dem Kriege bestanden; der Alcoholismus spielte eine grosse Rolle.

J. Kaptschewski: «Ueber die Qualität der medicamentösen Tabletten, hergestellt von der Apotheke der Fabrik militär-medicinischer Präparate».

15 verschiedene Medicamente in Form von Tabletten wurden untersucht und als durchaus brauchbar bis ausgezeichnet befunden.

A. Kellner: «Ueber die Frage der Einberufung der Recruten zum Dienst».

Vielfach werden untaugliche Leute zum Dienst angenommen, die später bald wieder entlassen werden müssen. K. schlägt verschiedene Massregeln bei der Annahme vor, um das zu vermeiden.

N. Popow: «Ein Project der Auswahl, Ernennung und Ausbildung der Feldscher-Schüler und Sanitäre in der Armee».

E. Iwanow: «Gibt es viele Imbecille in den Reihen unserer Armee?».

Nach seinen Beobachtungen nimmt I. an, dass die Imbecillitas in der Armee recht verbreitet ist und dass die Zahl der Imbecillen 12—15 pCt. aller geisteskranken Soldaten ausmacht. (Eigene Beobachtungen von Imbecillitas, Semiimbecillitas, Dementia praecox, Hebephrenia, Paranoia religiosa). Sie werden häufig verkannt und harten Strafen unterworfen wegen Vergehen gegen die Disciplin.

R. Thal: «Untersuchung medicamentöser Tabletten».

30 Tabletten erwiesen sich als tauglich, 34 als nicht tauglich, z. B. acid. arsenicos. infolge Ungenauigkeit der Dosierung, ebenso Cocain, Extr. Aloës, Guajacolum, Kal. jodat. etc., andere infolge schwerer Löslichkeit wie z. B. acid. boricum, Natr. bicarbonic. etc., andere schliesslich, weil sie zu schwer zu zerbröckeln waren, wie Antifebrin, Extr. Belladonnae, Chinin. hydrochl., Kali chloric. etc. Verschiedene wiesen mehrere dieser Mängel auf.

W. Ssisemski: «Skizzen aus der ärztlichen und chirurgischen Tätigkeit in Port-Arthur während des russisch-japanischen Krieges (1904—1905)».

Auf Grund seiner Erfahrungen und der Zahlenangaben anderer Autoren kommt S. zum Schluss, dass das kleinkalibrige Geschoss überhaupt, besonders aber das japanische, das letzte Wort der menschlichen Grausamkeit darstellt, wie es im Kriege unter den gegebenen Umständen überhaupt denkbar ist». In Port-Arthur war der Procentsatz der Mortalität der Kranken ein ungeheuer grosser: es starben in den Hospitälern an Scorbut 41,7 pCt., an Typhus abdominalis 60 pCt. und an Dysenterie 26 pCt. aller Kranken. Der schlechte Gesundheitszustand im Allgemeinen und besonders der Scorbut beeinflussten sehr ungünstig auch den Verlauf der Verwundungen. Dagegen waren Erisypel und Pyämie sehr wenig vertreten. Was die einzelnen Formen der Verwundungen anbetrifft, so spricht S. sich bei perforierenden Bauchschüssen für eine conservative Behandlungsmethode aus (40—50 pCt. Mortalität gegen fast 100 pCt. Laparotomien). Dasselbe gilt für die Schusswunden der Brusthöhle, nur Complicationen sollen chirurgischen Eingriffen unterworfen werden. Von 25 Verwundeten dieser Art starben nur 3. Doch hat die weitere Beobachtung dieser «Geheilten» gelehrt, dass viele in der Folge an Lungenleiden zu Grunde gehen. Schädel- und Gehirnverletzungen gab es in der Abteilung des Autors 36, von denen 20 starben; bei diesen ist sofort chirurgisch einzugreifen und sehr energisch.

E. Osten-Sacken: «Zur allgemeinen Charakteristik der Verwundungen im russisch-japanischen Kriege».

Die Verluste im Allgemeinen und in den einzelnen Schlachten waren nicht sehr gross, berechnet auf die gesammte Kopfstärke, etwa 3 pCt., einzelne Abteilungen, Regimenter etc. wiesen dagegen sehr schwere Verluste auf, die 6. sibirische Schützendivision bei Mukden z. B. 31 pCt., das 3. sibirische Schützenregiment bei Sandepu 66 pCt. (95 pCt. der Officiere), des 4. Regiment 53 pCt. (88 pCt. der Officiere). Das Verhältnis der Getödteten zu den Verwundeten betrug 1 : 5,5. Die grösste Zahl der Verwundungen erfolgte auf die Entfernung von 500 Schritt (ca. 300 Meter), z. B. 46 pCt. aller Verwundungen, dann folgt mit 28 pCt. die Zone von 500—1000 Schritt. Osten-Sacken findet nicht, dass die Geschosse auf nahe Distancen viel schwerere Wunden verursachten, als die auf grössere Entfernungen erfolgten (selten Explosivwirkung). Gegen früher ist die Bedeutung des Artilleriefeuers sehr gewachsen, aus den 10,055 Fällen der Statistik des Autors waren fast 22 pCt. der Wunden durch Artilleriegeschosse resp. Sprengstücke hervorgerufen. Hierdurch ist die absolute Zahl der Hautverletzungen und einfachen Quetschungen gewachsen. Das kleinkalibrige Geschoss ruft im Allgemeinen aseptische, «troicarartige» Wunden mit intensiven, aber mehr begrenzten Zerstörungen hervor. Der Verlauf der Wundheilung war ein äusserst günstiger, gegen 30 pCt. aller Verwundeten kehrte wieder in die Front zurück. Ein bemerkenswerter Unterschied zwischen Wunden, hervorgerufen durch das japanische Gewehr System Murata (Caliber 8 mm., Anfangsgeschwindigkeit 561 Meter) und solchen, hervorgerufen durch das Geschoss

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des japanischen Gewehrtypus Arisaka (Caliber 6,5 mm., Anfangsgeschwindigkeit 735 Meter) liess sich nicht constatieren.

A. Golowkow: «Ueber den Einfluss der Antimosquito-Flüssigkeit von I. Malinin auf Krankheitserreger».

G. untersuchte die Malininsche Flüssigkeit auf ihre Wirksamkeit als bactericides Mittel und fand, dass in ihr sehr schnell folgende Bacterien zu Grunde gingen: Choleravibrionen, Diphtherie-, Typhus-, Dysenteriebacillen, Bacter. coli, Meningococcus, Stapylococcus aureus etc. Bei Verdunstung in kleinem Raume werden Meningococcen, Choleravibrionen und Diphtheriebacillen abgetötet. Bei Verstaubung von 10—15 Cbcm. auf 1 Cbcmm. werden dieselben Bacterien wie bei der Verdunstung und auch noch der Dysentheriebacillus abgetötet. Die von Malinin zur Abtötung des Anophebes empfohlene Flüssigkeit ist somit auch als Desinfectionsmittel im Kampfe gegen alle möglichen Infectionskrankheiten empfehlenswert. Ihre Herstellung geschieht folgendermassen: man stellt mit 5 Teilen russ. Terpentins einen Extract aus 1 Teil besten persischen Insectenpulvers her. Nach Scheidung des Extractes vom nachbleibenden Pulver, wird letzteres mit 5 Teilen Kerosin (Petroleum) versetzt; der sich nicht lösende Rest des Pulvers wird ausgepresst, nachdem der Petroleumextract abgegossen und diesem hinzugefügt ist. Hierauf werden die beiden Extracte gemischt, ihnen 5 pCt. crystallinischer Carbolsäure und auf 1 Pud des Gemisches ½ Pf. Zimmtöl zugesetzt. Die hierdurch gewonnene durchsichtige, grünliche Flüssigkeit ist nun fertig zum Gebrauch.

A. Golowkow: «Ueber bacteriologische Untersuchung auf Sterilität von Fleischconserven, hergestellt nach der Methode von J. Raptschewski und N. Iwanow».

Die Untersuchungen fielen sehr günstig aus.

W. Uglow: «Wie wirkt das Salzen von Fischen auf Choleravibrionen?».

U. fand, dass das Salzen die auf der Oberfläche von Fischen befindlichen Choleravibrionen tötet.

M. Fenster: «Noch eine Art der Selbstverstümmelung».

F. beschreibt 10 Fälle von Phlegmonen an verschiedenen Körperteilen bei Recruten, die fast alle aus dem Gouvernement Kutais stammten. Es liess sich aus diesem Umstande und dem Befunde von kleinen schwarzen Puncten, offenbar Einstichöffnungen, sowie einer im Centrum bisweilen befindlichen öligen Flüssigkeit darauf schliessen, dass es sich um künstliche Eiterungen handele, zum Zweck der Befreiung vom Militärdienst.

S. Krotkow: «Zur Frage des Kampfes gegen die Malaria».

K. behandelt den Kampf gegen die Malaria im Heere und schlägt hier die Aussonderung der Malariakranken in besondere Abteilungen vor, in den Garnisonen und Gegenden, wo die Malaria epidemisch herrscht. Hierdurch wird der Dienst weniger geschädigt und eine bessere und einheitliche Behandlung erreicht und weiterhin dadurch die Epidemie im Allgemeinen abgeschwächt und ihre Verbreitung hintangehalten.

A. Denissow: «Der Verbandplatz des 148. Kaspischen Infanterieregiments während der Schlacht bei Mukden».

D. tritt dagegen auf, dass auf höheren Befehl der erste Verbandplatz falscher Weise nahe der Kampfzone errichtet werden musste. Bekanntlich ist es aber das Bestreben der Verwundeten möglichst bald aus der Feuerlinie zu kommen, sie vermieden daher den «ersten» Verbandplatz. Weiterhin raubt die Nähe der Gefahr auch den Aerzten die nötige Kaltblütigkeit.

M. Isatschik: «Die Morbidität an venerischen Krankheiten in den Armeeverbänden des Moskauschen Militärbezirkes im Jahre 1897—1907 und die Massregeln zur Vorbeugung dieser Krankheiten».

Die Zahl der Veneriker betrug in den Jahren von 1897—1904 33, 46—42,75 per mille, von 1905 an macht sich eine bedeutende Steigerung bemerkbar, 62,5 bis 78,01 pro mille. Als Ursache sieht Verfasser die in der aufgeregten Zeit schlecht ausgeführte Controlle der Prostituierten an, der Kampf in der Armee selbst gibt nur geringe Resultate. In Frankreich hat man die gleichen Erfahrungen gemacht (jetzt ist die Morbidität an vener. Krankheiten nur 27,1 pro mille), ebenso in Italien, wo man sich zur Reglamentation der Prostitution entschliessen musste, weil die Zahl der venerischen Erkrankungen in der Armee von 42 pro mille auf 102 pro mille stieg.

M. Galin: «Die Art der Entstehung und die Diagnostik künstlicher Leistenbrüche».

Die ungeheuer grosse Zahl von Leistenbrüchen bei jungen Leuten in Russland, die der Aushebung unterliegen, erklärt sich nur durch ein künstliches Hervorbringen der Brüche. Dieses geschieht in der Weise, dass der Operateur den Zeigefinger in die Gegend der Bruchpforte mit Gewalt einführt, eine Bruchpforte so herstellt oder erweitert, indem er die Fibrae arciformes zerreist und die Fascia transversa durchbohrt nebst dem dazwischenliegenden lockeren Bindegewebe. Beständige Kennzeichen eines solchen künstlichen Bruches sind die Abwesenheit eines äusseren Leistenringes, an dessen Stelle sich ein in das kleine Becken führendes Loch findet und eine Spalte zwischen den Rändern der tiefen Muskulatur und der Aponeurose des Musc. transversus. Bei der operativen Behandlung sind Narbenverzerrungen hinderlich und Verwachsungen des Samenstranges.

J. Kreindel: «Die Evacuation der Schlachtfelder und der Transport der Verwundeten im russisch japanischen Kriege».

K. weist auf die absolut unzulängliche Zahl der Transportmittel bei der russischen Armee hin.

N. Koslowski: «Acute Infectionskrankheiten in der Mandschurischen Armee».

Im Verlaufe eines Jahres und 11 Monate (Febr. 1904—1. Jan. 1906) erkrankten an Typh. abdom., Flecktyphus, Typh. recurr., Dysentherie, Pocken, Anthrax, Scorbut 26,950 Soldaten der russischen Armee in der Mandschurei. Von ihnen starben 50,8 pro mille. Die meisten Erkrankungen fanden statt an Typh. abdom. (18913 mit 35,6 p. m. Mortalität), dann an Dysentherie 4611 Mann (Mort. 8,7 p. m.). Es folgt nun genaue Verteilung (Tabellen) auf die einzelnen Armeecorps und Regimenter. Im Ganzen war der Gesundheitszustand ein sehr guter, während des russisch-japanischen Krieges war der Procentsatz der Erkrankten an Typh. abdom. z. B. 4 Mal so gross, ad Flecktyphus gar ca. 150 Mal so gross, wie in der verflossenen Campagne. Dasselbe gilt von der Mortalität.

Ref. Schiele.

Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

Medizinsk. Obosr. 1908. Nr. 18.

S. Ssuchanow: «Die Psychotherapie höherer Ordnung».

Verf. stellt der Psychotherapie niederer Ordnung, welche durch Suggestion und Hypnose auf den Kranken einwirkt, die Psychotherapie höherer Ordnung gegenüber, welche direct mit Hilfe des Intellects den Kranken beeinflusst und viel Mühe und Geduld von Seiten des Arztes erfordert.

Ss. Molodenkow: «Zwei Fälle von partieller Hautgangrän und Blutung in das Rückenmark und seine Häute nach Subcutaninjectionen von Sublimatlösung».

Die Krankengeschichten sind so ausführlich und voller interessanter Tatsachen, dass ein Referat dazu nicht geeignet ist den Stoff in befriedigender Weise zu bewältigen.

W. Horoschko: «Schussverletzungen des Schädels mit zweifacher Localisation».

Ein Mann hatte bei unvorsichtigem Hantieren an einem Revolver, einen Schuss in die rechte Wange unterhalb des Auges erhalten. Der Verwundete war bewusstlos in ein Krankenhaus gebracht worden, wo er in höchst erregtem Zustande umhergelaufen sein soll. Als er zu sich kam, empfand er heftige Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte und Brennen in den linken Extremitäten. Allmählich beruhigte sich Pat., ohne dass ein operativer Eingriff an ihm vorgenommen wurde, die Schmerzen bestanden fort. Pat. wurde entlassen, war arbeitsunfähig. 5 Monate später kam er mit denselben Schmerzen in die Behandlung und Beobachtung des Verfassers. Nun ist es interessant, wie die eingehende Untersuchung Symptome von Seiten des Nervensystems zu Tage fördert, die eine Localisation sehr erschweren. Erst die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen gibt des Rätsels Lösung. Es erweist sich, dass sich von der Kugel ein Teil abgelöst haben musste, denn 2 Fremdkörper waren an zwei von einander entfernten Teilen des Hirns deutlich erkennbar. Ein Ausschuss war nicht vorhanden.

Ref. Mickwitz.

Wojenno-med. shurn. Sept.—Nov. 1908.

J. Godsjatzki: «Geisteskrankheiten im Zusammenhang mit den politischen Ereignissen in Russland».

G. resumiert meist die Arbeiten anderer Autoren über «politische Psychosen» und beschreibt nur kurz zwei eigene Beobachtungen.

E. Erikson: «Einige Daten über die Morbidität der Hebräer und Polen an Psychosen».

E. teilte seine Beobachtungen an der psychiatrischen Abteilung des Warschauer Militärhospitals im Verlaufe von 10 Jahren an ca. 1300 Kranken mit meist Recruten. Was hyste-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rische Psychosen anlangt, so litten an ihnen 12 pCt. der Juden, 5 pCt. der Polen im Hospital; an neurasthenischen Psychosen 19 pCt. Juden, 17 pCt. Polen; an Epilepsie 2,9 pCt. der Hebräer, 3,4 pCt. der Polen; an degenerativen Psychosen 2,4 pCt. Juden, 2,2 pCt. Polen. Bei maniacalisch-depressiven Psychosen war der Procentsatz der Juden grösser ebenso bei der Dementia praecox (17 pCt. gegen 11,4 pCt.). Delirium tremens oder Dipsomanie kam bei Juden in der ganzen Zeit überhaupt nicht vor, während die Zahl der Polen, die chronische Alcoholiker waren 10—15 pCt., der Russen 15—20 pCt. betrug. Die Hälfte aller der psychiatrischen Abteilung überwiesenen Polen erwies sich als behaftet mit angeborenem Schwachsinn, bei den Juden betrug diese Zahl ca. 7—34 pCt. Simulation fand sich unter Juden bei weitem häufiger, als unter Polen.

Ref. W. Schiele.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mediz. obosr. 1908 Nr. 15, 20 und 1909 Nr. 1.

A. Schewaldyschew: «Ueber Krebs der Gebärmutter, compliciert mit Schwangerschaft».

Von 1894—1907 wurden in der gynäkologischen Abteilung des Kathrinenhospitals zu Moskau 4 operable Fälle von Krebs der Gebärmutter an Schwangeren beobachtet. Einer dieser Fälle, welchen Dr. Zininator operierte, ist noch nicht publiciert worden. Es handelte sich um eine 40-jährige Gravida im 3—3½ Monat. An der vorderen Muttermundslippe eine harte unebene Geschwulst von brüchigem, leicht blutendem Gewebe. Diagnose: Cancer colli uteri, graviditas. Exstirpatio uteri totalis vaginalis. Verlauf gut. Im Uterus ein Foetus von 10 Cm. Länge. Das canceröse Infiltrat reichte nicht bis an den inneren Muttermund. Nach 6 Wochen stellte sich die Pat. mit einem Recidiv an der Scheidennarbe vor. In der geburtshilflichen Abteilung wurden von 1898—1908 4 Fälle von Krebs des Collum uteri beobachtet. 3 Fälle sind von Grauermann publiciert. der 4. Fall den Verf. beobachtete, folgt hier. Bei einer 36-jährigen Kreissenden mit normalen Beckenmassen und auf 3 Finger erweitertem Muttermunde bei schwachen Wehen, wurde an der hinteren Lippe eine unebene, harte, leicht blutende Geschwulst von Pflaumengrösse constatiert. Das Nachbargewebe war frei. Mittelst Wendung auf den Fuss wurde in Narcose ein lebendes Kind extrahiert und die Placenta manuell entfernt. Darauf wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Die normalen Adnexa blieben in situ. Verlauf gut. Nach 11 Monaten kein Recidiv.

Bei inoperablen Carcinomen ist nach Schewaldyschew in erster Linie auf den Foetus Rücksicht zu nehmen, daher wartet man das Ende der Schwangerschaft nach Möglichkeit ab und sucht durch die Sectio caesarea oder Porro das Leben des Foetus zu retten. Im Fall eines operablen Carcinoms ist die Mehrzahl der Autoren für die sofortige Entfernung der Gebärmutter ohne Rücksicht auf das Schwangerschaftsstadium. Die Frucht wird zum Wohl der Mutter geopfert, da die Chancen für eine Erhaltung des Lebens des Kindes nur 30 pCt betragen.

D. Beljaew: «Gleichzeitige Gravidität beider Faloppischen Tuben».

Nach Sayle stammt die beiderseitige Tubenschwangerschaft aus zwei verschiedenen Ovulationsperioden. Schauta unterscheidet drei Kategorien von Zwillingsschwangerschaften. 1) Gleichzeitig uterine und extrauterine. 2) 2 gleichartige Foeten in einer Tube. 3) In jeder Tube je ein Ei. Solcher Fälle sind nach Schauta 3 publiciert. Einer von ihnen, publiciert von Psaltow, gehört aber nicht hierher, da die Eier aus 2 verschiedenen Ovulationsperioden stammten. Es bleiben also für diese dritte Kategorie nur 2 Fälle übrig. Dazu kommen noch 5 vom Verf. gesammelte Fälle von Pollak, Burford, Bold, Laurell und Werth mitgeteilt. Ausserdem hat Verf. selbst einen Fall beobachtet: auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen hält Beljaew seinen hier mitgeteilten Fall für eine doppelseitige Tubenschwangerschaft aus einer Ovulationsperiode. Dafür sprach der mikroskopische Befund an beiden Fruchtsäcken, die Regelmässigkeit der vorhergegangenen Menstruationen und das Vorhandensein nur eines Corpus luteum verum.

Th. Saizew und P. Schweizer: «Ueber das Baden Neugeborener».

In der Entbindungsanstalt an der die Verfasser arbeiten, werden die Kinder in der Regel nach dem ersten Reinigungsbade gleich nach der Geburt vor dem endgiltigen Abfall des Nabelstranges nicht mehr gebadet. Um die Einwirkung des Bades auf das Gedeien des Kindes und auf die Abtrocknung des Nabelstranges festzustellen, wurden die Kinder der einen Abteilung von 102 Betten nicht gebadet, in der anderen Abteilung von 81 Betten dagegen täglich gebadet. Genaueste Wägungen, Messungen und Beobachtungen wurden dabei beständig notiert. Das Ergebnis der Beobachtungen war folgendes: «Der Nabelabfall erfolgte bei den gebadeten Kindern etwas früher. Das Gewicht wurde durch das Bad nicht beeinflusst, Nabeleiterungen waren unabhängig vom Baden stets eine Folge mangelhafter Asepsis. Das Fieber, das gelegentlich auftrat hatte seinen Grund stets in Magen-Darmstörungen oder Nabeleiterung. Kurz, das Baden erwies sich keinesfalls als wesentlicher Factor weder gegen noch für das Gedeihen der Neugeborenen.

Ref. Mickwitz.

Pathologie und Therapie.

Russk. wratsch. 1908. Nr. 18—24.

P. Medowikow: «Die Bedeutung der Reaction von Pirquet (225 Impfungen).

Bei seinen Versuchen änderte M. die Technik ein wenig. Das Tuberculin wurde aus dem Institut für Experimentalmedicin bezogen und zwar in der Form, wie es in der Veterinärpraxis gebraucht wird, in einer Verdünnung von 1:2 (33⅓%), und für den Hautschnitt gebrauchte er die Impflancete von Gubert. Er machte 2 Einschnitte in die Epidermis von 0,5—1 cm. Länge in der Schultergegend und auf einen derselben tröpfelte er aus der Spritze einen Tropfen Tuberculin, liess ihn 20—30 Min. trocknen und dann erst die Kinder sich ankleiden. Es wurde also das Tuberculin nicht eingerieben, wie Pirquet es tut, sondern nur in Berührung mit dem Hautschnitt gebracht. Die Impfung nach Pirquet ist fraglos ein wertvolles Heilmittel für die Diagnose der Tuberculose nicht nur bei Kindern in den ersten Lebensjahren, sondern auch bei älteren. Die positive Reaction hat eine entscheidende Bedeutung, die negative dagegen gibt noch nicht das Recht eine Tuberculose auszuschliessen.

J. Schirokogorow: «Primäres Sarcom der Bauchspeicheldrüse».

Die histiologische Untersuchung ergab, dass ein primäres Sarcom der Bauchspeicheldrüse vorlag (Sarcoma parviglobocellulare), welches das drüsige Organ in eine grosse Geschwulst umgewandelt hatte, die von den Drüsenelementen fast nur Langhanssche Inseln enthielt.

Der Fall ist abgesehen von seiner Seltenheit als primäres Pancreassarcom noch darin von Interesse, dass durch Metastasen in das Rückenmark ganz der klinische Symptomcomplex einer Tabes dorsalis im I. Stadium vorgetäuscht wurde.

S. Poggenpohl: «Ueber Veränderungen der Bauchspeicheldrüse bei Lebercirrhose».

C. Golomba: «Immunisierende Scharlachimpfungen und ihre factische Bedeutung».

Von Ende August bis Ende October 1907 machte G. 171 Kindern 370 Einspritzungen; 77 Kinder wurden 3 Mal, 45 Kinder 2 Mal und 49 1 Mal geimpft. Gebraucht wurde die im Moskauer bacteriologischen Institut zubereitete Vaccine. Die Dosierung war die gewöhnliche: das erste Mal wurden soviel Teilstriche einer Spritze injeciert als das Kind Jahre zählt, das zweite Mal 1½, das dritte Mal 2-Mal soviel. Das Maximum der ersten Injection betrug 1,0 Vaccine. Bei erhöhter Temperatur und Eiweiss im Urin wurde die Vaccination unterlassen. Andererseits wurde die angegebene Dosis nicht nach der Stärke der Reaction geändert. Nur in einzelnen Fällen wurde das 2.-Mal ebensoviel injeciert wie das erste Mal, und das auch nur deshalb, weil der Vorrat an Lymphe ein kleiner war. Der Zwischenraum zwischen den einzelnen Injectionen betrug 7 Tage. Die Kinder vertrugen die Impfungen sehr gut und von allen erkrankten nur 5 an Scharlach. Geimpft waren von denselben 4 1 Mal, 2 Kinder aus einer Familie, in der bereits Scharlach herrschte, sie erkrankten nach 11 und 20 Tagen, eins nach einem Monat; das 5. Kind nach 3 maliger Injection nach 2 Wochen.

Der Schluss, den G. aus seinen Beobachtungen zieht, ist der, dass die Vaccine G. Gabritschewskis, welche er in allen Fällen anwandte, unschädlich und ohne Folgen für die Kinder ist, während die im Kiewer bacteriologischen Institut zubereitete Erbrechen und schwere Allgemeinerscheinungen hervorrief.

N. Danilow: «Die Schutzimpfungen gegen Scharlach».

Zur Anwendung gelangte die Vaccine von Gabritschewski. Dieselbe erweist sich als unschädlich und ist fraglos wirksam. Wenn sie rechtzeitig eingespritzt wird, so kann eine Scharlachepidemie dadurch erheblich abgekürzt werden. Die Impfung muss mehrfach vorgenommen werden, dann gewährt sie Schutz für ein Jahr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Mokejew: «Schutzimpfungen mit der Scharlachvaccine G. Gabritschewskis im Herbst 1907 im Waisenhaus Kaiser Nikolai I zu Gatschina.

Die Epidemie begann im September und am 1. Oct. waren bereits 20 Kinder erkrankt. Infolge dessen wurde beschlossen, aus Moskau Scharlachvaccine zu verschreiben und die ersten Einspritzungen konnten am 8. Oct. vorgenommen werden. Dieselben wurden nur Schülern gemacht, bei denen in der Anamnese nicht Scharlach festgestellt werden konnte. Zuerst wurde 0,5, darauf 0,7—0,8 und nach 3 Wochen 1,4—1,5 Cbc. injeciert, worauf die Epidemie erlosch. Die hierbei gemachten Erfahrungen bestätigten wiederum die vollständige Gefahrlosigkeit der Einspritzungen; die Krankheit verbreitete sich langsamer und verlief entschieden schwächer nach 3-maliger Einspritzung. Die Dosen müssen nur grössere sein als die hier angewandten.

Th. Pumjanzew: «Streptococcavaccine G. Gabritschewskis zur Immunisierung gegen Scharlach».

Die Streptococcenvaccine Gabritschewskis ruft ein Exanthem hervor, das sehr ähnlich dem des Scharlachs ist, doch ist derselbe nicht ansteckend, infolge dessen dürfen solche Kranke nicht in die Scharlachabteilung gelegt werden. Irgend einen nachteiligen Einfluss hat die Vaccine nicht, ebenso ist sie ohne Einfluss auf den Verlauf der Diphtherie. Nach einmaliger Injection kamen trotzdem Erkrankungen und sogar mit tödlichem Ausgange vor.

N. Westenrich: «Zur Methode der klinischen Bestimmung der Harnsäuremenge».

Die englische Methode (Dimmoch and Branson) ist untauglich, die französische von Gautelet ist für die klinische Untersuchung der Schwankungen der Harnsäuremengen anwendbar, gibt aber befriedigende Resultate nur demjenigen, welcher nach dieser Methode gearbeitet hat. Die Methode von Kowarski kann gute Resultate geben bei länger dauerndem Centrifugieren, was auch vom Autor selbst betont wird, und bei Beobachtung grosser Vorsicht beim Abgiessen der Flüssigkeit von dem centrifugierten Bodensatz.

M. Schtschegolew: «Beobachtungen über Leucocytose im Blute bei Recurrenskranken».

Die Untersuchungen wurden an 30 Kranken im Alter von 16—60 Jahren (29 Männern und 1 Frau) im Moskauer Gefängnishospital vorgenommen. Dieselben gaben keine Anhaltspuncte für die active Beteiligung der Leucocyten beim Kampfe mit dem Typhus recurrens, da es kein Mal gelang die Vernichtung der Spirochäten durch die Leucocyten zu beobachten. An der Vergrösserung der Zahl der weissen Blutkörperchen beim Recurrens nahmen hauptsächlich Teil Leucocyten mit polymorphem Kern, d. h. verhältnismässig reife und augenscheinlich wenig widerstandsfähige Formen, welche schneller zerfallen und auf diese Weise die in ihnen enthaltenen fermentativen Producte frei werden lassen, welche die Spirochäten vernichten.

S. Timofejew: «Die lymphetreibende Wirkung des Spiritus und mechanische Leucocytose».

Die Versuche zeigen, dass der Alcohol die Lympheausscheidung von 5—40 mal erhöht. Schwache Lösungen wirken energischer als starke, weil letztere schwere Herzarythmie bedingen. Die Lymphe wird aus dem Blut und nicht aus den Geweben ausgeschieden, infolge dessen gehört der Spiritus zu den lymphetreibenden Mitteln erster Kategorie im Sinne Heidenhains. Abhängig ist die lymphetreibende Wirkung von der Durchgängigkeit der Gefässwände. Die Lymphe erscheint bei Einwirkung von Spiritus in grosser Menge in der Bauchhöhle und zwischen den Hirnhäuten und enthält immer bei frischen Versuchen rote Blutkörperchen und Polynucleäre, die per diapedesin austreten. In diesen Höhlen, besonders aber in der Bauchhöhle entwickelt sich bei Einwirkung von Alcohol und künstlicher Plethora acuter Ascites, welcher von Oedem der Lungen begleitet wird. Die lymphetreibende Wirkung des Alcohol hat als beständige Folgeerscheinung ein Austreten der Leucocyten aus den Lymphwegen, d. h. wird von einer mechanischen Leucocytose begleitet.

W. Jordanski und N. Klodnizki: «Weitere Beobachtungen über mit Pest inficierte Wanzen».

Die Pestbacillen fangen sich nach 4—5 Tagen im Magen der Wanzen zu vermehren und von der Zeit an nimmt ihre Virulenz zu. Der grösste Zeitraum, welchen die Bacillen sich erhalten, beträgt 88 Tage.

M. Nemser: «Ueber das Schicksal des innerlich eingenommenen Calomels».

Während der Wanderung durch den Magen-Darmtractus wird das Calomel überall aufgelöst, doch ist die Intensität des Processes an den verschiedenen Stellen verschieden. Am wenigsten wirksam erweist sich der Magensaft und Mageninhalt. Obgleich freie Salzsäure vorhanden ist, so ist doch die Menge des in Lösung übergehenden Calomels gleich Null. Der Process der Auflösung beginnt bedeutend zuzunehmen im Zwölfingerdarm, wo die Reaction noch eine saure ist, und erreicht sein Maximum im Dünndarm. Im Dickdarm wird das aufgelöste Quecksilber teilweise resorbiert, teilweise durch den anwesenden Schwefelwasserstoff niedergeschlagen, so dass im Kot gelöstes Quecksilber nicht zu finden ist. Bei den in vitro ausgeführten Versuchen mit verschiedenen Secreten, die von Hunden mit den entsprechenden Fisteln herstammten, zeigte es sich, dass der Magensaft und die Galle wirkungslos auf Calomel sind. Am wirksamsten ist der Pancreassaft, geringer der Darmsaft; die alkalische Reaction des Darminhaltes ist der Auflösung der Pancreas nicht hinderlich. Die Resorbtion des Quecksilbers (aus Calomel) beginnt nicht höher als im Dünndarm und hört wahrscheinlich in den oberen Partieen des Dickdarms auf. Ein Teil wird von der Leber, den Nieren und dem Dickdarm eine Zeitlang zurückgehalten, was nicht indifferent für den Organismus ist. Gerade diese Organe gehören zur Zahl derjenigen, welche ein besonders specifisches Verhalten zum Calomel haben, da durch dasselbe die functionelle Tätigkeit erhöht wird. Die übrigen Organe binden wenig das in den Magen eingeführte Calomel und verhalten sich indifferent zu demselben.

W. Jakimow: «Die Einwirkung des Atoxyls auf die weissen Blutkörperchen».

Nach Injection therapeutischer Dosen von Atoxyl beginnt bei Tieren eine mehr oder weniger starke Leucocytose aufzutreten und zwar ist das Maximum erreicht nach 2 Stunden beim Kaninchen und grauer Ratte, 4 Stunden beim Meerschweinchen und 5 Stunden beim Hunde. Die Dauer der Leucocytose beträgt einige Stunden, 4 beim Kaninchen, 3 beim Meerschweinchen, 7 bei der grauen Ratte und 9 beim Hunde. Die verschiedenen Sorten der weissen Blutkörperchen machen während der Leucocytose folgende Veränderungen durch: beim Meerschweinchen Vermehrung mehrkerniger Neutrophilen, Verminderung der Lymphocyten und eosinophilen Zellen, beim Hunde Vermehrung der Lymphocyten, Verminderung der mehrkernigen Neutrophilen, der grossen einkernigen und eosinophilen Zellen; bei der grauen Ratte Vermehrung der eosinophilen und grossen einkernigen Zellen, Verminderung der Lymphocyten und mehrkernigen Neutrophilen. In den Tagen nach der Einspritzung ist keine Leucocytose zu bemerken.

Ref. Mühlen.

Shurn. russk. obschtsch. ochran. narod. sdraw. 1908. Nr. 1—12.

P. Rosenbach: «Ueber die Criminalität und Zurechnungsfähigkeit der Alcoholiker».

W. Kaschkadamow: «Ueber die Anwendung der biologischen Reinigung der Abwässer in Russland».

W. Binstock: «Kinderausflüge, Vergnügungen, Spiele, Beschäftigungen in den Gärten der Stadt Petersburg».

I. Bartoschewitsch und **I. Schwarzwasser** «Eine neue Diplococcus-Art: Tetradiplococcus filiformans Lodzensis».

W. Kaschkadamow: «Die Bedingungen der Verbreitung der Pest und ihre Bekämpfung in Russland».

Ref. Mickwitz.

Medizinsk. Obosrenje. 1908. Nr. 18—20 u. 1909. Nr. 1 u. 2.

Ss. Kljutscharew: «Ueber die Anwendung des Metschikowschen Laktobacillins bei Dysenterie».

Verf. hat eine ganze Reihe von Versuchen mit Laktobacillin an Dysenteriepatienten in einem Krankenhause angestellt und den Eindruck gewonnen, dass das Präparat bei leichten Erkrankungsfällen gut vertragen wird. Directe Heilerfolge wurden mit dem Lactobacillin nicht erzielt.

A. Abrikosow: «Ein multiples Rabdomyom des Herzens mit gleichzeitiger angeborener Herdsclerose des Hirns».

Eine Krankengeschichte mit ausführlicher Bearbeitung des Materials, und mit Beiffügung von 23 Mikrophotogrammen.

G. Melnikow: «Die eosinophile Leucocytose, als diagnostisches Kennzeichen des Echinococcus».

Verf. beobachtete einen Fall von Echinococcus der Leber, welcher durch eine hochgradige Leucocytose (50—56 pCt.) ausgezeichnet war. Es gelang nach der Operation die Abnahme der Leucocytose zu beobachten, welche schon am 3. Tage eintrat, am 8. Tage war die Zahl der eosinophilen Zellen normal. Verf. teilt die Krankengeschichte und die Details der Blutuntersuchungen mit und gibt eine Uebersicht der einschlägigen Literatur.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

G. Rostowzew: «Ueber Versuche mit Streptococcenserum während einer Scharlach-Epidemie im Rjasaner Gouvernement».

Verf. hat keine sicheren Resultate, weder in positivem noch in negativem Sinne erzielen können und ist dafür, dass die Versuche mit dem Gabritschewskischen Serum so lange fortgesetzt würden, bis es sich klar herausstellt, ob mit dem Serum ein Heilerfolg, resp. ein Schutzerfolg zu erreichen ist. Dazu müssten die Versuche systematisch und einheitlich organisiert werden.

W. Nefedow: «Ein Fall von haemorrhagischer Pleuritis und Erkrankung des N. facialis bei Febris recurrens».

Ein Soldat von 23 Jahren, der vorher nie krank gewesen erkrankte mit Schüttelfrost und hohem Fieber, Lungen bis auf vereinzelte Rasselgeräusche normal, keine Anzeichen für Scorbut. Im Blute Obermeiersche Spirillen. Verlauf typisch, am 8. Tage, Apyrexie 7 Tage. 2. Anfall 6 Tage, darauf in 2 Tagen stetiger Temperaturabfall. Am 10. Tage linksseitiges pleuritisches Exsudat. Die Punction ergibt Blut von Lackfarbe, welches keine Spirillen aufweist. Im 2. Anfall nahm das Exsudat etwas zu, wurde rein haemorrhagisch und enthielt Spirillen. Mit dem Temperaturabfall wurde auch das Exsudat aspiriert. Der haemorrhagische Charakter des Exsudates fand im objectiven Befunde keine rechte Erklärung, Scorbut war ausgeschlossen. Ausser der Pleuritis wurde noch eine Lähmung des N. facialis beobachtet, welche am 3. Tage des 2. Anfalls auftrat und peripher ihren Ursprung hatte, nämlich beim Austritt aus dem Foramen stylo-mastoideum. Die paretischen Erscheinungen schwanden allmählich mit der zunehmenden Kräftigung des Patienten. Ausserdem bestand noch eine Rhinitis purulenta.

N. Langowoi: «Neue Methoden zur Diagnose der Tuberculose bei Kindern».

Verf. hat im Kinderhospital von Morosow beide Tuberculin-Reactionen nach Pirquet und nach Wolff-Eisner-Calmette nachgeprüft, auch die Brauchbarkeit der Agglutinationsmethode nach Koch, zu diagnostischen Zwecken. Die Resultate der Untersuchungen sind in 5 Tabellen übersichtlich geordnet. Nach Langowoi hat die Serumdiagnose nach Koch keinen klinischen Wert. Die Pirquetsche Reaction ist allen anderen Reactionen vorzuziehen.

M. Dawydow: «Ergänzung zum Fall von Adams-Stockescher Krankheit».

Bei der Veröffentlichung seines Falles im Jahre 1905 hatte Verf. die Curve der Herztätigkeit nicht beibringen können. Diese Curve ist nun an demselben Pat. aufgenommen worden und bestätigt die Annahme des Verf., dass es sich beim Pat. um einen Herzblock handelte. Auf Grund der Angaben in der Literatur erscheint es D. wahrscheinlich, dass es sich in seinem Fall um eine, durch eine Bindegewebsschwiele verursachte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Hisschen Muskelbündels handelte.

D. Pletnew: «Ueber den Einfluss einer Vagusreizung auf die Synergie der Herzventrikel».

Entgegen der früheren Annahme eines völligen Synchronismus beider Ventrikel haben neuerdings die Untersuchungen ergeben, dass ein solcher absoluter Synchronismus nicht besteht. Schon seit Jahren erscheinen Arbeiten von verschiedenen Autoren über den Einfluss des Vagus auf die Herztätigkeit. Auch Pletnew hat sich mit dieser Frage beschäftigt und an Kaninchen Experimente angestellt, deren Ergebnisse folgende sind: 1) bei einer schwachen Reizung des peripheren Endes des durchschnittenen Vagus wird die Systole beider Ventrikel symmetrisch verlangsamt und verstärkt. Der Abstand zwischen zwei Systolen wird grösser. 2) Bei stärkerer Reizung beobachtet man seltene, abwechselnd starke und schwache Systolen beider Kammern, aber nicht mehr symmetrisch, sondern mit einer dynamischen Dissociation. Gleichzeitig wird auch eine rhythmische Dissociation beobachtet, indem die Contraction des rechten Ventrikels verspätet eintritt. 3) Bei noch stärkerer Reizung erfolgt Hyposystolie, sogar Asystolie. Letztere tritt bei beiden Ventrikeln unsymmetrisch ein: dynamische Dissociation. Die rhythmische Dissociation ist nicht nachweisbar. Jedenfalls tritt bei Vagusreizung die Veränderung der Contraction der Herzkammern mehr in den Vordergrund, als die des Rhythmus. 4) Bei Vagusreizung auf reflectorischem Wege, von der Nasenschleimhaut aus, kommt eine Dissociation zur Beobachtung. Doch kommen hier, ausser dem Vagus, auch die vasomotorischen Centren in Betracht.

M. Pewsner: «Ueber den Einfluss von Mineralwässern auf den Verdauungstractus».

Da einige wenige Fälle bekannt sind, bei denen am lebenden Menschen die secretorischen Verhältnisse des Magens und des Pancreas studiert werden konnten, so war es möglich, die Tatsache festzustellen, dass die Secretion in genau derselben Weise auch beim Hunde vor sich geht. In Folge dessen, meint Verf., können seine an Hunden gemachten experimentellen Untersuchungen sehr wohl auch in Bezug auf die Secretion beim Menschen verwertet werden. Am meisten wird die Secretion des Pancreas durch Wiesbadener Kochbrunnen gesteigert. In geringerem Masse haben die gleiche Wirkung Karlsbader Sprudel und Selters, letzteres dank dem Kohlensäuregehalt. Deutlich herabgesetzt wird die Secretion durch Vichy-Celestin und Hunyadi-Janos, während Friedrichshaller Bitterquelle die Secretion fast garnicht herabsetzt.

Ref. Mickwitz.

Wojenno-med. shurnal. Oct.—Dec. 1908.

M. Iwanow: «Ein Fall von Diphtherierecidiv».

Recidiv erfolgte 8 Tage nach Genesung von der ersten Erkrankung, eine Immunität war also nicht erworben worden. Im Allgemeinen wird angenommen (Filatow, Bendix, Schwalbe etc.), dass in 3 pCt. der Fälle bei Diphtherie Recidive vorkommen, doch sind in der Literatur darüber selten Angaben zu finden.

D. Schipin: «Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie und Hufeisenniere».

Junger Soldat von 22 Jahren erkrankte an katarrhalischem Icterus. Tod am 8. Tage unter den Erscheinungen der acuten gelben Leberatrophie. Die Obduction zeigte eine Hufeisenniere.

J. Kijanitzyn: «Der chemische Bestand des Gaoljans (Andoopogon Forgum vulgare) und der Tschumisa (Setaria).

Vergleich des chemischen Bestandes des mandschurischen Sorgum und der Setaria mit dem der in Russland gezüchteten. Diese Cultur ist bekanntlich nach dem Kriege in einigen Gegenden Russlands mit besten Erfolge begonnen worden.

P. Gorski: «Die Lage der Mammilla beim Manne und die Bedeutung der Mammilla sinistra bei der Bestimmung der Herzgrenzen».

G. fand, dass in der Mehrzahl der Fälle die linke Mammilla höher als die rechte gelegen ist und näher als die rechte zur Mittellinie. Bei Angabe der Herzgrenzen muss deshalb auch immer in Centimetern der Abstand der linken Mammilla von der Mittellinie angegen werden. Die Grenze der absoluten Herzdämpfung befindet sich im Durchschnitt 28 Ctm. nach innen von der linken Mammilla, die Grenze der relativen Dämpfung gegen 1,4 Ctm.

B. Senowitsch-Kaschtschenko: «Ein Fall von primärer eitriger Nephritis, hervorgerufen durch Gaffky-Eberthschen Bacillus».

S. beschreibt den Fall eines jungen Soldaten, bei dem eine letal endende Cystitis und Pyelo-Nephritis durch den Eberthschen Bacillus hervorgerufen war. Autor kommt zum Schluss, auf Grund seiner Beobachtung, dass die Eiterungen, hervorgerufen durch den Eberthschen Bacillus, Temperaturcurven ergeben können, wie sie charakteristisch für Typhus abdominalis sonst sind. Die Widalsche Reaction war gleichfalls positiv, während die Harnveränderungen nichts Charakteristisches boten.

A. Halperin: «Beschreibung einer Trichinen-Epidemie in Charkow im Jahre 1907».

H. beschreibt 4 Fälle von Trichinose, von denen einer letal verlief. Die Symptome waren: Oedeme, besonders des Gesichtes und der Lider, Eosinophilie (bis über 60 pCt. eosin. Leucocyten), abundante Schweisse, Muskelschmerzen, Fieber, (hohe Temperaturen dauern an 40° und mehr). Bisweilen geringe Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmkanals. Eine strengere Kontrolle des Schweinefleisches ist erforderlich, da auf 500 untersuchte Schweine ein trichinöses entfalle.

P. Osokin: «Zur Frage über den Einfluss des Trichocephalus dispar auf die Entwickelung der Anämie».

Eine einzige eigene Beobachtung, sonst Sammelreferat.

J. Stusimski: «Zur Frage der Zusammensetzung der Nahrung der Soldaten».

Das Roggenbrot wird nicht genügend vom Verdauungstractus ausgenutzt, die Soldaten erhalten zu viel Brot, zu wenig andere Nahrung.

Ref. Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 5. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Nervenkranheiten und Psychiatrie.

Obosrenje psichiatrii, newrologii i experim. psichol. 1908, Nr. 9—12.

E. Nielsen: Ueber die Behandlung der Ischias mit Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung.

In der Mehrzahl der Fälle (10 von 13) von hartnäckiger Ischias, welche anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatten, hatten Injectionen von auf 1° C. abgekühlter physiologischer Kochsalzlösung in die Gegend des Sitznerven eine zweifellos günstige Wirkung, indem sie sofort den Kranken von unerträglichen Schmerzen befreiten oder eine bedeutende Erleichterung auf einen mehr weniger langen Zeitraum brachten.

W. Bechterew: Fragen der Degeneration und der Kampf mit dieser.

Einführungsrede, gehalten bei der Eröffnung des Psychoneurologischen Instituts am 1. März 1908.

Alle die stets angeführten Ursachen der Degeneration sind für den Verf. nur Details, welche von einer allgemeinen Ursache abhängen und diese ist das kapitalistische Gefüge der modernen Gesellschaft. Dies Gefüge führt zum verderblichen Kampf ums Dasein, zur äussersten Nervenanspannung einzelner Personen, die Arbeitsbevölkerung zur äussersten physischen Erschöpfung, bedingt ferner den Gebrauch erregender Mittel, bewirkt einerseits Armut andererseits verbrecherischen Luxus. Der Kampf gegen die Degeneration läuft also auf sociale Umwälzung hinaus, auf Elimininierung des capitalistischen Gefüges, eine Perspective, die auch dem Verf. noch in ferne Zukunft entschwebt.

M. Nikitin: Diplegia facialis.

Ausführliche Literaturübersicht und Beschreibung eines Falles von doppelseitiger peripherer Facialislähmung im Initialstadium der Syphilis, $2^1/_2$ Monate nach der Infection.

W. Protopopow: Zur Frage der Hemitonie.

Die postapoplektische Hemitonie entwickelt sich in jugendlichem Alter, mehr weniger lange Zeit nach dem Insult, welchem entweder eine Infectionskrankheit oder übermässige physische Anstrengung vorangeht. Der Zustand charakterisiert sich durch spasmodische Contraction in den willkürlichen Muskeln einer Körperhälfte, besonders der Extremitäten, ohne sichtbare Schwächung der Muskelkraft und ohne fixe Contracturen bei Erhaltensein der Reflexe und normaler Sensibilität. Zur Illustration gibt Verf. zwei Krankengeschichten.

W. Choroschko: Hysterische Hyperthermie oder Fieber?

Die Diagnose hysterisches Fieber darf nur gestellt werden, wenn jegliche organische Infectionskrankheit ausgeschlossen ist, das Fieber mit diesen oder jenen psychischen Erregungen, Aenderungen des Allgemeinbefindens, mit Zuständen der Suggestion oder Autosuggestion in Verbindung gesetzt werden kann, mit anderen Worten, wenn die Psychogenese des Fiebers beim Hysterischen klar ist Literaturübersicht und drei eigene Fälle. I. Fall: 36 jähriger Armenier. Schusswunde des Kopfes. Traumatische Neurose mit Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. II. Fall: 18-jähriges Mädchen mit blutigem Auswurf, Uterusblutung, hysterischen Anfällen. III. Fall: 24-jähriger Arbeiter, traumatische Neurose mit hysterischer Contractur des linken Armes.

W. Bechterew: Ueber schmerzlose Akroerythrosis.

5 Krankengeschichten. Constante Röte des Gesichtes, der Ohren, der Brust, der Gegend der Hand- und Fussgelenke in verschiedenster Combination dieser Localisationen. Die geröteten Stellen sind zum Unterschiede von der Erythromelalgie völlig schmerzfrei. Es liegt eine rein vasomotorische Neurose vor. Bei ihrer Localisation im Gesicht kann sich secundär die «Errötungsfurcht» hinzugesellen. Die Krankheit betrifft meist jugendliche Individuen. In einigen Fällen lag directe Vererbung vor. Sonstige ätiologische Momente liessen sich nicht nachweisen. Die Therapie ist meist erfolglos. In einem Falle wirkte allgemein sedative Behandlung günstig, in einem anderen die systematische Galvanisation (Kathode) des Halssympathicus.

M. Schukowski: Morel und die moderne Lehre über die psychischen Zeichen der Degeneration.

Rede, gehalten in der feierlichen, dem Andenken Morels gewelhten, vereinigten Sitzung des Psychoneurologischen Instituts und der Gesellschaft der Psychiater. Resümierend stellt Verf. folgende Zeichen fest:

1) Ungleichmässigkeit in der Entwickelung der einzelnen Seiten des Geisteslebens. 2) Ausfall und seltener partielle Hypertrophie einiger psychisher Functionen, welche Erscheinung sowohl bei hoher aber disharmonischer Entwickelung der ganzen psychischen Sphäre als auch bei ihrer allgemeinen Unentwickelung beobachtet wird. 3) Fehlen oder Mangelhaftigkeit der Accommodation an die Verhältnisse des socialen Lebens. An diese 3 Haupttypen reihen sich folgende psychopathologische Zeichen, wie sie bei degenerierten Subjecten zur Entwickelung kommen: a) Zwangsideen und -zustände. b) Impulsive Strebungen. c) Automatismus in verschiedenen Formen. d) Sexuelle Perversitäten. e) Angeborene Epilepsie. f) In einigen Fällen Tics, Zittern, Hysterie, erbliche, chronische Chorea.

P. Podjapoljski: Zur Frage über den Einfluss psychischer Zustände auf die Farbenänderung der Haare und der Haut und über die Heilung des «biblischen Aussatzes» (Zaraath).

Casuistik über Vitiligo und Ergrauen der Haare, besonders aus emotiven Ursachen, und Versuche, durch Suggestion eine Restitutio ad integrum pigmenti herbeizuführen. Jesus wird als feiner Psycholog, Diagnost und Psychotherapeut an der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hand der biblischen Quellen geschildert. Der biblische Aussatz (Zaraath) war keine Lepra, sondern Vitiligo.

W. Anfimow: Concentration resp. Aufmerksamkeit und psychische Arbeitsfähigkeit bei Epilepsie.

Die Untersuchungen wurden an 6 Kranken, einem erwachsenen Manne, drei Frauen, zwei Kindern, und an gesunden Controllpersonen ausgeführt. Das Resumé lautet: 1) Aufmerksamkeit und psychische Arbeitsfähigkeit sind bei Epilepsie im Vergleich mit denselben Eigenschaften normaler Subjecte in qualitativer und quantitativer Hinsicht verändert. Die quantitativen Aenderungen treten stärker hervor. 2) Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit sind bei Epileptikern verringert in quantitativer Beziehung im Vergleich mit denselben Seiten des Geisteslebens bei gesunden Leuten. Die Herabminderung tritt um so schärfer hervor, je länger die Krankheit bestanden hat und je intensiver ihre Erscheinungen gewesen sind. 3) In engeren Grenzen der Arbeit ist ihre Genauigkeit bei Epileptikern grösser als bei Gesunden. 4) Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit sind in verschiedenem Grade bei den verschiedenen Formen der Epilepsie verändert. In Fällen von typischem grand mal sind Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit mehr verändert als in Fällen von psychischen Aequivalenten der Epilepsie und von epileptischer Psychose. 5) Die schwersten Störungen der Aufmerksamkeit in der Arbeitsfähigkeit werden beim völligen epileptischen Schwachsinn beobachtet. Beide Fähigkeiten vermindern sich parallel dem Anwachsen der geistigen Schwäche. 6) Im Falle des Bestehens einer periodischen Erregung bei epileptischer Psychose wird das paradoxe Factum einer Besserung der Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit sowohl in qualitativer wie quantitativer Hinsicht während der ganzen besagten Periode beobachtet. 7) In einzelnen Fällen kann ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Intensität der Anfälle und dem Grade der Aufmerksamkeitsminderung festgestellt werden. 8) Der Einfluss des einzelnen Anfalles auf die Aufmerksamkeit äussert sich zum mindesten während 24 Stunden. 9) Der Einfluss des einzelnen Anfalles auf die Aufmerksamkeit äussert sich in der unausweichlichen Tendenz zur Verminderung. Das Minimum der Aufmerksamkeit fällt mit dem Eintritt des Anfalles zusammen. Nach dem Anfalle nimmt die Aufmerksamkeit allmählich zu. 10) Vor dem Anfalle leidet die Qualität der Aufmerksamkeit vorzugsweise dort, wo das Quantum der Arbeit sich vergrössert. Nach dem Anfalle ändert sich die Qualität der Aufmerksamkeit bei jeder Schwankung des Arbeitsquantums sowohl zur Seite der Vergrösserung wie zur Seite der Verminderung. Mit anderen Worten, nach dem Anfalle erscheint die Aufmerksamkeit weniger beharrlich. 11) Der unmittelbare Einfluss des Anfalles auf die Arbeitsfähigkeit äusserst sich in einer Minderung vor dem Anfalle und einer beträchtlichen Erhöhung nach dem Anfalle. Die Arbeitsfähigkeit wird 10—15 Minuten nach dem Anfalle beharrlich und übertrifft bisweilen sogar diejenige, welche vor dem Anfalle beobachtet wurde.

J. Belizki: Zur Frage über das corticale Geschmackscentrum.

Polemik gegen die Resultate des Dr. Tichomiroff. Verf. experimentierte an 2 Hunden und glaubt sich zum Schlusse berechtigt, dass in den vorderen und unteren Abschnitten der dritten und vierten primären Windung, in der Gegend des Gyrus Sylviacus anterior, Gyrus ectosylvius anterior und Gyrus compositus anterior das Geschmackscentrum beim Hunde gelegen ist.

Michelson.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalmologii. Januar — März 1909.

Dieses bisher alle zwei Monate erscheinende Journal soll nunmehr monatlich erscheinen. An Stelle der verstorbenen Prof. A. Krjukof hat der Privatdocent A. Lutkewitsch die Redaction übernommen.

K. Judin. Ueber primäres Sarcom der Regenbogenhaut.

Nach einer Literaturübersicht folgt die Mitteilung eines Falles mit genauer Krankengeschichte und dem Resultat der microscopischen Untersuchung: Nachdem die klinische Diagnose, nach Ausschluss anderer Möglichkeiten, mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Sarcom gestellt worden war, entschloss sich der 27-jährige Pat. zur Operation, die gelang. Das Sehvermögen war = 1,0. Der Tumor war von der Grösse eines Hanfkornes, sass in der Nähe des Hornhautrandes auf der Regenbogenhaut im äusseren unteren Quadranten. Nach Eröffnung der Kammer gelang es, den Tumor nebst der umgebenden Haut in toto herauszuschneiden. Normale Heilung. Nach drei Monaten bei voller Sehschärfe normaler Befund. Der Mann hatte ein Trauma als veranlassendes Moment angegeben.

E. Lasareff und M. Awerbach bringen klinische Beobachtungen über die sogenannte Conjunctivitis Parinaud.

Ersterer hat einen, Letzterer zwei Fälle dieser noch wenig gekannten und beachteten Erkrankung mitzuteilen.
Es handelt sich bei dieser Erkrankung um eine acute Infection, wahrscheinlich von unseren Haustieren.
Auf der Augenschleimhaut zeigen sich Knötchen und Körner wie bei der folliculären und tuberculösen Bindehauterkrankung. Die oberen Lider schwellen stark an und sind dabei von fast weicher Consistenz. Nie fehlen Schwellungen und Eiterungen im System der Ohr-, Speichel- und Halsdrüsen. Der Krankheitserreger ist noch unbekannt. Die Behandlung ist ziemlich indifferent, vermeidet stärkere Reizmittel. Die Prognose ist eine günstige.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Bericht über die Sitzungen im Jahre: October 1907 bis October 1908. Mit Ausnahme der kurzen casuistischen Mitteilungen und Demonstrationen sind die gehaltenen Vorträge alle im Westnik Ophthalmologii in extenso veröffentlicht und dann auch referiert worden.

R. Katz. Ueber das in Schulen und Werkstätten notwendige Licht.

Die Kenntnis mehrerer bereits vor Jahren im «Wratsch» erschienenen Arbeiten wird vorausgesetzt. Wird mit seinem «Lichtmesser» soviel Licht gefunden, als notwendig ist, um mit «normalen» Augen eine volle Sehleistung zu ermöglichen, denn ist genügend «Reservelicht» vorhanden.

A. Welikanow: Ein Fall von Cyste der Tränendrüse bei gleichzeitiger Verlagerung der Drüse. (Dacryops Glandulae lacrimalis mobilis).

Operation. Der Patient beschuldigte eine gelegentliche Verunreinigung des Auges.

N. Gagarin: Ein Fall von Tuberculosis der Bindehaut.
Drei Bilder mikroskopischer Präparate.

N. Schmigelski: Statistische Beiträge über gleichzeitige folliculäre Erkrankungen im Rachen und auf der Bindehaut.

Sch. fand bei der Besichtigung von Rekruten im Alter von 21 bis 25 Jahren: Bei Trachomkranken gleichzeitig 64,8 pCt. Pharyngitis follicularis, bei mit Conjunctivitis follicularis Behafteten ebenso häufig: 64,7 pCt. folliculäre Pharyngitis. Bei normaler Bindehaut fand sich folliculäre Pharyngitis mit einer Häfigkeit von 45,2 pCt.

Protocolle der Kiewschen Ophthalmologischen Gesellschaft vom 8. Mai, 22. Mai, 11. October, 6. November und 11. December 1907. Zahlreiche casuistische Mitteilungen. Die grösseren klinischen Studien sind bereits in extenso veröffentlicht und referiert worden. Hervorzuheben ist die Mitteilung K. Bumschewitschs über drei Fälle von Tuberculose im vorderen Bulbusabschnitte, nebst mikroskopischen Befunden. A. Schimanofski berichtet über zwei Fälle von Tuberculose im vorderen Abschnitte des Augapfels, bei denen er nach Calmette 1 pCt. Tuberculinlösung einträufelte. Das eine Auge reagierte sehr stark, das Andere fast garnicht, in beiden Fällen gingen aber die sichtbaren Veränderungen zurück, sogar die bereits beschlossene Enucleation wurde in einem der Fälle aufgeschoben, so befriedigend war die Wirkung dieser Einträufelungen.

Nach dem Bericht des Ober-Medicinalinspectors über die Gesundheit des Volkes für 1906 wurden registriert 754,554 Trachomkranke, was 51,3 auf 10,000 Bewohner ergiebt. In den Hospitälern wurden nur 23,642 Trachomkranke behandelt = 3,1 pCt.

E. P. Braunstein: Zur operativen Behandlung der Ischaemie der Netzhaut.

In Fällen plötzlicher Erblindung, in denen die Augenspiegeluntersuchung eine Ischaemie erkennen lässt, soll iridectomiert werden. Der Augendruck wird herabgesetzt und dadurch wird die Blutcirculation in der Netzhaut erleichtert. Vier Krankengeschichten.

W. P. Filatof: Ein Fall von primärer Rotzerkrankung des rechten Auges. Zwei Zeichnungen.

Ausser der genauen Krankengeschichte des eigenen Falles bringt er ein kurzes Referat über 14 Fälle von Rotz des Auges die er in der Literatur auffinden konnte.

P. J. Tschistjakof. Zur pathologischen Anatomie des Frühlingskatarrh. Zwei Zeichnungen.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Th. Kubli: Zur Argyrosis conjunctivae.

Nach dem Gebrauch einer 1 pCt. und stärkeren Protargollösung in Form von Einträufelungen mehrere Monate hindurch, zwei Fälle. Nach dem Gebrauch einer $^1/_2$ pCt. Lösung von Sophol, bis 3 Monate hindurch geträufelt — ein Fall. Nach drei Monaten erzeugte eine $^1/_2$ pCt. Lösung von Albargin sehr starke Argyrose. Es war 1—2 Mal am Tage eingeträufelt worden. Bei Pinselungen mit 2—10 pCt. Lösungen von Ichthargan sah Kubli Argyrose auftreten. Alle Präparate die geeignet sind Höllensteinlösungen zu ersetzen, können Argyrose erzeugen. Am leichtesten scheint es dazu zu kommen, wenn geträufelt wird.

W. A. Loktef. Casuistik. 1. Melanosarcom der Bindehaut. 2. Irido-cyclitis Bulbi phthisici, Ophthalmia sympathica incipiens des anderen Auges. Enucleation. Das erste Auge war im Anschluss an eine Meningitis cerebrospinalis epidemica erkrankt vor vier Jahren. Beschreibung des mikroskopischen Präparates. 3. Zur Entfernung des Tränensackes nach Schimanowsky. Um bei der Operation die Orientierung sicherer zu haben und dadurch den Sack auch wirklich ganz zu entfernen, soll man vor der Operation den unteren Tränencanal spalten und in den Tränensack einen möglichst dicken Seidenfaden hineinstopfen. Dass soll leicht mit der Bowmannschen Sonde gelingen.

Der nächste, XII. internationale Ophthalmologen-Congress wird 1914 Ende Juli in St. Petersburg tagen.

G—n.

Pathologie und Therapie.

Wratschebnaja gaseta Nr. 51 und 1909 Nr. 1—5.

A. Iljin. Ein Fall von Mediastinitis posterior nach Steckenbleiben eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Ein grosses Stück Fleisch blieb im Oesophagus eines 23-jährigen Soldaten stecken und verursachte eine eitrige Mediastinitis, die letal endete, keine Perforation. An der Stelle des Steckenbleibens eine narbige Veränderung des Oesophagus, doch keine Stricturbildung. Die Narbenveränderung führt Iljin auf Lues zurück, da sich noch ebensolche Narben auf der Epiglottis und andere kleine an anderen Stellen der Luftwege fanden.

N. Kladnitzki. Einige Fälle postmortaler Choleradiagnose ohne Obduction.

In Fällen, in denen es wichtig ist, mit Sicherheit die Diagnose zu stellen, ob es sich um Cholera handelt oder nicht, eine Obduction aus äusseren Gründen (Volksvorurteile etc.) sich verbietet, hat K. mit bestem Erfolge folgendes Verfahren angewandt: mit einem Troicart wird etwa 3 Ctm. nach rechts unterhalb des Nabels ein Stich durch das Peritoneum in den Dünndarm ausgeführt und etwas Darminhalt aufgesogen, darauf auf Peptonwasser ausgesät und dann nach mehreren Stunden auf die Gegenwart von Vibrionen untersucht.

M. Margulies und **W. Dembskaja.** Die bacteriologische Untersuchung der Cholerakranken während der letzten Epidemie.

Die Untersuchungen wurden in der gewöhnlichen Weise ausgeführt: mit der Pasteur'schen Pipette oder einem Glasstäbchen wurde ca. 1 Cctm. der Dejectionen in 1 pCt. Peptonwasser ausgesät, worauf dieses 6—8 Stunden im Thermostat bei 37° verblieb. Ausserdem wurden sofort Ausstichpräparate angefertigt und mit 10 pCt. Carbolfuchsin gefärbt zur Untersuchung extempore. Auf dem Peptonwasser bildeten sich in positiven Fällen typische Häutchen, von deren Oberfläche mit der Platinöse Material zur Ueberimpfung auf alkalischen Agar (in Petrischen Schalen) entnommen wurde. Nach 12 Stunden zeigten sich Choleracolonieen auf dem Agar, von denen Ausstrichpräparate angefertigt wurden und Reinculturen auf der schiefen Agarfläche in Gläschen zu weiteren Beobachtungen (Agglutination, Indolreaction, Verflüssigung der Gelatine, Hämolyse etc.). — Von 229 untersuchten Fällen waren 112 positiv, 117 negativ; von den ersteren wurden 16 Untersuchungen wiederholt, 12 zwei mal, 4 drei mal. Die grosse Zahl der Patienten, die sich in der Folge als nicht cholerakrank erwies, veranlasst die Untersucher, den Wunsch auszusprechen, dass die verdächtigen (nicht typisch an Cholera) Erkrankten, in besonderen Baracken untergebracht würden.

W. Bienstock. Zur Statistik der Choleraepidemie in Petersburg im Jahre 1908.

Vergleich der jetzigen Epidemie mit früheren in den Jahren 1831—33, 1848—49, 1852—1861 (!), 1866—68, 1870—73, 1892—95, doch nur bis zum 1. November 1908. Bis zu diesem Tage waren vom Anfang der Epidemie, Ende des Monats August, (22. August) erkrankt 7990 Menschen, davon 64,1 pCt. Männer und 35,9 pCt. Frauen. Die grösste Zahl der Kranken befand sich im Alter von 10—50 Jahren, Kinder bis zu 5 Jahren gaben 3,6 pCt. Die Mortalität betrug 44 pCt. für die Männer, 41,1 pCt. der Frauen. Bei früheren Epidemieen schwankte die Mortalität zwischen 20,3 pCt. bis 60,8 pCt. Das grösste Contigent der Erkrankungen lieferte die bäuerliche Bevölkerung 86,6 pCt., dann die Kleinbürger und Handwerker 8,5 pCt. Was die Beschäftigung anlangt, so waren die zahlreichsten Kranken sog. Schwarzarbeiter, dann folgten Diensboten, Fuhrleute etc.

F. Blumenthal. Die Choleraepidemien in Moskau früher und jetzt.

In Moskau trat die Cholera sehr stark in den Jahren 1830—50 auf. schwächer in den 60-ger und 70-ger Jahren des vorigen Jahrhunderts, ganz schwach im Jahre 1892—93. Seitdem ist keine Epidemie mehr vorgekommen, nur einzelne Erkrankungen dank der inzwischen eingerichteten neuen Wasserleitung und Canalisation. Auch auf die Morbidität an Typhus abdominalis hat die Versorgung der Stadt mit gutem Wasser einen gewaltigen Einfluss gehabt, und selbt die Tuberculose zeigt eine Abnahme und ist bedeutend weniger verbreitet als in Petersburg.

G. Dembo. Ueber den Verlauf der Cholera während der Epidemie des Jahres 1908 in Russland.

Die Epidemie des Jahres 1908 war keine schwere, nur in 4 Gouvernements betrug die Zahl der Erkrankungen über 1000, in dreien von 500—1000, in 9 von 100—500, in allen übrigen weniger. Die Gesamtzahl der Erkrankungen (ausser Petersburg) betrug 20.623 mit 10.294 Todesfällen (49,9 pCt.). Verschiedene Diagramme dienen zur Erläuterung).

L. Dmitrenko. Ein Fall von gallenbronchialer Fistel.

Bei einem 50-jährigen Bauern, der vor 3 Jahren mit Husten und Schmerzen in der linken Seite erkrankt war, liess sich reichlich Gallenpigment im Auswurf, jedoch nicht im Urin nachweisen. Katarrhalische Erscheinungen von Seiten dieser Lunge. Einige Veränderungen an der Leber, Vergrösserung der Grenzen nach unten und links, keine Druckempfindlichkeit.

S. Dibailow. Zur Frage des diagnostischen Wertes der Russoschen Reaction.

Die Russosche Reaction besteht nach Angaben des Entdeckers in Folgendem: Zu 4—5 Cbcm. Urin werden 4 Tropfen einer 1 pCt. Lösung von Methylenblau (Merck) hinzugefügt und vorsichtig geschüttelt. Bei positivem Ergebnis der Reaction erhält man dann eine schöne achatgrüne Verfärbung. Die Reaction erhält man vom 2.—3. Tage der Erkrankung an. Die Reaction fällt auch bei folgenden Krankheiten positiv aus: Masern, Pocken, Tuberculose (Pleuritis, Peritonitis). Die Reaction soll einfacher wie die Diazoreaction sein. Von verschiedenen Seiten wurde der Wert der Reaction bestritten (Dmitrenko). Dibailow hat Versuche an 44 Kranken angestellt, er stellte fest, dass sie bei 6 Patienten mit croupöser Pneumonie positiv ausfiel, ebenso bei 4 Patienten mit Typhus abdominalis, doch fiel sie auch positiv in aus vielen Fällen von Influenza, Angina, Appendicitis etc. Nach Dibailows Ansicht besitzt die Russosche Reaction nicht den Wert der Diazoreaction und müssen noch weitere Untersuchungen ausgeführt werden.

W. Janowski: Ueber Intercostalneuralgie.

Janowski beobachte Intercostalneuralgien 440 Mal bei einer Gesamtzahl von 4900 Kranken, d. h. bei 9 pCt. seiner Patienten. Das Verhältnis der Geschlechter war wie Frauen 71:29 Männer auf 100 berechnet. Am häufigsten fanden sich die Neuralgien im 21.—40. Lebensjahr. In 70 pCt. der Fälle waren die Neuralgien linksseitig, in 17 pCt. rechtsseitig, in 13 pCt. beiderseitig. Die Bevorzugung der linken Seite ist auf leichtere Stauung des Blutes in den Venen auf der linken Körperseite zurückzuführen (Henle). Bei den Ursachen sind indirecte (prädisponierende) und directe zu unterscheiden: indirecte sind Neurasthenie und harnsaure Diathese, ferner Phthisis pulmonum, directe Ursachen sind vorwiegend Erkältungen und dann Infectionskrankheiten (Influenza, Angina), fernerhin Pleuritis, Bronchitiden (Husten), Nervenerschütterungen (vasomotorische Einflüsse). Die Diagnose ist leicht, wenn man an die Druckpuncte denkt, die Prognose günstig (95 pCt. Heilung). Als energischste therapeutische Massnahme empfiehlt J. Empl. Cantharidum direct auf den Schmerzpunct aufzulegen und eventuell dieses nach 6—10 Tagen noch einmal zu wiederholen. Im Uebrigen daneben die prädisponierende Ursache zu bekämpfen.

W. Baschowski: Ueber Phlebosclerose.

Vier Fälle von mikroskopisch festgestellter Phlebosclerose. B. ist der Ansicht, dass die Phlebosclerose von der Arterio-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sclerose symptomatologisch und ätiologisch zu trennen ist. Die Hauptursache sieht er in mechanischen Gründen (der Profession), allgemein ungünstige Circulationsverhältnisse begünstigen das Zustandekommen des Leidens, ebenso Alcoholismus, Lues, etc.

M. Arinkin: Bestimmung der Coagulationsfähigkeit des Blutes nach der Methode von Wright.

A. will nächstens seine klinischen Beobachtungen veröffentlichen, in diesem Aufsatze gibt er nur eine Beschreibung des Verfahrens und der dabei nötigen Instrumente, wie er sie bei Wright selbst kennen gelernt hat.

W. Lewaschow: Ueber schnelle Massendesinfection nach japanischer Methode.

Das Verfahren ist eine Formalin-Wasserdampfdesinfection, das sehr gute Resultate gibt. Die zu desinficierenden Gegenstände werden in einer Desinfectionskammer aufgestapelt oder auch einzeln verteilt je nach ihrem Charakter. Die Türen der Kammer müssen hermetisch verschlossen sein. Darauf wird strömender Wasserdampf in die Kammer geleitet, bis die Temperatur 60° erreicht hat, worauf mit dem Dampfstrom zugleich ein Liter Formalin zugeleitet wird. Die Temperatur darf 65° nicht übersteigen. Nach beendeter Desinfection werden mittelst Spray 500 Cbcm. einer 25 pCt. Ammoniaklösung eingeführt zur Neutralisierung des Formalins, und damit ist die Desinfection beendet. Die Dauer der Desinfection beträgt 10 Minuten, die Dauer der vorhergehenden Dampferwärmung 15—20 Minuten, 9 Gramm Formaldehyd kommen auf 1 Cbmet. Rauminhalt der Kammer, der Dampfdruck beträgt 6 Atmosphären. Die Tiefenwirkung — 5 Schichten Decken.

W. Shukowski: Ueber Lebercysten im Kindesalter.—Ein Fall von angeborenem cystischen Lymphangiom der Leber (Lymphangioma cysticum hepatis congenitum).

Das von einer gesunden Mutter geborene 3400 Gramm schwere Kind konnte nicht nach der Geburt zu voller Belebung gebracht werden. Einige Anzeichen von Syphilis congenita. Bei der Obduction fand sich ein Lymphangioma cysticum hepatis. S. ist nur 1 Mal unter 500 Obductionen von Kindern, auf eine solche Cyste gestossen. In der Leber fanden sich miliare Gummata.

W. Schiele.

Russk. Wratsch. 1908. Nr. 24—33.

S. Slatogorow: Zur Frage der Diagnostik der Choleravibrionen. Experimentelle Ergebnisse zur Epidemiologie der Cholera.

A. Berdnikow: Das Gewinnen der Milch und der Einfluss dieses Processes auf die Choleravibrionen.

M. Tiesenhausen: Zur Frage über die Implantierung von embryonalem Gewebe.

Bei der Implantierung verschiedenaltrigen embryonalen Gewebes war ein deutlicher Unterschied in der Anzahl der gelungenen Versuche zu bemerken. Der grösste Procentsatz von positiven Resultaten betraf die Versuche mit Implantierung von 5-tägigem Gewebe. Sowohl bei Versuchen mit älterem als auch mit jüngerem Geweben war der Erfolg unsicherer und bei eintägigem Gewebe gleich Null. Der Embryo wurde aus Hühnereiern genommen, die in Thermostaten bei 40° 1—8 Tage gehalten wurden. An ausgewachsenen Hühnern wurden im ganzen 147 Implantierungen vorgenommen, und zwar 49 Mal in die vordere Augenkammer, die übrigen in den Kamm, die Bauchhöhle, das Netz, Gehirn u. s. w. In der Hälfte der Fälle entstanden geschwulstartige Wucherungen in der Art der Terratome. Als günstigster Boden für diese Bildungen erwiesen sich die Brustmuskeln, dann auch das Netz, die Bauchwand und die Bauchhöhle. Ausser mit ausgewachsenen Hühnern wurden auch Versuche mit 2—3-wöchentlichen Küchelu vorgenommen, die alle ein positives Resultat ergaben. Das übergepflanzte Gewebe wuchs rasch, und schon nach 3—4 Tagen bildete sich eine fühlbare Geschwulst. Die Tiere nahmen stark an Gewicht ab (im Gegensatz zu Hühnern), nur einzelne gingen bald ein (einige Tage nach der Operation); in anderen Fällen erfolgte der Tod nach 1—3 Wochen. Wenn die Tiere aber diese kritische Zeit überlebten, so fing die Neubildung an, zurückzugehen und verschwand nach 1—2 Monaten vollständig.

I. Sdanowitsch: Trockener Gyps bei der Behandlung von Pocken.

Verf. hat 450 Fälle von Pocken mit trockenem Gyps behandelt und empfiehlt diese Methode auf das Wärmste.

N. Tschistowitsch und H. Jurewitsch: Ueber Antiphagine.

M. Sitnikow: Zur Frage über den klinischen Verlauf und die Behandlung der Cholera auf Grund der Beobachtungen im Nishni-Nowgorodschen Stadthospital für Cholerakranke im Herbst 1907.

A. Chitrowo: Zur Histiogenese des idiopatischen multiplen hämorrhagischen Sarcoms (Kaposi).

Vom histiologisch-pathologischen Standpunct aus zeigt das Sarcom Kaposi einen eigenartigen Process: die Zellen der Neubildung, welche sich aus den Zellen der äusseren Gefässwand entwickeln, nehmen durch Einwirkung eines Reizes den Charakter von sarcomatösen Zellen an und gruppieren sich in typische sarcomatöse Knoten. Wenn aber jener unbekannte Reiz aufgehoben wird oder verschwindet, verlieren die Zellen der Neubildung den Charakter von sarcomatösen, sie werden zu gewöhnlichen Fibroblasten, welche bei der Rückbidung der Knoten die Rolle spielen, die ihnen in Granulomen und in chronisch-entzündlichen Processen zukommen.

W. Gravirowski: Ueber das Gesetz der Entwickelung der Choleraepidemieen.

W. Boldirew und T. Pissemski: Ueber das Verhalten der schilddrüsenlosen Hunde zur hohen und niedrigen Temperatur des umgebenden Mediums und zur Erhöhung der Eigenwärme des Körpers.

I. Krassnogorski: Ueber bedingte Reflexe bei Kindern.

A. Kasem-Bek: Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Antituberculose-Serums S. Neporoshnys.

Auf Grund von klinischen Beobachtungen und pathologisch-anatomischen Ergebnissen komt K. zum Schluss, dass das neue Serum keinen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Lungentuberculose ausübt, auch nicht im Frühstadium; in vorgerückteren Formen erwies es sich sogar als nicht ganz indifferent. In einem Falle von Tuberculose der Mandeln war allerdings eine deutliche Wirkung zu constatieren, ebenso bei Tuberculose der Mundschleimhaut und des Rachens.

M. Sile: Ueber Dissociatio ventriculorum cordis-neurogenetica und ihre klinische Bedeutung.

M. Diterichs: Ueber das sog. Wachstumsfieber, «fièvre de croissance» der Franzosen.

D. beschreibt 3 solche Fälle, die die gleichen Erscheinungen aufwiesen, Temperaturerhöhung, Schmerzen an der Grenze der Epiphyse und Diaphyse des Oberschenkelknochens, Schwellung im Bereich des Kniegelenkes und des unteren Abschnittes des Schenkels, zeitweilige Gebrauchsunfähigkeit der entsprechenden Extremität und Anwesenheit eines Exsudats im Kniegelenk. Das Alter der Kranken und die dem Anfall folgende Wachstumszunahme beseitigen jeden Zweifel an der Diagnose, besonders da auch vollständige Genesung folgte. Die Anfälle wiederholten sich mehrfach bei den Kranken, verliefen aber keinmal ganz bis zu Ende, weichen daher vom gewöhnlichen Bilde der Osteomyelitis wesentlich ab.

W. Boldyrew: Die Arbeit der wichtigsten Verdauungsdrüsen, der Magendrüse und Bauchspeicheldrüse bei Fisch- und Fleischnahrung.

Erschienen im Archiv für Verdauungskrankheiten. 1909. Nr. 2.

A. Zaregradski: Zur Frage über die präservativen Injectionen bei Scharlach.

Obgleich die Injectionen von starker Reaction begleitet sind, so hinterlassen sie doch keine schlimmen Folgen für den Organismus. Die Möglichkeit einer Infection ist dabei nicht ausgeschlossen, doch sind die Krankheitserscheinungen verhältnismässig schwach. In Familien, in denen Erkrankungen schon bestehen, sollen die Injectionen nicht vorgenommen werden. Masseninjectionen müssen nur bei Ausbruch einer Epidemie ausgeführt werden.

F. Rumjanzew: Die Häufigkeit der Rachitis der Kinder in Irkutsk und die Massnahmen zum Kampf wider dieselbe als Factor der Kindersterblichkeit.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 6. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurnal akusch. i shensk. bolesn. 1909 Nr. 2 und 3.

W. Ledomski: Pathologie und Therapie der Uterusrupturen.

L. beobachtete folgenden Fall: 31-jährige VII para war nach dreitägigem Kreisen ins Hospital geschafft. Temperatur 38,0, Puls 110, anämisch, erste Querlage mit Vorfall des Armes, Kind abgestorben. L. führte die Embryotomie aus. Wegen Retention eines Teiles der Placenta ging L. mit der Hand ein, wobei er einen linksseitigen Uterusriss constatierte. Cöliotomie. Der Riss erstreckte sich vom Ansatz des linken Lig. rotundum bis zum Scheidengewölbe, die Ränder zerfetzt, das linke Lig. latum zerrissen, reichliche Blutgerinnsel. L. führte die supravaginale Amputation aus, Pat. starb nach 11 Stunden.

W. Orlow: Ueber die Behandlung gynäkologischer Affectionen im Odessaer Liman.

O. hat 532 Pat. behandelt, die im Odessaer Schlamm gebadet wurden, am meisten waren Adnexerkrankungen und Residuen von Entzündungen vertreten. Der Schlamm enthält Jod 0,01‰, dann Brom, Ammoniak, Schwefelwasserstoff etc. Die Wirkung ist eine gute.

L. Kriwski: Ruptur der Symphyse sub partu.

33-jährige VII para, Stirnlage, Umwandlung dieser in Hinterhauptslage nicht mit absolutem Erfolg, Zange, während der Extraction war ein knirschendes Geräusch zu hören, das extrahierte lebende Kind war sehr gross (Kopfumfang 39, Gewicht 5800). Bei der nachfolgenden Untersuchung erwies es sich, dass die Symphyse auseinander gegangen war und sich ein zwei Finger grosser Spalt gebildet hatte, Cervixriss mit drei Nähten geschlossen. Blut im Harn. Druckverband. Nach einem Monat konnte Pat. im Zimmer gehen, litt an Incontinenz der Blase beim Gehen und Sitzen. Das Röntgenbild zeigte, dass die Knochenenden auf $1^1/_2$—$1^1/_4$ Ctm. auseinander standen und einen leichten Schatten im rechten Ileosacralgelenk.

N. Pobodinski: Therapie der Eclampsie.

Wenn die Eclampsie während der Schwangerschaft auftritt, so ist sofort für Anregung der Geburtstätigkeit zu sorgen. Zur Eröffnung der Cervicalcanals empfiehlt sich am meisten der Metreurynter und die digitale Dehnung. Von operativen Eingriffen eignet sich am besten der vaginale Kaiserschnitt. Verf. führt einen casuistischen Fall an: die Operation ging leicht von statten, die Blutung war gering, Pat. erholte sich bald.

E. Kahn. Sectio caesarea cervicalis.

38-jährige Pat., 5 Geburten, von diesen verliefen vier mit Perforation, die fünfte wurde mit dem Kaiserschnitt beendet. Als sie zum sechsten Mal schwanger war, wurde zum Geburtstermin wieder die Sectio caesarea gemacht: Schnittführung nach Pfannenstiel, Durchtrennung des Peritoneums in der Längsrichtung, Vorwölbung des unteren Cervicalteiles, Blase unten im Becken, wird nicht abpräpariert, 12 Ctm. langer Cervicalschnitt, starke arterielle Blutung, Naht mit Seide, lebendes Kind 3840 Gr. Postoperativer Verlauf fieberhaft. Genesung.

W. Platonow: Wiederholter Kaiserschnitt.

2 normale Geburten, die dritte langdauernd mit monatelangem Krankenlager, wobei sich eine vollkommene Stenose der Vagina ausbildete, nur eine Sonde passierte die verengte Stelle. Die Erweiterung bei der folgenden Geburt ohne Erfolg, daher Sectio caesarea. Nach vier Jahren wurde Pat. wieder gravid, am Geburtstermin wieder Kaiserschnitt in der alten Narbe, Amputation des Uterus, lebendes Kind, Genesung.

E. Muchin: Stieldrehung des Myoms mit Torsion des Uterus.

Grosses Myom mit Stieldrehung, vom vorderen Uterusabschnitt ausgehend und den Uterus um 180° um seine Achse drehend. Genesung.

K. Skrobanski: Die Erfolge der modernen chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses.

Enthält ein Resumé der ausländischen Operationsmethoden und Statistiken.

S. Cholmogorow: Seltene Ovarialneubildungen.

In einem Fall handelte es sich um eine doppelseitige Ovarialgeschwulst, von denen die eine unter dem Mikroskop eine myomatöse, die andere eine adenomatöse Structur zeigte, Dann führt Ch. einen Fall von primärem Ovarialcarcinom an.

A. Grigorowitsch: Vagitus uterinus.

G. teilt einen Fall von Vagitus uterinus mit, den er bei einer 31-jährigen VI para erlebt: I Schädellage, Muttermund für vier Finger erweitert, hohe Zange wegen Wehenschwäche. Kaum waren die Zangenlöffel angelegt, so wurde deutlich der Schrei des Kindes in utero gehört, sieben Mal in zwei Absätzen. Gleich darauf wurde ein lebendes Kind extrahiert. G. schliest sich der allgemeinen Erklärungsweise an, dass es sich um Kohlensäureüberladung des Blutes handelt.

M. Schestopalow: Fibromyoma parietis lateralis dextrae vaginae.

Bei einer 26-jährigen Frau fanden sich in der rechten Scheidenwand zwei harte Knoten, der eine, haselnussgross, befand sich an der Grenze zwischen hinterer und unterer Schei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denwand, dahinter befand sich der zweite grössere Knoten. Ausschälung derselben. Sie bestanden aus Bindegewebe und Muskelgewebe.

Schabelski: Fremdkörper im Uterus.

Einen Monat nach der Geburt wurde Sch. zu einer blutenden Frau gerufen. Als die Blutung drohend wurde, machte Sch. eine Abrasio, wobei ein placentarer Polyp und Stücke verdickter Schleimhaut herauskamen. Bald darauf wiederholte sich die Blutung in starkem Mass, abermalige Abrasio. Ein Stückchen wurde zur Untersuchung geschickt und erwies sich als aus Watte bestehend. Eine darauf hin ausgeführte Austastung der Gebärmutterhöhle war ohne Erfolg. Es bildete sich eine bis zum Nabel reichende Resistenz, Hämoptoe, dann Schüttelfröste, Probepunctionen förderten keinen Eiter zu Tage.. Darauf nochmals Auskratzung, wobei eine Menge schwammigen Gewebes herauskam, wobei es sich erwies, dass der Löffel durch die Uteruswand in eine Höhle gelangte, das vordere Scheidengewölbe wurde eröffnet, ohne auf Eiter zu stossen. Pat. erholte sich, die Temperatur wurde normal. Nach einiger Zeit kam per vaginam ein Stück Watte zum Vorschein. Sch. machte einen Schnitt in der Linea alba, entleerte eine Menge übelriechenden Eiters und entfernte die Gebärmutter. Pat. starb sofort nach der Operation. Der Watteballen war während der Geburt von der Hebamme eingeführt, hatte die Uteruswand usuriert und Ursache zum Abscess gegeben.

O. Trabsch: Ueber den Pfannenstiel'schen Schnitt. T. referiert über 73 Fälle.

Lingen.

Wratsch. gaset. 1909 Nr. 2 und 3.

N. Gawrilow. Ueber den Einfluss der Edebohlschen Operation (Decapsulation der Nieren) auf puerperale Eclampsie und andere Circulations- und Functionsstörungen der Nieren.

An Tieren studierte Gawrilow die Frage zuerst experimentell. Er fand die Voraussetzung bestätigt, dass die Decapsulation, so zu sagen die mechanischen Circulationshindernisse beseitigt, der Innendruck vermindert wird und einen verstärkten Blutzufluss hervorruft, wodurch die Diurese steigt. Dann wurde der Einfluss von Medicamenten, Nitroglycerin, Morphium etc. studiert. Aehnlich der Decapsulation wirkt die Nephrotomie. Nebenbei kommt als günstiges Moment noch in Betracht, dass bei der Operation offenbar einige die Circulation in den Nieren in hemmendem Sinne beeinflussende Nervenbündel oder Nerven beseitigt oder ausgeschaltet werden. Die klinischen Erfahrungen stimmen mit den experimentellen Ergebnissen überein, als Ultimo ratio muss die Operation in verzweifelten Fällen durchaus ins Auge gefasst werden.

W. Wladimirow. Ueber die Behandlung von Endometritiden. Referierende Arbeit; besondere Empfehlung der Jodinjectionen nach Prof. Grammatikati.

Schiele.

Russk. Wratsch 1908 Nr. 27 und 28.

L. Litschkuss: Zur Frage über die Uterusperforation und Verletzungen der inneren Organe bei Abrasionen.

P. Santschenko: Zur Frage über den Einfluss der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts auf die Unemfänglichkeit des mütterlichen Organismus für Infection.

(Vorläufige Mitteilung).

N. Kuschtalow: Zur Casuistik der dermoiden Geschwülste. des Eierstockes:

In dem beschriebenen Falle bestand eine 4-fache Stieltorsion Erscheinungen von Peritonitis traten augenscheinlich 2 Mal mit starken Schmerzen im Leibe und Erbrechen auf. Die Geschwulst war mit Schwangerschaft compliciert, welche vollständig normal verlief. Die Geschwulst vergrösserte sich eine Woche vor der Operation bedeutend bei allen heftigen Erscheinungen einer Stieltorsion. Nach Eröffnung des Leibes fand sich in der Bauchhöhle viel eitrige Flüssigkeit. Trotzdem ertrug die Kranke den Eingriff sehr gut und genas vollständig.

Mühlen.

Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten.

Mediz. obosr. 1908. Nr. 18—19.

N. Ssinakewitsch und N. Damperow: «Ein Fall von Mucocele ethmoidalis».

Am Nasenrücken in der Nähe des inneren Augenwinkels sass eine haselnussgrosse längliche Geschwulst. Die Haut über ihr leicht verschieblich, nicht gespannt, die Geschwulst derb, elastisch nicht verschiebbar, Auge und Nasengang normal. Bei Eröffnung der Geschwulst entleert sich aus ihr im Strahl eine gelbliche schleimige Flüssigkeit. Am Nasenrücken ein Defect von 1—1½ Cm. Weite, durch welchen man in eine Höhle von klein Apfelgrösse gelangt. Bis auf den unteren Teil sind die Wandungen hart und knöchern. Da Pat. auf Radicaloperation, Herstellung einer Communication mit dem Nasenrachenraum nicht einging, wurde die Höhle mittelst Tamponade behandelt. Sie füllte sich mit Granulationen und die Wunde vernarbte.

W. Ssokolow: «Kasuistisches über Rhinoliten dentalen Ursprungs».

Eine Dame litt seit 15 Jahren an einer Schwellung in der Nase, hatte sich aber nicht zu einer Operation entschliessen können. Verf. an den sie sich schliesslich wandte, constatierte eine mit Granulationen bedeckte Hypertrophie der linken unteren Muschel und an der Basis des Septum eine Geschwulst von blassrosa Farbe. Auf der unteren Muschel im unteren und mittleren Nasengang fand sich ein weisser Belag, welcher den Einblick erschwerte und Löffler'sche Bacillen aufwies. Durch Antitoxininjectionen wurde die Diphterie geheilt. Allein es bestanden die alten Beschwerden — Undurchlässigkeit des linken Nasenganges, die Eitersecretion und die Kopfschmerzen fort. Jetzt liess sich an der Basis der Scheidewand im mittleren Drittel der Tumor gut übersehen. Mit einer Kornzange wurde er samt den Granulationen gefasst und entfernt. Die Geschwulst erwies sich als ein Rhinolit, welcher sich um einen dort befindlichen Zahn gebildet hatte. Da alle Zähne im Kiefer vorhanden waren, so handelte es sich hier wohl um einen s. g. Embolus. Die Kranke war von allen Beschwerden befreit.

N. Sack: «Abscess des Kleinhirns otitischer Provenienz».

Nach Besprechung der Hirnabscesse und ihrer Aetiologie im Allgemeinen, bespricht S. einen von ihm beobachteten Fall von Kleinhirnabscess. Es war ein reiner uncomplicierter (Meningitis—Sinusphlebitis—oder Extraduralabscess) Fall von Kleinhirnabscess. Nach R. Müller gehörte er zu den parenchymatösen Hirnabscessen in pathologisch-anatomischer Hinsicht sowohl, als auch dem klinischen Bilde nach. Es fehlte Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Pupillenveränderung, kurz die Hirndrucksymptome. Bacteriologisch wurden, abgesehen von beiläufigen Staphylococcen, hauptsächlich Spirillen und Bacillen Vincenti nachgewiesen. Dieser Befund, der in der Literatur dem Verf. noch nicht begegnet ist, weist darauf hin, dass die Mikroben aus der Mundhöhle durch die Eustachische Röhre und das Mittelohr und weiter durch die Blut- oder Lymphgefässe in die Substanz des Kleinhirns gelangten. Weiter war der Umstand bemerkenswert, dass nach der Eröffnung des Labyrinths, Nystagmus auf der gesunden Seite auftrat. Verf. erklärt dieses Factum damit, dass Nystagmus nur durch die Caries des Labyrinths bedingt war und der Teil des Kleinhirns, welcher Nystagmus der kranken Seiten auslöst, nicht afficiert war.

Mickwitz.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

G. Meschtscherski: Sporotrichosis als eigentümliche Form einer Hautmykose.

P. Pawlow: Ein Fall einer Reinfectio syphilitica.

Der Fall ist nach P. einwandsfrei, da beide Infectionen vom selben Arzt beobachtet wurden. Da Pat. als Alcoholiker, wenig Aussicht bot für eine völlige Genesung, insofern als er auch während der Behandlung viel trank, so ist die gute Heilung der ersten Infection wohl dem günstigen Einfluss der Präventivbehandlung und der gleichzeitigen Schwefelbadecur in Pjatigorsk zuzuschreiben. Es folgt die Krankengeschichte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Jordan: Syphilis bei Eheleuten und in Familien.

Während nach Fournier von 100 syphilitischen Frauen in Paris 20 verheiratet sind und von ihren Männern inficiert wurden, entfielen in Moskau auf 100 Frauen 51 verheiratete. In Paris wurde von 70 pCt. der Ehemänner die Syphilis vor der Heirat acquiriert und nur von 30 pCt. nach der Heirat. In Moskau ergab die Bearbeitung des Materials einen pCt. von 13 pCt. vor und 78 pCt. nach der Heirat. Obgleich die Männer in Russland früh heiraten, so leben sie zum grossen Teil von ihren Frauen getrennt und setzen sich daher häufiger der Infection aus. Verf. plaidiert für die Organisation von Gesellschaften zum Kampf gegen die Syphilis.

N. Lebedew: Zwei Fälle von simulativer Hautveränderung.

Zwei Gefangene wollten Lepra simulieren, und hatten sich mit ungereinigter Carbolsäure am ganzen Körper, ausgenommen die Hände, das Gesicht und den Kopf, grosse Flecken aufgemalt.

Mickwitz.

Wratschebn. gaseta 1908. Nr. 51.

P. Schatilow und M. Isabolinski: Untersuchungen über die Wassermann-Neisser-Bruck sche Reaction bei Syphilis.

Im Jahre 1906 zeigten Wassermann, Neisser, Bruck und Schucht bekanntlich zuerst an der Hand eines grösseren Krankenmaterials, dass im Blute von Syphilitikern specifische antisyphilitische Körper gebildet werden, die bei Mischung mit Extracten aus syphilitischen Organen eine Bindung der Complemente geben nach der Methode von Bordet-Gengon. Nach Angabe der oben genannten Forscher, dann Citrons, Fischers und Meiers, Grosz's und Volk's Behring's geben 70–84° der Luetiker eine positive Reaction in Fällen frischer oder älterer Syphilis. Es ist also nur ein positives Resultat verwertbar, ein negatives nicht absolut beweisend gegen Syphilis. In neuester Zeit zeigten aber Levaditi, Michaelis, Landsteiner-Miller-Plötze, dass sich eine positive Reaction auch erhalten lässt bei Anwendung von Extracten aus Organen gesunder Menschen (nicht syphilitischer) und Tieren und von Lecithin (Porges und Meier). Die bisher Antigene genannten Extracte sind als keine wirklichen Antigene im strengen Sinne des Wortes. Im Anschluss an diese Frage muss hier auf die Reaction der Präcipitation der syphilitischen Sera mit Lecithin hingewiesen werden. Sie soll parallel der Complementbildung verlaufen; die vorhergehende «Ausflockung» des syphilitischen Serums mit Hilfe des Lecithins vermindert oder vernichtet sogar die Fähigkeit des luetischen Serum's zur Complementbildung (Grosz und Volk). Andere Autoren bestreiten dieses jedoch, die Frage ist noch nicht endgültig entschieden. — Schatilow und Isabolinski unternahmen unter Leitung von Kolle eine grosse Reihe von Versuchen, um die Wirkung der Extracte aus Organen syphilitischer Menschen mit denen der Extracte aus Organen gesunder Menschen und Tiere zu vergleichen. Es ergab sich als Resultat, dass die Alcoholextracte aus Leber von Syphilitikern eine stärkere und deutlichere Complementbildung auf syphilitisches Serum zeigten, als Extracte aus gesunden Organen. Von letzteren erwiesen sich als am stärksten wirkend Extracte aus Herz und Leber. Man kann also, auf Grund dieser Versuche, nicht von einer «specifischen» Reaction sprechen, nur von einer für Syphilis «charakteristischen», nicht von «Antigenen» im Sinne der bacteriellen Antigene, die specifisch sind. Es handelt sich wahrscheinlich um lipoide Stoffe, die sich aus den Organen mit Alcohol, und vielleicht selbst Wasser, extrahieren lassen. Zur Controlle nahmen die Autoren noch Versuche mit Alcoholextracten aller möglichen Bacterien vor und Lecithin, die teils negative, teil mehr oder weniger starke positive Resultate gaben. Weiterhin wandten sich die Autoren der Frage der Antikörper zu und da zeigte sich, dass die alcoholischen Extracte, da sie keine wahren Antigene sind, auch nicht die Bildung von wahren Antikörpern bewirken. Trotzdem kommt der Methode von Wassermann-Neisser-Bruck eine grosse practische Bedeutung zu bei der Diagnose der Syphilis. Ein positiver Ausfall der Reaction beweist mit Sicherheit Lues. Schatilow und Isabolinski nehmen an, dass in den Organen der Syphilitiker eine Anhäufung von pathologischen Stoffwechselproducten statt hat, während im Blute derselben Kranken zu gleicher Zeit eine entsprechende diese bindende Gruppe sich findet.

Schiele.

Russki Wratsch. 1908. Nr. 23—31.

J. Liebermann: Untersuchung der weissen Spirochäte im lebenden Zustande.

Das untersuchte Material lässt sich in 3 Gruppen teilen: I. Zur ersten Gruppe gehören 58 Fälle. Zur Untersuchung gelangte das Secret von Ausschlägen, Wunden, trocknen und nässenden Papeln und von Schleimhäuten. Nur in 2 Fällen waren keine Spirochäten zu finden. II. Hierher gehören die Blutuntersuchungen, und zwar wurde das Blut noch vor der Gewinnung untersucht oder nur allein das Serum. Spirochäten waren nicht zu finden. III. Untersuchungen des Drüseninhaltes. Hierher gehören nur 5 Fälle und zwar fand man bei 3 Spirochäten in grosser Menge.

A. Konossewitsch: Behandlung einiger Ekzemformen durch Cautherisation der Wirbelsäule mit dem Paquelin.

In 7 Fällen war das Resultat ein ausgezeichnetes, indem vollständige Ausheilung erfolgte, die Verf. 1—3 Jahre verfolgen konnte; einen Kranken beobachtete er nur 2 Monate.

Im Ganzen wendete er die Methode 12 Mal an, doch die übrigen 5 Kranken entzogen sich bald der Beobachtung.

A. Zazkin: Harter Schanker des oberen Augenlides.

In der russischen Literatur sind solche Fälle selten beschrieben, nämlich 32; von diesen entfallen auf das obere Augenlid 16, auf das untere 7; auf allen 4 Lidern 2; in den anderen Fällen fehlen die genauen Angaben.

P. Masslakowez und J. Liebermann: Zur Frage über den Einfluss der specifischen Behandlung auf die Anwesenheit sog. Antikörper im Serum des Blutes von Syphilitikern.

Das Verschwinden der Antikörper unter Einfluss der Behandlung hängt von der Vernichtung der Antigene durch die Arzneimittel ab.

N. Kopilow: Myom der Haut mit Uebergang desselben zum Sarcom.

In der ganzen Literatur gelang es K. nur einen ähnlichen Fall zu finden, welcher von Mermet beschrieben ist. Von besonderem Interesse ist die hier beschriebenene Entwickelung der Geschwulst. Unter Einfluss eines häufigen Reizes begann die kleine Geschwulst sich zu vergrössern und durch weiteren systematisch angewendeten Reiz wuchs sie schnell an und zeigte Uebergänge zum Sarcom.

P. Schischkina-Jawein: Ueber Serumdiagnose der Syphilis.

Im Ganzen gelangten zur Untersuchung Sera von 127 Kranken. Von diesen waren 20 Sera von Kranken, die wiederholt im Kalinkinhospital in Petersburg gelegen hatten und auch früher keine Symptome von Syphilis aufzuweisen hatten und während der Untersuchung an anderen Krankheiten litten (Ekzeme, Scabies, Psoriasis vulgaris, weichem Schanker, Urethritis etc.); alle diese 20 Sera gaben ein negatives Resultat. Die übrigen 107, die von Luetikern im condylomatösen Stadium herrührten, waren 91 während der Untersuchung noch krank, 16 dagegen wiesen aber keine luetischen Symptome auf, hatten aber früher mit solchen im Hospital gelegen. Bei 91 Sera fiel die Reaction in 86 pCt. (78 Mal) positiv, in 13 pCt. negativ aus, in 16 Fällen von Syphilis ohne Erscheinungen 7 Mal (43 pCt.) positiv und 9 Mal negativ.

Ref. Mühlen.

Russkij Shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnej. 1908, Nr. 11 und 12.

A. Jordan: Ein Fall von Dermatitis exfoliativa chron.

37-jährige Pat. Die Haut des ganzen Körpers und Gesichtes mit Ausnahme der weiss gebliebenen Nasenspitze braunrot verfärbt und verdünnt. Kleienförmige Abschülferung an der Haut des Gesichtes und an den behaarten Stellen. Haarschwund am Kopfe und den Genitalien. Nägel etwas verdickt. Subjectiv klagte Pat. über geringes Jucken, hauptsächlich leichtes Frösteln.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Unter Behandlung mit Pittylen, Bädern und Thyreoidin (bei der Pat. schien die Schilddrüse atrophisch zu sein) besserte sich der Zustand wesentlich.

J, Selenew: Die negativen Seiten der Wassermannschen Reaction.

Ueber die practische Bedeutung der Reaction äussert sich Verf. wie folgt: für die Diagnosestellung der S. müssen wir uns heutzutage noch mehr auf die klinische Seite verlassen, da die W.-Reaction in zweifelhaften Fällen selten positiv verläuft. Für die Frage der Infectiosität gibt die W.-Reaction auch keine constanten Resultate, da sie auch positiv verläuft bei Pat., die jahrzehntelang keine specifischen Erscheinungen dargeboten hatten. Für die Notwendigkeit der Behandlung stellt ein positiver Ausfall der Reaction ohne weitere Syptome keinen Hinweis dar. Negativer Ausfall der Reaction beweist noch nicht die Heilung. Hinsichtlich Erteilung des Eheconssens citiert Verf. die Meinung von Blaschko, wonach ein positiver Ausfall der Reaction ohne gleichzeitige Symptome nicht als Grund gelten darf, die Ehe nicht zu gestatten, da sehr viele Leute mit React. heiraten, gesund bleiben, nicht inficieren und gesunde Kinder erzeugen. Allmählich geht im Laufe der Jahre die positive Reaction in die negative über.

A. Susdalski: Ein Irrigationsapparat zur Behandlung der Sexualneurasthenie, Hämorrhoiden, Prostatitis und chronischen Urethritis mit constantem Wasserstrom.

Der Apparat besteht aus einem Rahmen, an dem sich an Rollen an einem Seil ohne Ende 2 paar Irrigatore bewegen, von denen 2 oben, 2 unten sich befinden. Das Wasser läuft aus dem oberen durch den Psychrophor etc. in den unteren und dieser wird dann zum oberen.

A. Pospelow: Ein Fall von raschem Verschwinden von Lupus erythematodes des Gesichts nach Entfernung tuberculöser Lymphdrüsen am Halse.

12-jähriger Bestand des Leidens bei einem 38-jährigen Pat. 4 Tage nach der Entfernung der Drüsen fing der Lupus an abzublassen, nachdem vorher eine kurze Periode intensiver Rötung stattgefunden hatte. Nach weiteren 5 Tagen war der Lupus vollkommen verschwunden.

Verf. erblickt in seinem Falle eine glänzende Bestätigung der von Müller und Bender auf dem X. deutschen Dermatologen-Congress vorgetragenen Anschauungen.

J. Galpern: Zur Aetiologie des Scorbuts.

Verf. macht die Kleiderläuse bei der Uebertragung verantwortlich.

G. Meschtscherski und J. Sokolow: Ein Fall von hartem Schanker am Praeputium eines einjährigen Kindes.

A. Karschin. Ein Fall extragenitaler Syphilisinfection — primäres Syphilom am Zeigefinger.

W. Mironowitsch: Ueber den augenblicklichen Stand der Frage der Uebertragbarkeit der Gonorrhoe auf Tiere.

Polemisierender Artikel.

Russk. Journal koshnych i veneritsch. bolesnej, 1909, Nr. 1.

A. Karschin: Zur Pathologie des Molluscum contagiosum.

Schlussfolgerungen des Verf. auf Grund path. anat. Untersuchungen an einem zur Probe excidierten Knötchen, das von einem mit über 100 Excrescenzen bedeckten Pat. stammte:

1) Moll. cont. stellt das Product eines hypertropischen Processes an den Epithelzellen der Haut dar.

2) Den unmittelbaren Anstoss zur Entwickelung des Leidens gibt eine Hyperämie der Coriumgefässe.

3) Als Ursache für die letztere müssen a priori verschiedene Infectionen, Intoxicationen und Anhäufungen schädlicher Stoffwechselproducte als möglich angesehen werden.

4) Ausgangspunct für die Entwickelung des Moll. ist die Langerhanssche Körnerschicht.

5) Die sog. Patersonschen Molluscumkörperchen sind keine parasitären Organismen, sondern Producte hyaliner und colloider Degeneration des Zellstoffes.

A. Pospelow: Diagnose primärer Sclerosen an den Tonsillen.

1) Charakteristisch sind die grossen und harten Lymphdrüsenschwellungen am Unterkiefer, die an der dem Geschwür entsprechenden Seite — bei doppelseitiger Affection auch beiderseits — sich finden.

2) Wenn die Tonsillen intact sind, sind sie vergrössert und hart und fast immer druckempfindlich.

3) Im Falle primärer Affection des Gaumens klagen die Pat. lange (3—5 Wochen) vor dem Auftreten der Syphilide über Behinderung und bisweilen auch über Schmerzen beim Schlucken.

4) Bei einseitiger Affection entsteht durch Schwellung und Oedem der Tonsille und umgebenden Partien eine Asymmetrie mit entsprechender Adenitis.

5) Primäre erodierte Papeln des weichen Gaumens zeichnen sich durch intensiv rote Farbe aus.

6) Die Affection ist selten allein auf die Tonsille beschränkt, breitet sich vielmehr meist auf die Umgebung aus.

7) Auf den sich in der Zerfallsperiode bildenden Ulcerationen findet man stets einen schmierigen graubraunen gangränösen Belag, der häufig die Spiroch. pallida enthält.

8) Die Ränder der syph. Schanker sind unregelmässig, oft unterminiert, gezackt, hart, wobei bei gleichzeitigem centralen Zerfall das Gefühl eines festen Ringes entsteht.

9) Bei Sitz der Sclerose auf den Gaumenbögen kann man durch Emporheben letzterer mit einer Sonde das charakteristische Phänomen des Abblassens der Sclerose hervorrufen.

10) Durch Verlegung der Tuba Eustachii, kann dazwischen Schwerhörigkeit auf dem der befallenen Seite entsprechenden Ohr ausgelöst werden.

11) Das Fehlen der Symptome einer genitalen Affection sichert bei typischer Kieferadenitis und positivem Spirochätenbefund oder frischen Haut und Schleimhautsyphiliden die Diagnose eines primären Tonsillarschankers.

P. Liwschitz: Verwundung des Testis intra coitum.

Eine augenscheinlich psychisch nicht normale Person pflegte ihrem Liebhaber intra coitum mit einer Nadel in das Scrotum zu stechen, was ihre Geschlechtslust steigerte und bei ihm auch ein angenehmes Gefühl hervorrief. Bei einem dieser sadistischen Acte wurde die Nadel so tief gestossen, dass sie operativ später entfernt werden musste. Die Heilung erfolgte per primam.

W. Kamanin: Zur Casuistik des Naevus zoniformis.

21-jähriger Pat. Das Leiden besteht 4 Jahre, ist acut, mit hohem Fieber aufgetreten. Gruppe von verschieden grossen Bläschen, unterhalb des Rippenbogens mit Pigmentationen. Die Bläschen haben einen warzenartigen, papillomatösen Bau. In der Tiefe der Haut unter der Eruption ein Neurofibrom.

N. Tschernogubow: Vereinfachung der Technik bei der Serodiagnose der Syphilis.

Eignet sich nicht zu kurzem Referat.

J. Morosow: Spirochäta refringens bei spitzen Condylomen.

Mitteilung von 2 Fällen.

M. Wersilowa: Pemphigus vulgaris mit parenchym. Nephritis.

Ausgang in Heilung.

A. Schiperska. Versuch einer Prüfung der Psyche hereditär luetischer Kinder.

Sehr fleissige methodische Intelligenzprüfungen. Im Allgemeinen Bestätigung der Tatsache, dass, je schwerer die L. der Eltern war, und je weniger sie sich hatten behandeln lassen, die Defecte auf allen Gebieten des psych. Lebens der Kinder um so grösser waren.

J. Tschumakow: Albuminurie bei Scabies.

Unter 90 Scabieskranken fand Tsch. 2 mal Parenchymat. Nephritis und 9 mal leichte Albuminurie.

S. Bogrow: Fall von Mycosis fungoides.

J. Fränkel: Syphilisdiagnose und Wassermannsche Reaction.

Zusammenstellung der gegen die klinische Bedeutung der W.-Reaction vorgebrachten Einwände. Verf. rät ebenfalls der Reaction nicht allzugrosse Bedeutung für therapeutisches Eingreifen zu geben.

J. Selenew: Zweiwöchentliche Incubationszeit bei acutem Tripper.

Die Gonococcen waren hauptsächlich in und auf den Epithelzellen localisiert.

Wichert.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 7. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Pathologie und Therapie.

Russkij Wratsch 1908. Nr. 36—51.

S. Sachanow: Ueber sog. Paranoia.

G. Jawein: Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Antituberculoseserums S. Neporoshnys.

Auf tuberculöse Lymphdrüsen hat das Serum eine gute Wirkung, während der Process in den Lungen augenscheinlich nicht beeinflusst wird. Die Kranken reagieren auf die subcutanen Injectionen, es bildet sich ein Hautödem mit starker Empfindlichkeit der Einstichstelle. Bei den folgenden Einspritzungen werden die localen Erscheinungen häufig noch grösser.

Nach 2—4 Tagen vergeht alles. — Bei Injectionen in die Bauchgegend, Brust und Rücken constatiert man schon am nächsten Tage eine bedeutende Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Lymphdrüsen in den Achselhöhlen. Die Reaction ist stärker auf der Seite, wo die Einspritzung gemacht wurde. Die Schmerzhaftigkeit hält sich 2—4 Tage und vergeht darauf allmählich, aber die Streifen bleiben vergrössert und reagieren auf die folgenden Injectionen stärker, deshalb sollen dieselben nicht häufiger als einmal in der Woche, vielleicht sogar noch seltener vorgenommen werden. Auf die Körpertemperatur haben dieselben keinen Einfluss und eine Leukocytose wird nicht hervorgerufen. Dazwischen wird die Zahl der einkernigen weissen Blutkörperchen erhöht, aber ob deshalb die Krankheit besser verläuft, ist fraglich, in einem zur Beobachtung gelangten Falle war der Ausgang ein schlechter.

L. Gabrilowitsch: Zur Behandlung mit Tuberculin. Ueber die Bedeutung von «Tuberculinum purum» und seine Wirkung auf die Lungenschwindsucht.

G. wandte das Tuberculin P. bei Kranken in dem von ihm geleiteten Sanatorium Halila häufig an. Die Resultate waren durchaus günstige. Bei Kranken im 3. Stadium wurde es nur dann gebraucht wenn der allgemeine Zustand ein guter war und der Process nur auf eine Lunge beschränkt war.

Zum Unterschiede von Kochschem Tuberculin ist das Tuberculin P. nicht contraindiciert bei Kranken im acuten Stadium und bei Fieber über 38,5°. Complicationen von Seiten anderer Organe hindern auch nicht seine Anwendung. Die besten Resultate erzielt man aber doch bei Kranken in den beiden ersten Stadien.

R. Dodina: Ein Fall von primärem Endotheliom der Lymphdrüsen.

L. Weingerow: Experimentelle Nachprüfungen der Arbeiten über künstlich hervorgerufenes Amyloid.

Die experimentellen Untersuchungen führen W. zum Schluss, dass der amyloide Process sich nicht gleichmässig bei allen Tieren entwickelt, sogar nicht bei denselben Species. In erster Linie kommen die Hühner, in letzter Tauben, Kaninchen und Hunde. Einzelne Tiere werden von der amyloiden Erkrankung schon nach 20—Tagen befallen, andere bleiben noch nach 120—150 Tagen gesund, obgleich sie sich genau unter denselben Bedingungen befanden. Entkräftung spielt dabei keine Rolle. Die Untersuchungen zeigten evident, dass sich Amyloid bei Tieren bilden kann, die bedeutend an Gewicht zugenommen hatten und dass es fehlen kann bei Tieren, deren Erschöpfung sehr gross war. Die Degeneration der Organe war eine sehr verschiedene. In einer Reihe von Fällen waren z. B. die Nieren hochgradig verändert, während die übrigen Organe fast normal waren. In einer anderen Reihe fanden sich Veränderungen in der Milz, Leber und Darm ohne jegliche Affection der übrigen Organe. Hieraus muss man schliessen, dass der Ausgangspunct und die Reihenfolge der Erkrankung in jedem Falle wechselt.

Da die Wirkung des Arsenik noch längst nicht erforscht ist, so muss man mit seiner Anwendung sehr vorsichtig sein. Es ist nicht ausgeschlossen, dass das Amyloid bei chronischen Krankheiten wie Tuberculose, Syphilis, Malaria etc. bis zu einem gewissen Grade durch Arsenik hervorgerufen wird, das die Kranken viel und lange einnehmen.

S. Schurupow: Zur Frage über die Erlangung eines wirksamen Anticholeraserums.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt S. zum Schluss, dass die Choleravibrionen kein Toxin producieren, ähnlich wie bei Diphtherie und Tetanus, aber in ihrem Körper ein Endotoxin enthalten, welches nur nach dem Untergang der Vibrionen selbst wirkt. Je stärker daher die Cultur der Vibrionen, desto stärker auch das Endotoxin. Die Methode der Erlangung des Endotoxins bei Anwendung von Alkalien mit nachfolgender Verarbeitung muss als beste augenblicklich existierende angesehen werden. Das erhaltene Endotoxin der Choleravibronen ist ungleich, deshalb ist es ungeheuer schwierig ein solches von gleicher Kraft zu bekommen. Die Wirkung desselben durch Einführung in die Bauchhöhle von Meerschweinchen auszuprobieren ist, ungenügend. Die Immunisation von Pferden mit Endotoxinen zur Erlangung eines wirksamen Anticholeraserums ist durchaus nicht schwierig. Das Bild der Erkrankung ist bei Pferden sehr ähnlich dem beim Menschen.

Das von S. hergestellte Serum ist entschieden wirksam. Es ist bactericid, infolge dessen ruft es auch in grossen Mengen keine schädlichen Erscheinungen hervor, ausser dazwischen Urticaria. Die Anwendungsweise ist folgende: 1. Injection 60 ccm. in die Vene und ebensoviel unter die Haut (nach vorheriger Erwärmung auf 40°). 2. Injection nach 6 Stunden in derselben Menge, ebenso die 3. nach 6 Stunden. Gute Resultate erlangt man noch bei gleichzeitiger Einführung grosser Mengen physiologischer Kochsalzlösung (2—4 Liter).

S. Gilewitsch: Ueber die titrometrische Methode von Jacoby-Solms zur Bestimmung von Pepsin im Magensaft.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N. Spassoknkozkaia: Ein Fall von Lungenabscess nach Friedländerscher Pneumonie.

Dieser Fall ist darin interessant, dass sich hier die Friedländersche Pneumonie nach der Operation entwickelte und sofort bacteriologische Untersuchungen vorgenommen werden konnten.

A. Woloschin: Zur Frage über primäre phlegmonöse Entzündung des Magens.

Beschreibung eines Falles, bei welchem sich im Verlauf der Phthisis eine Magenphlegmone ausbildete, welche bei nicht grosser Verbreitung in kurzer Zeit einen acuten septischen Process hervorrief.

A. Egunow, A. Wereschtschagina, A. Wigdortschik, N. Pawlowa, M. Stukowa: Versuche von Anwendung des Anticholeraserums von Prof. Kraus.

Im Ganzen wurden 53 Kranken (28 Männern und 25 Frauen) Injectionen gemacht; Schwerkranke waren 33, Mittelschwere 20.

Die Injectionen waren von keinen unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. In einzelnen Fällen besserte sich der Allgemeinzustand, die Cyanose nahm ab, der Puls hob sich, die Extremitäten wurden wärmer. Doch nach 12—18 Stunden verschlechterte sich der Zustand wieder, und eine 2. Injection hatte keinen deutlichen Erfolg. Wünschenswert wäre es, das Serum in die Venen und nicht unter die Haut zu injicieren.

E. Sewastianow: Zur Frage über die Durchgangsfähigkeit der Choleravibrionen R. Kochs durch die Darmwand in die Gewebe und Organe.

W. Orlowski: Zur Untersuchung des Wurmfortsatzes.

J. Manuchin: Ueber den Einfluss verschiedener Methoden zur Erlangung nicht gerinnenden Blutes auf die Zahl der weissen Blutkörperchen.

Die weissen Blutkörperchen zerfallen nicht im Verlauf von 24 Stunden im Blut, wo je 1 cbc. hinzugefügt ist 0,008 citronensaures Natron. Bei kleineren oder grösseren Dosen desselben tritt Zerfall ein. Die weissen Blutkörperchen halten sich in mit Paraffin geschlossenen und kalt gestellten Röhren 3—7 Stunden, bis die Gerinnung eintritt; in unverschlossenen aber kalten Röhren zerfallen sie nach ½ Stunde. Sie halten sich in einer doppelten Menge einer 2 pCt. Peptonlösung und in der gleichen Menge einer 5 pCt,—10 pCt. Lösung bis Gerinnung eintritt, und zwar im ersten Falle 10—25 Min., im letzteren 35—45 Min. Die weissen Blutkörperchen zerfallen nicht im Blut, dem eine so kleine Menge Hirudin zugesetzt ist, die genügt um 24 Stunden die Gerinnung aufzuhalten; wird aber Hirudin in grösserer Menge zugefügt, so beginnt der Zerfall. Der Zerfall entsteht durch alle übrigen Lösungen, welche die Gerinnung aufhalten, wobei nach dem Grade des Zerfalls dieselben sich so folgen: a) Fluornatr. (3 pCt. Lösung) in einer Menge von 6‰; b) phosphorsaures Kalium 2 Teile 4 pCt. Lösung auf 1 Teil Blut; c) Fluornatr. (3 pCt. Lösung) 3‰; d) schwefelsaures Magnesia 1 Teil 28 pCt. Lösung auf 3 Teile Blut; e) 10 pCt. Kochsalzlösung, wobei aber bei einer Mischung zu gleichen Teilen mit Blut 84,1 pCt. der anfänglichen Zahl der weissen Blutkörperchen zerfallen kann. — Bei Defibrinierung des Blutes verschwindet durchschnittlich 50 pCt. der weissen Blutkörperchen.

P. Medowikow: Tuberculin «Koch» in der Kinderpraxis.

Im Ganzen wurden 25 Kinder behandelt, 7 aus der chirurgischen, 18 aus der therapeutischen Abteilung des Kinderhospitals in St. Petersburg. 21 Krankengeschichten werden angeführt. Ausserdem wurden noch in 2 Fällen von tuberculöser Meningitis zu 0,01 Mlgrm. injiciert. Da dieses fast in extremis geschah, 3 Tage vor dem Tode, so hatte auch das Tuberculin absolut keinen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit. Gute Resultate wurden erzielt in 2 Fällen von Tuberculose des Kniegelenkes, wobei es in verhältnismässig kurzer Zeit gelang, den Fuss zu strecken, und in 4 Fällen aus der therapeutischen Abteilung. Bei einer Lupuskranken war ein deutlicher Erfolg zu bemerken, obgleich die Cur noch nicht beendet war.

S. Selkin: Zur Frage über den Einfluss des faradischen Stromes und der Franklinisation auf das Herz.

P. Koslowski: Ein Fall sog. chronischen Rückfallfiebers Ebsteins.

G. Baradulin: Veränderungen des Blutes bei bösartigen Neubildungen.

E. Hesse: Ueber den schädlichen Einfluss der Röntgenstrahlen und die dagegen anzuwendenden Vorsichtsmassregeln.

(Vortrag gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte. 14. X 1908. s. St. Petersb Med. Woch. 1908 Nr. 51).

N. Strashesko: Die gegenwärtige Diagnostik der Herzkrankheiten.

Probelection.

W. Choroschilow und Studsinski: Zur Frage über die chronische Cheyne-Stokesche Atmung.

Für das Auftreten der chronischen Cheyne-Stokeschen Atmung ist notwendig entweder eine angeborene, oder fürs Erste noch unbekannte Veranlagung des Atmungscentrums, oder eine Abschwächung der Lebensfähigkeit der Zellen des Centrums durch Ernährungsstörungen, bedingt durch Verdickung der Gefässe im verlängerten Mark, anämischen Zustande derselben, oder Intoxication, die die Erregung derselben herabsetzt.

Das periodische Atmen hängt bei Herzkranken von der Abschwächung der Herztätigkeit ab, welche in hohem Grade die Blutcirculation im Gebiet des Atmungscentrums beeinträchtigt, wodurch natürlich die Ernährung gestört wird.

Das chronische Cheyne-Stokesche Atmen ist bei Herzkrankheiten ein äusserst ungünstiges Symptom, das abgesehen von zeitweiligem Verschwinden doch auf schwere Störungen im Organismus hinweist, welche in mehr oder weniger kurzer Zeit (oft in einigen Monaten) zum exitus führen.

N. Tschistowitsch: Beobachtungen an Cholerakranken in der Infectionsabteilung des klinischen Militärhospitals bei der militär-medic. Akademie. Die Choleraepidemie in der Pawlowschen Militärschule.

W. Blacher: Ueber die Rolle der Streptococcen in der Aetiologie des Scharlachs und über die Wirkung des Antischarlachserums nach den Ergebnissen im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg zu St. Petersburg.

M. Gramenitzki: Ueber den Einfluss hoher Temperaturen auf das diastatische Ferment.

B. Slowzow, B. Gushewski und S. Kratschenko: Einfluss von Fischnahrung auf den Stickstoffumsatz und Zusammensetzung des Urins.

S. Biron: Klinische Beurteilung einzelner Methoden der Untersuchung der functionellen Tätigkeit des Herzens.

W. Gomolizki: Zur Frage über den Spasmus pylori permanens gravis.

Die Besonderheiten dieses Falles waren die Hartnäckigkeit, der schwere Verlauf und die Aehnlichkeit des Bildes mit Krebs des Pylorus, wo die Geschwulst sass; Erweiterung des Magens, Erbrechen, Abmagerung, zunehmende Anämie und das Alter des Kranken (38 Jahre). Die Geschwulst änderte in der ersten Zeit nicht deutlich ihre Grösse und Härte. Der Spasmus und der durch denselben bedingte Tumor verringerten sich auch nicht bei länger dauernder Betastung wie das Obraszow und Bouveret beschrieben, auch hörte man dabei kein Gurren oder Pfeifen.

W. Kraiuschkin: Zur Frage über Immunisation mit normaler Hirnsubstanz gegen Wutkrankheit.

Mühlen.

Wratschebnaja Gaseta, 1909. Nr. 5—12.

W. Kaschkadamow: Einige Daten über Choleraschutzimpfungen in St. Petersburg.

Im Ganzen wurden auf den Impfstationen 16011 Personen geimpft (30078 Impfungen). Genauere Daten liegen über 7798 Personen vor (mit 15148 Impfungen). Bei 34,6 pCt. trat eine Reaction auf und bei 54,1 pCt. von diesen eine schwache, bei 32,4 pCt. eine mittlere und bei 13,5 pCt. eine starke. Bei einigen Personen war die Reaction nach der zweiten Injection stärker als nach der ersten. Durch Impfungen hervorgerufene schwerere Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Es erkrankten an Cholera mehrere Geimpfte, einer am folgenden Tage nach der Vaccination (schwerer Fall, Tod), ein zweiter 2 Tage nach der ersten Vaccination (Tod); eine Krankenwärterin am 2. Tage post vaccinationem (Tod). Eine weitere Patientin starb an Cholera am 28./XI. (erkrankt am 15./XI.), die 2 Injectionen Anfang October erhalten hatte. Dann erkrankten 2 Wärterinnen im Alexanderhospital, die eine am folgenden Tage nach der Vaccination, die zweite 2 Monate und 5 Tage nach der 2. Vaccination. Beide genasen. In verschiedenen anderen Hospitälern erkrankten eine Wärterin am 3. Tage nach der Vaccination, ein Wärter 12 Tage nach einer Vaccination, ein Student 15 Tage nach der 1. Vaccination. Alle 3 genasen. Vom Personal der Hospitäler waren 775 geimpft, 9 erkrankten. Die Geimpften erkrankten also, wenn die Immunität nach der Impfung noch nicht eingetreten war und wenn sie bereits wieder nach mehreren Wochen abgelaufen war.

I. Kasas: Ueber giftige Wirkung des denaturierten Holzspiritus.

In der Literatur finden sich 300 Fälle von Vergiftungen mit Holzspiritus, davon in 80 pCt. Exitus und in vielen Er-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blindung. Auch die experimentellen Untersuchungen Kohls an Hunden bestätigen die giftigen Eigenschaften des Holzspiritus.

K. Spengler: Tuberculo-immunes Blut, tuberculöse Immunität und Behandlung mit tuberculo-immunem Blute.

Der wichtigste Entstehungsort und Hauptstapelplatz der Immunkörper gegen Tuberculose sind die roten Blutkörperchen. Im Serum des Blutes finden sich nur Uebergangsformen der Immunkörper. Die Leukocythen und Plättchen spielen eine secundäre Rolle, sind nur Träger der Immunkörper, nicht Erzeuger, erhalten sie durch Vermittelung des Serums. Die Hauptimmunkörper bei der Tuberculose sind Lysine (Lysoidine) und Antitoxine; man kann ihre Menge genau bestimmen. Agglutinine, Präcipitine und Opsonine finden sich gleichfalls im Blute, entsprechend in einem gewissen Verhältnis zu Lysinen und Antitoxinen, sodass ihre Bestimmung einen Anhaltspunct zur Bestimmung der Immunität des betreffenden Blutes abgibt. Der gesunde Mensch ist immun gegen Tuberculose, in seinem Blute finden sich grosse Mengen Immunkörper, Krankheiten können seine Immunität vermindern. Die immunisierenden Stoffe entfalten volle Wirksamkeit im Zustande der Dissociation, sie wirken in der Form specifischer Electrone (nicht wie chemische Körper). Bei der Syphilis, Lepra etc. ist der Mechanismus der gleiche.

. Poletajew: Ein Fall von Colitis membranacea, complicíert durch Phosphaturie.

Es handelte sich um eine 13-jährige Schülerin, neurasthenisch. Bei Kindern ist Phosphaturie im Ganzen selten.

7. Kassowski: Das Tuberculin von Béraneck und das «Fosfacid» von Romanowski.

Empfehlung des Béraneck'schen Tuberculins, das nach ...ahl das beste und stärkste sein soll. Ueber das «Fosfacid» ...det sich nichts im Artikel.

. Wlajew: Die morphologische Veränderung des Blutes und ihre diagnostische Bedeutung bei Lebercarcinom.

Wlajew bringt weitere 3 Krankengeschichten von Leberkrebs mit typischen Blutveränderungen, wie er sie ausführlich im «Archiv von Prof. Podwysotzki» im Jahre 1899 und ... «Wratsch» vom Jahre 1905 in Nr. 45 beschrieben. Bei bösartigen Lebergeschwülsten fand er, dass die Zahl der Lymphocyten im Blute unter 10 pCt. betrug, die Zahl der Uebergangsformen unter 5 pCt., dagegen die Zahl der polynucleären Leukocythen 90 pCt. und sogar mehr. Die Zahl der Leukocythen im Allgemeinen steigt und kann gegen 50,000 erreichen. ...r Procentgehalt der eosinophilen Leukocythen fällt.

Grossmann: Zur Casuistik der melanotischen Lebergeschwülste.

Eine 50-jährige Patientin, mit Klagen über eine Geschwulst ... Leibe, hatte 3 Jahre vor Eintritt ins Hospital eine Augenoperation durchgemacht, die in Entfernung einer Geschwulst bestand. Die Inspection und Palpation zeigt einen grossen Tumor in der Lebergegend. Der Urin ist dunkel, enthält etwas Eiweiss und Gallenpigmente in grösserer Menge; er wird beim Stehen ganz schwarz, gibt eine starkpositive Reaction auf Melanin. Kot ein wenig entfärbt; Blutuntersuchung ergibt kaum Abweichungen von der Norm (rote Blutkörperchen 3200000, weisse 3500, Hämoglobin 55 pCt., mikroskopisches Bild normal).

. Lewaschew: Ueber die Schattenseiten der heutigen Verkehrsmittel.

Blum: Zur Aetiologie der Furunculose.

Die Beobachtungen im Regiment zeigten Verf., dass besonders die jungen Soldaten des ersten Jahrganges in der russischen Armee an Furunculose leiden. Es führt dieses auf den Uebergang von fast reiner Pflanzenkost, wie sie die Bauern geniessen, zu erhöhtem Fleischconsum in der Armee, zurück. ... Blutuntersuchung bei jungen Soldaten zeigte Abnahme ... roten und Zunahme der weissen Blutkörperchen. Bei der Therapie bewährte sich Milchdiät und Grütze bei Fleischentziehung. Von Hefegebrauch sah Blum keinen Nutzen.

Swojechotow: Ein Fall von schwieliger Mediastino-Pericarditis.

...0-jähriger Patient mit beiderseitigen Pleuritiden und Pericarditis. In der Annahme eines grösseren Exsudates Eröffnung des Pericards. Tod. Starke Schwartenbildung in Pleura und Pericard. Der paradoxale Puls war in vivo nicht zu beobachten gewesen.

Zezin: Zur Frage der Fistula gastro-colica.

Bei einem 35-jährigen Eisenbahnbeamten, der 4 Jahre ...ner an einem Ulcus rotundum gelitten und operiert worden war, (Gastro-Enterostomia retrocolica), entwickelte ... eine Fistula gastro-colica. Die Fistel entstand also weder in Folge Perforation eines neuen Ulcus oder von ...em peptischen Ulcus aus, das gerade auf der Stelle der ...erostomosennarbe sich gebildet hat.

M. Ljäschenko: Herba serpylli bei Erkrankung der Atmungsorgane der Kinder.

L. empfiehlt bei Katarrhen der Atmungsorgane bei Kindern Infuse von Herba serpylli: als wirksame Bestandteile sieht er aromatische ätherische Oele an.

G. Wladimirow: Ueber das Krankheitsbild bei Scharlachimpfung.

Bei Impfungen mit der Scharlachvaccine von Gabritschewski ergibt sich folgendes Bild: Das Bild nach der Impfung gleicht dem der Scarlatina, nur in abgekürzter Form, der Ausschlag bildet sich innerhalb 12 Stunden bis zu seiner stärksten Intensität. Die Himbeerzunge ist schon am zweiten Tage sichtbar, eine Hautschelferung findet nicht statt.

W. Schiele.

Sibirskaja wratschebnaja Gazeta. 1909. Nr. 1—11.

E. Neljubow: Ein Fall Friedreichscher Ataxie.

Casuistische Mitteilung aus der Kinderklinik in Tomsk.

A. P. Wladytschensky: Ueber den Einfluss des Sauerstoffs auf die Cultur des Staphylococcus pyogenes aureus und über die Sauerstofftherapie der eitrigen Keratitis bei Kaninchen.

Nachdem Verf. festgestellt hatte, dass durch Sauerstoff die Virulenz von Bouilloncultnren des Staphylococ. pyog. aur. abnimmt, untersuchte er den Einfluss des Sauerstoffs auf experimentell erzeugte eitrige Keratitis bei Kaninchen. Die O-Application wurde anfangs in Form von Anblasungen des erkrankten Auges 2 mal täglich 10 Minuten lang gemacht, später in Form von O-Injectionen. Die Resultate waren absolut negativ und eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes konnte nicht constatiert werden.

W. M. Aristowsky. Zur Casuistik der Entzündung der Stirnhöhlen.

Casuistischer Beitrag.

W. D. Dobromyslow: Zur Wärmebehandlung eiternder Wunden.

Casuistischer Beitrag von 14 Fällen eigener Beobachtung Die Resultate waren sehr befriedigende.

A. N. Simin: Spinale Anästhesie.

Ausführliches Sammelreferat.

F. Holzinger.

Chirurgie.

Russkij Wratsch 1908. (Nr. 25—50).

I. Spisharnyi: Zur Frage über die Nervenplastik bei Lähmung des Gesichtsnerven.

Genaue Beschreibung der Plastik bei Lähmung der Gesichtsnerven, die von vollem Erfolge begleitet war. Der Nervenstamm wurde nicht durchschnitten, sondern nur gespalten, in ihn das exstirpierte centrale Stück des accessorischen Nerven hineingelegt, und die Scheide mit 2 Nähten geschlossen. Die Heilung erfolgte ohne Complicationen. Nach einem Monat begann die Behandlung mit dem galvanischen Strome, die durch lange Zeit fortgesezt wurde. Die Sensibilität wurde bald vollständig hergestellt, und nach ungefähr $1^1/_2$ Jahren functionierte der Gesichtsnerv auch fast ganz normal.

W. Minz: Zur Frage über die späten Erstickungsanfälle nach totaler Exstirpation des Kehlkopfes.

Im vorigen Jahre beschrieb M. im russischen chirurgischen Archiv eine besondere Complication nach totaler Exstirpation des Kehlkopfes. Dieselbe bestand darin, dass die alten Blutgerinsel, die sich im Bronchialbaum gebildet hatten, $4^1/_2$ Jahre nach der Operation schwere Erstickungsanfälle hervorriefen, die 2 Tage anhielten und nur nach Ausstossung aller Gerinsel aufhörten.

In dieser Arbeit führt Verf. noch 2 neue Fälle an. Im ersten entstand der Anfall nach 27 Tagen und hielt 7 Tage an; ein anderer am 21-ten Tage nach der Operation. Die Anfälle und Ausstossung der Gerinsel wiederholten sich im Verlauf von 17 Tagen, kleine Stückchen zeigten sich noch 7 Tage.

M. Kalmykow: Zur Casuistik der vermeintlichen Reposition der eingeklemmten Hernien.

In dem hier beschriebenen Falle kam es bei der Reposition zu der sog. reduction en masse od. en bloc. Durch die noch rechtzeitig ausgeführte Operation wurde vollständige Heilung erzielt.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

N. Mariantschik: Zur Diagnose und Behandlung der traumatischen Aneurysmen.

Nach den Erfahrungen, die M. im russisch-japanischen Kriege gemacht hat, hält er die Methode von Antyllus für die beste bei der Behandlung von Aneurysmen, da sie technisch leicht auszuführen ist, wenig Zeit in Anspruch nimmt und die Resultate günstig sind.

S. Wassilijew: Zur Casuistik der Complicationen bei Appendicitis.

Die 3 hier beschriebenen Fälle waren compliciert mit einem subphrenischen Abscess mit Durchbruch in die Pleurahöhle und Bronchien, zwei von den Kranken genasen, einer starb.

F. Tschistowitsch u. E. Kolesnikowa: Diffuses Myelom der Knochen mit Kalkmetastasen in die Lungen und andere Organe.

Die Krankengeschichte der 36-jährigen Patientin und das Sectionsprotocoll zeigen, dass hier eine besondere Affection der Rumpfknochen vorlag, welche eine schnelle Osteoporose und Schwund der Knochenbälkchen bedingte, wodurch eine deutliche Brüchigkeit der Knochen entstand. Die Zerstörung des Knochengewebes, besonders der Rippen, war hervorgerufen durch eine Veränderung des Markes, das sich in eine weiche graurote Masse verwandelt hatte mit dem Charakter einer Geschwulst, welche keine Knoten aufwies, sondern diffus eine bedeutende Anzahl glatter Rumpfknochen und vielleicht auch der Extremitäten ergriffen hatte. Diese Umwandlung des Knochenmarkes war begleitet von einer Ausscheidung grosser Albumosenmengen Bence-Johnes durch den Urin. Alle diese Erscheinungen passten durchaus zum Krankheitsbilde, das pathologisch-anatomisch von Rustizki, klinisch von Kahler festgestellt ist, und bekannt ist unter dem Namen multipler Myelome der Knochen.

A. Radsiewski: Zur Frage über die Technik der Exstirpation des Ganglion Gasseri.

E. Hesse: Zur Frage über die Behandlung der Neuralgien des Nerv. trigeminus.

Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage der Behandlung der Neuralgie und des Nerv. trigeminus, nebst der Krankengeschichte eines 48-jährigen Lehrers, der von Prof. Zeidler im Obuchow-Hospital in Petersburg operirt worden ist. Am 16/II 1908 wurde die Neurexairesis des 2-ten Astes ausgeführt. Nach einem Schnitt parallel dem unteren Rande der Orbita bis auf den Knochen wurde der Canal infraorbitalis in seinem ganzen Verlauf geöffnet, darauf der Nerv mit der von Stukkei modificierten Thierschen Zange gefasst und im Verlauf von 10 Min. abgedreht. Die Heilung verlief glatt, die Schmerzen kehrten nicht wieder. Besonderes Gewicht legt Zeidler auf die langsame Abdrehung der Nerven, und führt in Folge dessen eine Drehung der Zange in einer Minute aus.

L. Levin: Gegenwärtiger Stand der Frage über Wesen und Entstehung des Cholesteatoms.

W. Oppel: Aufgaben der chirurgischen Pathologie und Therapie.

Antrittsvorlesung in der militär-medicinischen Akademie zu St. Petersburg.

A. Oschmann: 9 Fälle von traumatischer Verletzung grosser Blutgefässe.

P. Gussiew: Ein Fall von sinus pericranii Stromeyer.

Aus der Krankengeschichte geht klar hervor, dass es sich um ein vereitertes Hämatom handelte, welches durch eine Schädelöffnung mit dem sog. sinus pericranii Stromeyer (fistule ostéovasculaire Dufour) communicierte. Der Kranke wurde operiert, starb aber nach 3 Tagen, eine Section fand nicht statt. Die Aetiologie war unklar. Trauma war nicht nachzuweisen, wohl lagen Anhaltspuncte für Lues vor.

N. Nemenow: Zur Behandlung der Fistel- und Drainagegänge.

Zu den Injectionen gebrauchte N. ausschliesslich ein Gemisch von Wismuth und Vaselin 1:2, da es ihm zu riscant schien, eine festere Masse in eitrige Höhlen und Fisteln einzuspritzen. Diese Mischung wurde in einem Glaskolben 30—60 Min. im Thermostat über 100° erhitzt,—man kann aber den Kolben auch auf eine halbe Stunde in kochendes Wasser stellen,—und dann in eine Spritze aufgesaugt. Nachdem die Umgebung der Fistel ordentlich gereinigt war, nahm der Kranke so eine Stellung ein, dass die injicierte Masse nicht ausfliessen konnte, nachdem dieselbe unter starkem Druck hereingebracht war. Bei mehreren communicierenden Fistelgängen wurden die anderen, mit Ausnahme derjenigen, in welcher eingespritzt wurde, mit Watte fest zugedeckt. Secernierten die Fisteln stark, so wurden sie mit sterilem Oel ausgespült. Nach vollendeter Injection wurde die Oeffnung mit einem Wattenbausch verschlossen und mit Heftpflaster verklebt, wobei der Kranke in derselben Lage einige Zeit verharrte, bis die Masse erstarrt war. Wenn die Fistel sich nach der ersten Injection nicht schloss, so wurde nach einigen Tagen eine neue vorgenommen.

Eine Reihe von Krankengeschichten wird angeführt, wo vollständige Heilung erzielt wurde.

E. v. Osten-Sacken: Ueber schädliche Nebenwirkung der Kopfhalter orthopädischer Corsette.

In der orthopaedischen Klinik von Prof. Turner fing man zuerst an, Aufmerksamkeit zu verwenden auf die künstliche Verunstaltung der Kiefer. Bereits im Jahre 1907 constatierte Turner bei einem Kranken die entstellende Einwirkung des Halshalters auf den Kauapparat und verlangte eine Aenderung desselben, worauf aber die Mutter des Kranken nicht einging. Im April 1908 wurde derselbe noch einmal vorgestellt und man konnte feststellen, dass die Veränderungen an den Kiefern bedeutend deutlicher ausgeprägt waren. Am ambulatorischen Material der Klinik, das Osten-Sacken in dieser Beziehung zu beobachten begann, konnte er constatieren, dass solche Verunstaltungen in der Wachstumsperiode auch dann beobachtet werden, wenn der Kopfhalter keinen activen Druck ausübt, sondern nur bis zu einem bestimmten Grade die Kaubewegungen hindert. Natürlich sind unter diesen Bedingungen die Veränderungen schwächer ausgeprägt und entwickeln sich langsamer. Von den 3 hier angeführten Krankengeschichten ist eine besonders typisch und interessant.

N. Petrow: Gleichzeitige Entwicklung 3 verschiedener bösartiger Geschwülste bei einer Person: Krebs des Magens, Adenocarcinom der Prostata und bösartiges Myom des Netzes.

A. Karnitzki: Physiologisch-klinische Studien über Haemarrhoiden bei Kindern.

I. Koslowski: Kurzer Ueberblick der Operationsresultate der Annähung des grossen Netzes an die vordere Bauchwand, entsprechend den Ergebnissen der Literatur über die Fälle von Ausführung dieser Operation in Russland.

J. Hagen-Torn: Zur Frage über die Statistik des Krebses und die Versorgung der Krebskranken.

B. Cholzow: Zur Frage über die klinische Diagnose der Nierenanomalien.

Der beschriebene Fall ist darin interessant, dass bei ein und derselben Kranken die linke Niere vollständig fehlte und die rechte dislociert war. Beide Anomalien konnten mit Hilfe der Cysto- und Röntgenoskopie festgestellt werden.

Mühlen.

Wratschebnaja Gazeta 1909. Nr. 7—17.

D. Gorochow: Ueber Verletzungen von Kindern.

Auf Grund von Hospitalbeobachtungen kommt G. zum Schluss, dass die Zahl der Kinder mit Verletzungen (Beobachtungen von 8 Jahren im Moskauer Sophienhospital) die 4. Stelle einnimmt und gleich nach der Gruppe der Kinder mit Infectionskrankheiten, der Gruppe mit Erkrankungen der Bewegungs- und der Atmungsorgane kommt. Unter den chirurgischen Fällen sind die Verletzungen neben den Erkrankungen der Bewegungsorgane die zahlreichsten die Mortalität infolge von Verletzungen betrug 10,3 pCt. Die häufigste Verletzung waren Knochenbrüche, von Knochenbrüchen die häufigsten Oberschenkelfracturen, nach den Fracturen kamen Verbrennungen (Mortalität 22,3 pCt.). In der Ambulanz überwiegen Contusionen 31,5 pCt., im Hospital nur 8,2 pCt. Zu ergreifende Massregeln wären eine bessere Ueberwachung der Kinder in prophylactischer und ein besser organisierter Krankentransport in therapeutischer Beziehung.

D. Achvlediani: Zur Casuistik des Tetanus traumaticus.

Die Diagnose war schwierig, weil weder Krämpfe noch Trismus vorhanden waren, nur in der letzten Zeit vor dem Tode Schluckbeschwerden. Es fand sich Opistotonus, Schlaflosigkeit und hohe Temperatur. Die Verletzung bestand in einer Quetschung des linken Schienbeins durch Hufschlag eines Pferdes, keine offene Wunde. Bei einer am 4. Tage vorgenommenen Incision entleerte sich recht viel Eiter, indem sich Nicolaiersche Coccen nachweisen liessen.

J. Violin: Zur Casuistik der Fremdkörper der Blase.

Es fanden sich Stücke eines Nelatonschen Katheters in der Harnröhre eines 30-jährigen Mannes. die bei Katheterisation mit einem metallischen Katheter mit entfernt wurden, teils nachher spontan abgingen.

A. Ginsburg: Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Harnblase.

In der Blase fand sich ein Präservativ bestehend aus einem zusammenklappbaren Stahlreifen, der mit einem Kautschukblatt überzogen war. Röntgenoskopie bestätigte die Annahme, dass das verschwundene Präservativ sich in der Blase befände. Von Seiten der Blase bestanden Schmerzen und Blut im Harn.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Popow: Paraproctitis actinomycosa.

Die Localisation am After ist selten, überhaupt auf der Haut, im Allgemeinen nur 46 % der Fälle.

Wojenno-medizinski shurnal. Januar. 1909.

P. Gubarew: Ueber die Behandlung complicierter Knochenbrüche des Schädels.

Gubarew vertritt den Standpunct, dass nur dann eine Trepanation angebracht ist, wenn Anzeichen von Compression des Hirn durch Knochenstücke vorliegt oder durch Extravasate. Es wurden 3 Krankengeschichten ausführlich geschildert.

W. Schiele.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Russkij Wratsch. 1908 Nr. 36—44.

F. Tawildarow: Antefixatio uteri vaginalis extraperitonealis.

Von 37 Operierten konnten nur 12 nachuntersucht werden. 8 von denselben waren vollständig geheilt und wiesen kein Recidiv auf, was 66,7 % ausmacht. Von 4, welche ein anatomisches Recidiv aufwiesen, äusserten 2 keine Klagen, wodurch die Zahl der subjectiven Heilungen auf 82,3 % erhöht wird. In 3 Fällen war der Misserfolg bedingt durch Exacerbation des entzündlichen Processes und in einem Fall war augenscheinlich die mangelhafte Technik schuld. Indiciert ist die Operation bei beweglichen, Schmerzen hervorrufenden Knickungen der Gebärmutter nach hinten, oder bei fixierten, die aber durch Massage oder mit Gewalt in Narcose beweglich gemacht sind, nur bei bedeutenderem Vorfall der vorderen Scheidewand besonders bei Cystocele, wobei zugleich die hintere Colporrhaphie ausgeführt werden muss. Bei Frauen in geschlechtsreifem Alter muss unbedingt eine niedrige Fixation vorgenommen werden, um bei eventuellen Schwangerschaften keine Complicationen zu haben. Den Fundus kann man nur bei climacterischen Frauen fixieren.

Die extraperitoneale Methode hat ebenso ihre Existenzberechtigung wie die intraperitoneale, besonders da sie einfacher ist und leichter von den Kranken ertragen wird. Contraindiciert ist die Methode bei allen fixierten Retroflexionen, besonders wenn noch Hinweise auf einen nicht vollständig abgelaufenen entzündlichen Process vorliegen.

S. Cholmogorow: Gangrän der Füsse in der Nachgeburtsperiode.

Zu den 23 aus der Literatur zusammengestellten Fällen fügt Ch. noch einen hinzu, den er im geburtshilflichen Institut in Moskau beobachtete. Er betraf eine 18-jährige Erstgebärende und endete letal.

J. Tikanodse: Zur Frage über den Verlauf der Geburt bei Tracheotomierten.

An beiden Kreissenden, die zur Beobachtung gelangten, war kurz vor Beginn der Geburt die Tracheotomie ausgeführt worden. Die Dauer der Geburt und speciell die Austreibungsperiode zeigten kein Abweichung von der Norm.

D. Kusnezki: Zur Frage über die weiteren Resultate der operativen Behandlung des primären Krebses der Eierstöcke.

Das 14-jährige Mädchen war etwa $^1/_2$ Jahr krank. Im Unterleibe fühlte man eine $1^1/_2$ faustgrosse, unebene, harte, bewegliche Geschwulst. Dieselbe wurde per cöliotomiam zugleich mit dem anderen (linksseitigen) wallnussgrossen Eierstock entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinoma medullare. Die Kranke war nach $7^1/_2$ Jahren vollständig gesund.

Verf. äussert am Schlusse seiner Arbeit die merkwürdige Ansicht, dass beim Krebs der Eierstöcke die Hysterectomie die besten Resultate gibt und deshalb nach Möglichkeit bei allen bösartigen Veränderungen der Ovarien ausgeführt werden sollte.

D. Ott: Die zu diagnostischen Zwecken und bei Operationen angewandte unmittelbare Beleuchtung der Bauchhöhle, des Dickdarms und der Harnblase.

Allein in dem klinischen geburtshilflich-gynäkologischen Institut ist diese Beleuchtung in der letzten Zeit 1010 Mal angewandt worden. — Durch dieselbe, welche bereits vor Jahren von Ott empfohlen worden ist, sind die Resultate bei den Operationen entschieden bessere geworden, nicht nur in der Gynäkologie, sondern auch in der Chirurgie.

G. Thomson: Zur Frage über die entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexe und ihre Behandlung.

Die chronischen Adnexerkrankungen machen in Odessa 20 pCt. aller gynäkologischen Erkrankungen aus, was dadurch zu erklären ist, dass dorthin als einem bekannten Curorte Kranke sowohl aus dem europäischen wie auch asiatischem Russland hinströmen, um Heilung zu finden. Besonders viele solcher Kranker trifft man in der Sommersaison. In 619 Fällen von Salpingooophoritis, tumores adnexarum mit chronischer Beckenperitonitis führte Th. 27 Coeliotomien aus (Entfernung der Adnexe), 2 vaginale Totalexstirpationen (vollständige Entfernung der inneren Geschlechtsorgane), 11 vaginale Coeliotomien (ein Teil mit Fortnahme der Adnexe) und 47 Incisionen (45 vaginale) d. i. im Ganzen 87 Operationen mit einem tödlichen Ausgang nach 20 Tagen infolge von Embolie nach Entfernung einer eitrig-entzündlichen Tube per coeliotomiam abdom. In 82 pCt. erhielt er bei conservativer Behandlung eine mehr oder weniger deutliche Besserung resp. völlige Heilung. 14 pCt. der Kranke, welche auf diese Weise keine Besserung verspürten, unterzogen sich einer Operation, 4 pCt. wurden auf eigenen Wunsch ohne Besserung entlassen.

Aus diesen Ziffern ersieht man, dass bei chronischen entzündlichen Erkrankungen der Adnexe die Behandlung hauptsächlich eine conservative sein muss, bei einer Operation aber die Geschlechtsorgane möglichst erhalten bleiben sollen.

Mühlen.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Wratschebnaja gaseta 1909, Nr. 10—17.

N. Obraszow: Die Behandlung der Syphilis mit grossen Quecksilberdosen.

O. verlangt, dass das Quecksilberpräparat isosmotisch den Körpersäften sei, als solches empfiehlt er tägliche Injectionen mit Hg. oxycyanatum oder 1 Mal pro Woche Injection von 5,0 der Lösung von Dr. Prochorow: Hg bijod. 0,5 + Kal. jod. 1,0 + Aq. destil. 11,0. Prochorow fand, dass zur Ausheilung der Lues 0,003 des Hg bijod. pro Kilogramm des Körpergewichtes nötig sei.

J. Sack: Ueber frühzeitige Abortivbehandlung bei Syphilis.

S. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Hollandersche Methode des Ausbrennens der Ulcera mollia ist sehr zu empfehlen. 2) Jede Erosion oder Fissur nach einem Coitus impurus ist auf das Energischste zu behandeln. 3) Eine Abortivbehandlung der Syphilis, theoretisch denkbar, ist in der Praxis in den seltensten Fällen durchführbar. 4) Die Abortivbehandlung kann nur eingeleitet werden, wenn Spirochäte in der Sclerose oder dem Ulcus nachgewiesen sind. 5) Es muss sich hieran sofort eine energische Allgemeinbehandlung schliessen. 6) Bei frühzeitiger Abortivbehandlung wird der Fall im Allgemeinen leichter verlaufen und weniger Recidive auftreten, dadurch wird der Kranke als Quelle der Weiterverbreitung weniger gefährlich. 7) Bei der Behandlung der Syphilis spielt die Bacterioskopie eine bedeutende Rolle, deshalb müssen die Aerzte die Untersuchungsmethoden auf Spirochäta beherrschen.

L. Rapoport: Atoxyl bei Syphilis.

Die specifische Wirksamkeit des Atoxyl auf das syphilitische Gift ist durch Tierexperimente erwiesen; empirisch ist erwiesen, dass Atoxyl bei secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis nicht schlechter als Hg und Jod wirkt; es vergrössert die Wirksamkeit der letzteren, offenbar, bei gleichzeitiger Anwendung. Bei bösartiger Lues ist Atoxyl ein wichtiger Heilfactor. Bei blutarmen, geschwächten Luetikern und Leuten, die Hg schlecht vertragen, ist Atoxyl allein oder in Verbindung mit Hg und Jod, durchaus verwertbar. In allen Fällen, in denen sonst im Laufe der Syphilis Arsen verordnet wurde, empfiehlt sich Atoxyl.

M. Ljaschenko: Hereditäre Syphilis in frühem Säuglingsalter und deren Behandlung.

Nichts Bemerkenswertes.

I. Frenkel: Zur Behandlung gonorrhoischer und traumatischer Epididymitiden mit Stauungshyperämie.

Frenkel hat 10 Fälle von Epididymitis mit ausgezeichnetem Erfolge mit Bierscher Stauung behandelt. Die Binde wurde auf 18—20 Stunden angelegt, dann trat eine kleine Pause ein, worauf wieder die Binde auf ebenso lange Zeit umgelegt wird. Damit ist die Procedur meist beendet und der Nebenhoden normal.

W. Schiele.

Ssibirskaja wratschebnaja gaseta, Nr. Nr. 16—17.

S. Sofoterow: Zur Frage des Einflusses der Röntgenstrahlen auf die sexuelle Sphäre.

Sammelreferat.

F. Holzinger.

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Rhinologie, Laryngologie, Otologie.

Eshemesajatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei, 1908. (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden). Nr. 5—12.

N. Solowzow: Zur Resection der Nasenwand der Kieferhöhle bei chronischem Empyem der Kieferhöhle.

Verfasser entfernt mit einer Knochenscheere den mittleren Teil der unteren Muschel, curettiert die kranke Schleimhaut der Kieferhöhle und macht dann mit dem Hartmannschen Conchotom eine grosse Oeffnung, die in verticaler Richtung der Höhe der Kieferhöhle, in horizontaler Ausdehnung dem mittleren Teil der unteren Muschel entspricht. Die Höhle wird mit Jodoformgaze tamponiert.

A. Putschkowskij: Zur Behandlung der trockenen Mittelohrkatarrhe mit Fibrolysin.

Auf Grund von 10 mit Fibrolysin behandelten Fällen kommt V. zum Schluss, dass dasselbe in einigen Fällen von Nutzen sein kann. Die Fibrolysinbehandlung muss jedoch mit einer mechanischen Therapie (Lufteintreibungen etc.) combiniert werden.

Belogolowow: Zur Casuistik der Pyämie otitischen Ursprungs.

Ein casuistischer Fall von otitischer Pyämie.

S. Burak: Zur Frage der physiologischen Eigenschaften des Adrenalins und seiner practischen Bedeutung in der Medicin, hauptsächlich in der Oto-, Rhino-, Laryngologie.

Eine experimentelle klinische Arbeit, die im Original nachgelesen werden muss.

E. Jürgens: Ueber Hals- und Ohrenkranke im russisch-japanischen Kriege.

Die Lage der Hals- und Ohrenkranken war eine sehr schwierige, da es erstens grösstenteils keine speciellen Abteilungen für solche Kranke gab und sie daher von nicht specialistisch gebildeten Aerzten behandelt wurden; zweitens mangelte es am notwendigsten Instrumentarium.

M. Preis: Ueber Foetor ex ore.

Verf. beschreibt 51 Fälle; in 31 Fällen stammte der Foetor aus dem Munde. Die Ursache des Foetors war: in 10 Fällen kariöse Zähne, in 5 Fällen Ulcerationen an der hinteren Rachenwand, in 8 Fällen eingedicktes käsiges Secret in den Lakunen der Gaumenmandeln, in weiteren 8 Fällen käsige Massen in den Fossae triangulares über den Mandeln, die speciell beschrieben werden.

T. Heryng: Syphilis des Rachens und Kehlkopfs.

Interessante klinische und therapeutische Beobachtungen, die jedoch für ein Referat sich nicht eignen.

N. Trofimow: Bericht über die Tätigkeit der neugegründeten speciellen klinischen Abteilung an der Universität des Heiligen Wladimir in Kiew.

Die Tätigkeit begann im Januar 1907. (Chef N. Trofimow, Assistent A. Krustilin). Die Vorlesungen und practischen Arbeiten wurden im Berichtsjahr 1907 von 85 Studenten und 13 Aerzten besucht. Es wurden 261 Operationen ausgeführt mit 0,4 % Mortalität. Es wurden ausgeführt: Antrotomien 86, Totalaufmeisselungen 5, Unterbindungen der Vena jugularis 9, Trepanatio cranii 1, Lumbalpunction 1, Fensterresection des Nasenseptums nach Killian 7, Conchotomien 14, Paraffinoplastik der Nase 3. Von 86 Antrotomierten starben 10, (11,6 %).

A. Putschkowskij: Nasenblutungen und ihre Behandlung.

Sehr ausführliche Beschreibung der Aetiologie und Klinik der Nasenblutungen. Bei der Therapie sucht Verf. auch alle Mittel zu erwähnen, die bisher angewandt worden sind. Die Arbeit liefert keine Bereicherung der specialistischen Literatur.

M. Dodin: Ein überzähliger Zahn in der Nasenhöhle.

Bei einem 16-jährigen Knaben fand Verf. in der linken Nasenhöhle im vorderen Drittel zwischen unterer Muschel und Septum eingekeilt einen Zahn (dens. incisiv.), der mit einer Pinzette ohne Blutung entfernt werden konnte. In der Mundhöhle waren alle Zähne vorhanden.

Prof. W. Nikitin: Ueber das Verhältnis des Allgemeinzustandes zu den Erkrankungen der oberen Luftwege.

Auf Grund einer vieljährigen practischen Tätigkeit kommt Verf. zum Schluss, dass bei vielen Erkrankungen der oberen Luftwege ausser der Localbehandlung auch eine Allgemeinbehandlung notwendig ist, da das Localleiden häufig ein Symptom eines Allgemeinleidens darstellt. Daher soll der Specialarzt auch imstande sein, den Allgemeinzustand zu untersuchen und zu behandeln.

A. Iwanow: Plastische Operation bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.

Verf. löst durch 2 Horizontalschnitte rechts und links an der Uvula bis zur lateralen Rachenwand die Verwachsungen und spaltet die Uvula durch einen Fundalschnitt in 2 Hälften, die jederseits an den Wundrand des weichen Gaumens durch Nähte befestigt werden. Der Nasenrachenraum wird mit Gummitampons tamponiert.

P. Hellat: Bildung eines Pectus carinatum innerhalb einiger Tage und Verschwinden desselben nach 2 Stunden.

Casuistische Mitteilung.

T. Heryng: Die allgemeine und chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Die interessante Arbeit des bekannten Verfechters der chirurgischen Behandlung der Kehlkopfschwindsucht muss im Original nachgelesen werden, da die Beschreibung der Operationstechnik für ein Referat ungeeignet ist.

Ljaschenko: Diphtherie und Erysipel der Nase.

Mitteilung eines schweren Falles von Nasendiphtherie, der mit Nasenhöhlen- und Gesichtserysipel, vielleicht auch Rachenerysipel, compliciert war und nach Diphtherieheilserum- und Antistreptococcenserum-Behandlung zur völligen Heilung gelangte.

A. Putschkowskij: Zur Frage der sogenannten «artificiellen» Erkrankungen des Gehöroganes bei Soldaten.

Verf. führt viele Fälle sogenannter «artificieller» Erkrankungen des Ohres bei Wehrpflichtigen und Soldaten auf eine irrationelle Behandlung zurück, da der russische Bauer in seiner Uncultur zu den unglaublichsten Verunreinigungen seines Ohres greift, um sein Ohrenleiden zu beseitigen.

W. Gorodetzkij: Exostosen des äusseren Gehörganges bei einem Minderjährigen.

Da Exostosen bei Minderjährigen selten vorkommen, hält sich Verf. für berechtigt, einen diesbezüglichen Fall bei einem 10-jährigen Knaben mitzuteilen.

Prof. Okunew: Eindrücke von der Operation der Nasenscheidewandverbiegungen nach Otto Freer.

Verf. hat in Gemeinschaft mit Dr. Wygodskij 11 Fälle nach Freer operiert und ist mit dem Resultat sehr zufrieden. Er glaubt die Operation den Fachcollegen mehr empfehlen zu können als die Killiansche Fensterresection.

S. Belinow: Die halbcirkelförmigen Canäle als System des Gleichgewichtes. Ein Versuch einer anschaulichen Darstellung der Mach-Breuerschen Theorie der Function des Vestibularapparates des Ohres.

Verf. sucht durch Construction von einfachen physikalischen Apparaten, die ein Modell des Systems der halbcirkelförmigen Canäle darstellen und durch eine Oeffnung mit Flüssigkeit gefüllt werden können, nach einfachen physikalischen Gesetzen, die Mach-Brauersche Theorie zur Anschauung zu bringen.

J. Hoehlein.

M. Zitowitsch: Einfluss des Alcohols auf das innere Ohr der Tiere. (Russkij Wratsch, Nr. 40)

Der täglich eingeführte 40° Alcohol gab dieselben Veränderungen im inneren Ohre wie die anderen Gifte, z. B. Chinin, Salicylsäure, Arsenik, Anilin u. s. w. Die Veränderungen treten zuerst am Spiralganglion hervor, dann verbreiten sie sich auf die Nervenfasern des Spiralblattes, der Schnecke und später auf das Cortische Organ. Blutaustritt war in allen Präparaten zu sehen, wobei die endolymphatische Höhle seltener ergriffen wird als die perilymphatische. Der Beginn der Blutung ist fraglos bei Lebzeiten. Die Präparate wurden nach Wittmack zubereitet. Der Alcohol hat die Eigenheit im Vergleich mit den anderen Giften, dass er auch den n. vestibularis nicht schont; in den Zweigen dieses Nerven waren dieselben Veränderungen zu sehen wie im n. cochlearis. Die oberen Gänge der Schnecke wurden stärker afficiert gefunden als die unteren, was nach der Theorie Helmholtzs dazu führt, dass die niedrigeren Töne schwerer wie die höheren vernommen werden.

Diese Befunde konnten durch klinische Beobachtungen bestätigt werden.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 8. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Pathologie und Therapie.

Russkij Wratsch 1909. Nr. 1—17.

A. Shitkow: Ueber die Behandlung der Cholera mit systematischer Anwendung grosser intravenöser Eingiessungen physiologischer Kochsalzlösung (7‰). Nr. 1.

Rein empirisch kam Sh. zum Schluss, dass die erste Eingiessung indiciert ist in den Fällen, wo Krämpfe und Abnahme der Herztätigkeit eintreten; ausserdem müssen noch Excitantien angewandt werden. Fällt der Puls, so muss eine neue Eingiessung vorgenommen werden, bei Krämpfen aber in jedem Falle. Auf diese Weise wurden Eingiessungen von 2 Liter 4—5 Mal innerhalb 24 Stunden ausgeführt, in einem Falle sogar 18 Liter; dieser Kranke starb 3 Tage später, ein anderer dem 16 Liter und einige, denen 14 Liter eingeführt wurden, blieben leben und genasen in kurzer Zeit.

Die Technik ist eine höchst einfache. Es wurde nicht die Venesectio ausgeführt, sondern einfach die Nadel durch die Haut in die Vene eingestossen. Nach Anlegung einer Gummibinde wurden durch leichtes Massieren die Hautvenen zum Anschwellen gebracht; in den Fällen aber, wo sie stark collabiert waren, wurde der Arm vor Anlegung der Binde auf einige Minuten in 40° Wasser getaucht, wodurch starke Hyperämie erzeugt wird, und die Vene deutlicher zu sehen ist.

Zur Gruppe, welche nicht mit grossen Eingiessungen behandelt wurden, gehörten im Ganzen 604 Kranke; es starben 66,8 pCt.

Zur Gruppe, in welcher den Kranken, wenn auch nur eine einmalige Eingiessung von 2 Litern und mehr gemacht wurde nicht später als 4 Tage nach der Indication, gehörten 203; es genasen 114, starben 89, mithin beträgt die Sterblichkeit 43,8 pCt.

B. Iwaschenzow: Ueber den Opsoninindex bei Cholera.

Wiederholte Untersuchungen des Opsoninindex bei Cholerakranken zeigen in allen Fällen eine Veränderung desselben. Meistenteils gelingt es im Anfangsstadium eine Verringerung desselben nachzuweisen, während der Reconvalescenz steigt aber früher oder später wieder an. Infolge dessen hat diese Untersuchung eine mehr prognostische Bedeutung.

M. Tuschinski: Ueber die Reaction der complementbildenden Stoffe bei asiatischer Cholera.

Im Serum von Cholerakranken, welche nicht mit Serum behandelt worden waren, findet man in der Reconvalescenz Antikörper, aber sehr unbeständig. Dieselben trifft man aber in grosser Menge im Serum von Mag. Schurupow. Die mit dem Serum in den Körper des Kranken eingeführten Antikörper verschwinden bald und werden im algiden Stadium meistenteils schon nicht mehr angetroffen, sogar kurze Zeit nach der Seruminjection. Freies Antigen im Serum des Kranken gelang nicht im algiden Stadium festzustellen.

A. Sokolow: Zur Frage über die mikroskopischen Veränderungen der Nerven bei Cholera.

W. Stülern: Zur Frage über die Behandlung mit dem Anticholeraserum I. Schurupows.

Von 78 Kranken, die mit Serum behandelt wurden, starben 28, d. i. pCt. der Sterblichkeit = 35,8. Die Schlüsse, die St. aus seinen Beobachtungen zieht sind folgende:

Bei der Behandlung der Cholera mit Serum ist die intravenöse Methode der Application des Serum mit der subcutanen zu combinieren, und zwar am erfolgreichsten ist dieses im Anfang der Krankheit. In Fällen von sehr acutem Verlauf war das Serum I. Schurupows ohne Wirkung, in schweren Fällen schien es von Erfolg begleitet zu sein, wenngleich derselbe nicht sehr gross war. Die Anurie schien in mit Serum behandelten Fällen weniger andauernd zu sein. Wenn das Serum auch in der frühesten Periode angewandt wurde, so konnte dem Eintritt eines Typhoids doch nicht vorgebeugt werden, wenngleich die Symptome desselben weniger ausgeprägt waren,

L. Litschkuss: Zur Frage über die primären bösartigen Neubildungen des grossen Netzes (Primäres Sarcom des Netzes.

Genaue Krankengeschichte einer 20-jährigen Person, die wegen doppelseitiger Geschwulst der Eierstöcke im Mariengebärasyl in Petersburg von L. operiert wurde. Es erwies sich aber, dass ein primäres Sarcom des Netzes mit Metastasen auf das Bauchfell bestand. Dass die Geschwulst sich zuerst im Netz entwickelt hatte, bewies der Umstand, dass sie hier am grössten und der Zerfall am deutlichsten ausgesprochen war. Die auf dem Bauchfell zerstreuten Knötchen waren viel natürlicher als Metastasen, wie als Primärherd aufzufassen.

W. Barikin: Der sog. «Mansch̲urische Flecktyphus und sein Erreger.

Th. Geissler: Tuberculose und Menstruation.

G. beobachtete eine Kranke, welche eine verhältnismässig leichte Grippe durchgemacht hatte und darauf an periodischen Temperatursteigerungen, bis 37,6°, litt, welche gegen 2 Wochen anhielten und mit fieberfreien Intervallen von 1½-2 Wochen abwechselten. Objectiv konnte nichts gefunden werden, was dieses Fieber erklärte. nur einmal gelang es einem der behandelnden Aerzte ein leichtes Reibegeräusch in der linken Axillarlinie zu constatieren. — Interessant war aber, dass ganz unverkennbare Beziehungen zwischen den Fieberwellen und der Menstruation bestanden, da jedesmal beim Beginn derselben die Temperatur bis zur Norm abfiel.

Die Behandlung bestand im Aufenthalt im Süden, guter Ernährung und Thiocol, worauf das Fieber schwand und das Körpergewicht zunahm und Patientin vollständig genas.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. Nikonow: Zur Frage über die Wirkung des polyvalenten Antistreptococcen-Serums.

Beschreibung der eigenen Krankengeschichte. Pat. der sich bei einer Operation inficiert hatte und unter Schüttelfrösten hoch fieberte (41,1°—41,2°), liess sich von einem Collegen das polyvalente Antistreptococcen-Serum von Gabritschewski injicieren. Der Erfolg war ein ganz auffallend günstiger, denn schon bereits nach 1 Stunde fühlte sich Pat. besser.

J. Schapschal: Ein Fall von angeborener symmetrischer Oligodaktylie aller 4 Gliedmassen. Nr. 3 und 4.

A. Kopp: Ueber die Agglutinationsfähigkeit des Blutserums Cholerakranker, die mit dem Serum I. S. Schurupows behandelt und solcher, die damit nicht behandelt werden. Nr. 6.

Bei der Behandlung mit Serum beobachtet man die Agglutination gleich nach der Injection bis zum 10. Tage, wo sie verschwindet. Ohne Serum tritt sie erst nach 10 Tagen ein.

M. Markewitsch: Bericht und klinische Beobachtungen in der Choleraabteilung des Marienhospitals während der Epidemie vom 25. Aug.—20. December 1908. Nr. 6 und 7.

P. Korolkow: Noch 2 Fälle von Myxödem im Kindesalter.

Die beiden Fälle sind darin interessant, dass ein Kind alle Symptome von Cretinismus aufwies und das zweite physisch unentwickelt war, während die geistige Fähigkeit verhältnismässig gut ausgebildet waren.

J. Kerner: Die Anticholeraimpfungen in experimenteller Beleuchtung der Opsonintheorie der Unempfänglichkeit. Nr. 6 und 7.

N. Westenrick: Ueber die Reaction des Blutes nach der Methode der Indicatore bei pathologischen Zuständen. Nr. 7.

Probevorlesung.

M. Tschistowitsch: Ueber Antifagine des Mikroben der Hühnercholera. Nr. 8.

Die Antifagine der Mikroben der Hühnercholera decken sich in ihren Zusammensetzungen ganz mit denen der Diplococcen der Pneumonie.

A. Shirnow: Einfluss einiger Bedingungen auf die Lebensfähigkeit und Agglutination der Choleravibrionen. Nr. 8.

N. Gamalei: Die Cholera in Odessa im September 1908.

S. Smirnow und D. Abramow: Die Epidemie der asiatischen Cholera im Herbst 1908 in Rostow a/D. Nr. 8.

W. Minz: Adenome des Nabels. Nr. 9.

Im Jahre 1899 hat M. einen Fall von Adenom des Nabels beschrieben, in der letzten Zeit hat er noch 2 Fälle beobachtet. Bei den 3 Frauen mittleren Alters wuchsen aus dem Nabelgewebe 3 Geschwülste, welche die Grösse einer Nuss erreichte. Das Wachstum war ein langsames und periodenweises, nach zeitweiligem, vollständigem Stillstand, welcher Monate dauerte. Die subjectiven Erscheinungen bestanden in Schmerzen, welche besonders während der Regeln stärker wurden. Wenn sich unter der Haut Bläschen mit rötlichem Inhalt bildeten so platzten sie während der Regel, wahrscheinlich durch Blutandrang in der Bauchhöhle. Die Geschwulst gab Recidive, wenn sie nicht in toto entfernt wurde. Das mikroskopische Bild, welches in allen 3 Fällen ein gleiches war, zeigt eine Wucherung der Drüsengänge in das Narbengewebe des Nabels, welches seinerseits durch Hypertrophie reagiert. Die Drüsen weisen einschichtige Cylinderepithel auf, der Inhalt besteht aus weissen und roten Blutkörperchen und Eiweissstoffen. Was die Histogenese anbetrifft, so entstehen diese Geschwülste zweifellos aus Resten des Ductus omphalo mesentericus.

Mühlen.

Wratschebnaja gaseta 1909, Nr. 12—18.

N. Jemeljanow: Ueber Schutzimpfung bei Scharlach. Nr. 12.

Während einer Scharlachepidemie in einem Kreise des Gouvernement Charkow wurden von Jemeljanow bei 317 Kindern Schutzimpfungen mit dem Serum von Gabritschewski vorgenommen, von denen alle in der Folge gesund blieben. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 1—16 Jahren, die meisten waren jedoch 7—10 Jahre alt. Je eine Einspritzung erhielten 123, je zwei — 128 und je drei Injectionen 76 der Kinder. Die Reaction nach der Vaccination war meist unbedeutend, Rötung, Schwellung, geringe Schmerzhaftigkeit an der Einstichstelle, etwas erhöhte Temperatur, Schwächegefühl, bisweilen Kopfschmerzen und Uebelkeit. In zwei Fällen erfolgte starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Unterleibes bei einem 2 und einem 4-jährigen Kinde. In 5 Fällen trat ein scharlachähnliches Exanthem auf.

D. Dorofejew: Beobachtungen über die Scharlachvaccine von Prof. Gabritschewski und ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Scharlachepidemieen. Nr. 12.

Eine Woche nach Ausbruch einer Scharlachepidemie nahm Dorofejew die Impfungen mit der Gabritschewskischen Vaccine in Angriff, der sich 279 Kinder und Erwachsene unterwarfen. Die Epidemie kam sofort zum Stillstande. Am 9. Tage nach der ersten Vaccination erkrankten noch 2 geimpfte Kinder in einem Orte (= 2,8 pCt.), während von den wenigen nicht geimpften Kindern auch 2 erkrankten (= 25 pCt.). Die nach der Impfung erkrankten Kinder machten einen leichten Scharlach ohne Complicationen durch. In einem Nachbardorfe, wo nicht geimpft wurde, zog sich die Epidemie lange hin und erkrankten 18,5 pCt. aller Kinder.

W. Schamarin: Ueber präventive Scharlachimpfung. Nr. 12.

Schamarin führte in seinem Bezirk 1407 Impfungen gegen Scharlach aus, davon 21 Revaccinationen, wodurch die dort herrschende Epidemie zum Schwinden gebracht wurde.

A. Smirnow: Ein Beitrag zur Anwendung der Scharlachvaccine von Gabritschewski in der Landpraxis.

Während einer starken Scharlachepidemie begann Smirnow mit der Vaccination, die einmaligen 285 Kinder, zweimal an 148 und dreimal an 22 Personen ausgeführt wurde. Von den einmal Geimpften erkrankten 5, von den 2 Mal Geimpften 2, von den 3 Mal Geimpften Niemand. Die Morbidität betrug also 2,4 pCt. Es lässt sich aber annehmen, dass mehrere der Geimpften bereits die Scharlachinfection in sich trugen. Der Preis der einzelnen Vaccination stellte sich auf nur 6 Kop., üble Folgen wurden nicht beobachtet, der Revaccination unterwarfen sich die einmal geimpften Personen aber ungern der ziemlich grossen Schmerzen an der Impfstelle wegen.

A. Strelkow: Ueber einige Bedenken gegen die präventiven Scharlachimpfungen. Nr. 12.

Strelkow wendet gegen die Scharlachschutzimpfung ein, dass nach der Impfung bis zum Eintritt der Immunität die Geimpften besonders empfänglich für die Scharlachinfection seien. Weiterhin, dass der geschwächte Organismus auch anderen Krankheiten gegenüber (Typhus abdom.) weniger widerstandsfähig sei. «Primum non nocere», die präventive Impfung bringe aber gewisse Gefahren mit sich. Die bisherigen Statistiken, die einen Nutzen der Schutzimpfung beweisen sollen, tragen einen mehr zufälligen Charakter, der Nutzen der Vaccination ist noch problematisch.

S. Selikin: Ueber die Gabritschewskische Vaccine Nr. 12.

Selikin führte 121 einmalige, 630 zweimalige Impfungen aus; von den einmal Geimpften erkrankten 4 Kinder an Scharlach, eines starb, von den zweimal Geimpften — Niemand. 5 Kinder zeigten nach der Impfung heftige Reactionserscheinungen. Autor kommt zum Schluss, dass eine kleine Dosis 0,5, fast immer genüge, grössere Kinder reagieren meist stärker. Wiederholte Impfungen sind zum Schutze vorzuziehen. Bisweilen treten nach den Impfungen gefährliche Erscheinungen ein (im Incubationsstadium des Scharlachs).

M. Kurlow: Blutveränderungen bei der Basedowschen Krankheit. Nr. 13.

Seine Blutuntersuchungen bei Basedowscher Krankheit gaben Kurlow folgende Resultate: 1) ein einfaches Struma hat keinen bemerkenswerten Einfluss auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes. 2) bei den formes frustes der Basedowschen Krankheit beobachtet man eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, besonders der grossen einkernigen. 3) in ausgesprochenen Fällen von Basedow fällt die Verminderung der Leukocythen auf, die auf Rechnung der vielkernigen neutrophilen Leukocythen vorwiegend zu setzen ist. Ihr Verlust wird nur zum Teil durch Vermehrung der Lymphocythen und der grossen einkernigen Leukocythen ausgeglichen. Die relative Zahl der einkernigen Zellen wächst bedeutend.

K. Makow: Zur Casuistik der Bantischen Krankheit. Nr. 13, 14 und 15.

30-jährige Patientin mit Milzvergrösserung und anämischen Erscheinungen. Das Blut zeigt Leukopenie, Verminderung des Haemoglobins und relative Verminderung der Erytrocythen: dyspeptische Beschwerden, Erbrechen. Die Krankheit dauert bereits seit 4 Jahren ohne wesentliche Veränderungen; an den übrigen Organen nichts Wesentliches festzustellen.

N. Ssyrenski: Morphologische Blutveränderungen bei Injectionen von Kollescher Anticholervaccine. Nr. 13 u. 14.

Als erste Reaction nach der Injection erscheint eine schwach ausgebildete Hypoleukocytose, etwa in der ersten Stunde nach der Injection. Dann entwickelt immer mehr und mehr ansteigend eine Hyperleukocytose bis gegen 86,9 pCt. gegen die Norm. Sie erreicht ihre Acme 3—36 Stunden nach

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

njection. Es handelt sich hierbei vorwiegend um eine Poynucleose.

I. Arinkin: Ein Beitrag zur Vaccinetherapie der Furunculose nach Wright. Nr. 13 und 14.

Arinkin hat 2 schwere Fälle von Furunculose mit Injection nach der Methode von Wright zur Heilung geracht. Er findet, dass die Methode alle Beachtung verdient, ie Vaccination müsse nur unter Opsoninbestimmung ausgeihrt werden, das sei sehr umständlich und erheischt lebung.

V. Maximow: Die Behandlung der Ruhr. Nr. 14.

Besprechung der gewöhnlichen Medicamente.

.. Sulakow: Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit). Nr. 16.

Casuistische Mitteilung. Die quantitative Harnanalyse erab, dass die Oxydation und die Ausscheidung der Zerfallsroducte aus dem Organismus ein wenig herabgesetzt waren, vobei eine gewisse Neigung zur Ablagerung von Harnsäure n Organismus vorlag. Diese Befunde scheinen die Annahme Bechterews zu bestätigen.

.. Putschkowski: Eitrige Leptomeningitis otogenen Ursprungs. Nr. 16.

Soldat, der von der Commission wegen Otitis zurückgewieen war, da diese Otitis aber offensichtlich künstlich hervorerufen worden war, (es fanden sich am Ohr Anzeichen von 'erbrennung), doch angenommen wurde, erkrankte einen Moat nach seiner Einstellung in die Artillerie an Ohrensausen, chwindel und allgemeiner Schwäche. Bei der Untersuchung er Ohren fand sich im rechten eine abgebrochene Nadelpitze, die das Trommelfell durchbohrt hatte, am folgenden 'ag ein Zündholzköpfchen. Nach Anlegung eines beständigen 'erbandes schwanden alle Erscheinungen von Seiten der hren. Dagegen traten Allgemeinerscheinungen auf, die bald ie Zeichen einer Meningitis boten und zum Exitus führten. Die Obduction zeigte Staphylococcenhaltigen Eiter im Labyint und dem Porus acusticus internus und Leptomeningitis. Das Trommelfell war ausgeheilt.

i. Poletajew: Die Influenza in epidemiologischer und hygienischer Beziehung. Nr. 16.

V. Jakowlew: Ueber die Verbreitung des Rückfallfiebers. Nr. 16.

Besprechung neuerer Arbeiten, die die Verbreitung der 'ebris recurrens durch Kleiderläuse ergeben haben.

.. Okintschitz: Ueber den Zusammenhang der Erkrankung des weiblichen Genitalapparates und des Darmes. Nr. 17 und 18.

Jeder entzündliche Process der Scheide, der von Entzündung des umgebenden Gewebes begleitet ist, verbreitet sich uch auf das das Rectum umgebende Gewebe und umgekehrt. Daher gehen Paraproctitiden und Paracolpitiden unmittelbar n einander über. Auch höher gelegene Partieen des Beckenindegewebes könnten mitergriffen werden. Entzündungen es die Gebärmutter umgebenden Peritoneums greifen auf Dünndarmschlingen über, die im hinteren Douglas liegen, wourch Verwachsungen zustande kommen. In gleicher Weise estehen manigfache Beziehungen zwischen Genitalapparat und Darm beim Weibe.

I. Isabolinski: Ueber die klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaction. Nr. 17.

Auf Grund von 140 Untersuchungen, kommt Isobolinski um Resultat, dass die Wassermannsche Reaction äusserst wertvoll bei der Diagnose und Behandlung der Syphilis st; während der Incubationszeit zeigt ein positiver Ausfall er Reaction mit Sicherheit das Vorhandensein von Syphilis n, was den sofortigen Beginn der Behandlung ermöglicht. n zweifelhaften Fällen ermöglicht die Wassermannsche Reaction eine genaue Differentialdiagnose. Negativer Ausfall er Probe beweist, dass Syphilis entweder nie vorlag oder momentan geschwunden ist. In zweifelhaften Fällen muss die Reaction mehrfach wiederholt werden, in Fällen der Erkrankung des Nervensystems auch die Cerebrospinalflüssigkeit ntersucht werden. Positiver Ausfall der Probe bedeutet, ass das betreffende Individuum sich energischer Cur zu unerwerfen hat bis die positive Reaction schwindet.

V. Ljubomudrow: Zur Klinik und Bacteriologie des Erisypels. Nr. 1.

Aus einer grösseren Zahl von Beobachtungen zieht Ljuomudrow folgende Schlüsse: Das Antistreptococcenserum irkt günstig auf den Krankheitsprocess, vermindert die Leucocytose, vermehrt und verstärkt die Phagocytose, doch wird ine Heilung nur in den leichtesten Fällen erzielt. In den chweren Fällen lässt sich kaum ein günstiger Einfluss auf en Krankheitsverlauf nachweisen. Verhältnismässig eine stärkere Wirkung entfaltet das Serum bei localer Anwendung in der Nähe des Krankheitsherdes. Im Allgemeinen wirkt bei localer Anwendung physiologische Kochsalzlösung nicht schlechter als das Serum. Energisch wirkt Hefeserum, doch liegen noch zu wenig Beobachtungen vor. Gegen Recidive muss eine allgemeine Kräftigung des Organismus angestrebt werden. In Bezug auf die Virulenz der Erisypelherde ist zu bemerken, dass Eiter aus Erisypelphlegmonen und Blut von an Erisypel Gestorbenen sehr virulent ist, stärker als der Inhalt von Blasen.

W. Schiele.

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta. 1909. Nr. 8.

N. S. Skutschenko: Zur Frage des allgemeinen chronischen Saturnismus.

Mitteilung von 3 Fällen eigener Beobahctung.

Schiele.

Pharmakologie.

Russkij Wratsch. 1908. Nr. 36—48.

L. Silberberg: Ueber die Wirkung der Periplozins, Digalens und Strophantus (Böhringer) auf das isolierte Herz von Warmblütern.

Vergleichend experimentelle Untersuchung. Vorläufige Mitteilung.

G. Modrakowski: Ueber die physiologische Wirkung des Cholins.

N. Proshanski: Zur Frage über die bactericide Wirkung des Collargol Credé.

Die bactericide Wirkung des Collargol ist sogar in starken Lösungen wenig wirksam auf die eintägigen Culturen des Staphylococcus aureus, dagegen deutlich ausgesprochen ist die Wirkung auf Typhusbacillen. Lösungen des Collargols in Blutserum und Ascitesflüssigkeit sind nicht weniger bactericid als die wässerigen. Grosse Dosen (0,03 pro Kilo) müssten also bei Typhus entschieden von Bedeutung sein, da die Wirkung fast specifisch ist.

Mühlen.

Wratschebnaja Gaseta. 1909. Nr. 6.

M. Ljäschenko: Radix Selemi bei Erkrankungen der Atmungswege der Kinder.

Decoctum, Tinctura und Infusio rad. Selemi bewährte sich Verf. bei Bronchitis, Influenza, Pertussis, Bronchopneumonien etc. der Kinder aufs Beste.

Schiele.

Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

Obosren. psich., newr. i exper. psichol. Nr. 1—4.

L. Prosorow: Die Moskauschen Patronagen für Geisteskranke. Die Woskressenskische Patronage.

Die Stadt Moskau unterhält gegenwärtig in Familienpflege 727 Geisteskranke. Verf. beschreibt genau die Einrichtung der Familienpflege im Städtchen Woskressensk, 57 Werst von Moskau belegen, an der Windauer Bahn. Hier sind ungefähr hundert Kranke, Männer und Frauen fast zu gleichen Teilen, in 35 Familien untergebracht. Die Stadt Moskau zahlt 10 Rbl. 50 Kop. für jeden Kranken monatlich. Es existiert ein geräumiges Krankenhaus, bei welchem der Arzt wohnt, mit einem Oberpfleger und einer Oberpflegerin, drei Wärtern und drei Wärterinnen, welche an der Aufsicht der Kranken bei den Familien sich beteiligen müssen. Die wichtigste Forderung ist, dass der Arzt beständig in der Patronage wohnt, nicht von auswärts zur Revision kommt, wenn auch noch so oft. Arzt, Pflegewirt und Kranker müssen in ständigem Contact sein, gleichsam in geschlossener Kette, alle inneren Reibungen muss der Arzt ausgleichen. Ein Vergleich der Kosten, die ein Kranker bei verschiedener Art der Verpflegung verursacht, ergab für das Jahr 1908, dass er in der städtischen Heilanstalt 538 Rbl. 10 Kop. pro Jahr kostete, in der Woskressenskischen Familienpflege nur 281 Rbl. 28 Kop. Ausserdem wird in Moskau die Verpflegung in der Familie des Kranken, secours à domicile, durchgeführt, hat aber namentlich in einer Grossstadt ihre grossen Schwierigkeiten und Einschränkungen. Eine fernere Notwendigkeit ist die Errichtung einer Patronage für die austretenden Reconvalescenten, denen es oft genug schwer gemacht wird, in dem bürgerlichen Leben ihren

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Platz wieder einzunehmen. — Die Patronage soll eine gleichberechtigte Abteilung des Krankenhauses sein, nicht aber ein Asyl für Greise und Greisinnen. Die Arbeitsfähigkeit der Kranken darf nicht entscheidend sein für die Ueberführung in Familienpflege. — Für Petersburg würde sich nach Verf. Meinung eine ähnliche Patronage in Schlüsselburg sehr gut einrichten lassen.

A. Janischewski: Zur Frage über die verschiedenen Formen der Sclerodermie. Nr. 1.

Eine ausführliche Krankengeschichte. Vergleich dieses Falles mit einem früher anderen Orts beschriebenen. Der hier beschriebene Fall soll die «cutane» Form, der früher beschriebene Fall die «allgemeine» Form der Sclerodermie darstellen, beide als Typen der Erkrankung des sympathischen Nervensystems. Uebergangsformen zwischen beiden Typen kommen vor.

A. Ssobolewski: Zur Lehre vom Vagabundieren.

Zwei Krankengeschichten. I. Fall: 32-jähriger Officier mit einigen Entartungszeichen und einiger erblicher Belastung (Vater starb an Phthise, ein Bruder vagabundierte, ein zweiter Bruder starb als Nervenkranker). Schon in jungen Jahren treten Zwangsideen auf, anfangs als Furcht vor dem Infanteriedienst, dann aus Furcht zu fallen und des «Schlimmwerdens» in gewissen Situationen. Unter dem Einflusse des Feldzuges und Alcoholmissbrauches entwickelt sich der Zwangstrieb zum Vagabundieren. Epilepsie, Hysterie, Dementia praecox waren auszuschliessen; die Dromomanie hat daher hier psychasthenischen Charakter. — II. Fall: 24-jähriger Soldat mit Wandertrieb (Poriomanie) ebenfalls psychasthenischen Ursprungs, da andere Neurosen und Psychosen nicht nachweisbar waren.

J. Mershejewski: Rede an Prof. Magnan zum Tage seines 50-jährigen Jubiläums. Nr. 2.

Wiedergabe der Ansprache, welche Mershejewski im Namen des russischen Medicinalrats des Conseils der Kaiserlichen Irrenanstalt Alexander III und seinem eigenen dem ihm eng befreundeten Pariser Psychiater halten sollte, woran er durch seinen plötzlichen Tod infolge Apoplexie verhindert wurde.

E. Erikson: Ueber die Irrenpflege im Zartum Polen. Nr. 2 und 3.

Sehr ausführliche Uebersicht über die ganze Frage. Im ganzem Zartum sind in sämtlichen Irrenanstalten nur 2.000 Plätze vorhanden, während nach niedriger Schätzung ca. 11.500 Geisteskranke vorhanden sind. Diesen Missständen ist in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit gezollt worden und sind bereits Massregeln zur Abhilfe in die Wege geleitet.

M. Nikitin: Zur Frage über den histologischen Bau des Gyrus cinguli beim Menschen. Nr. 2.

Die Arbeit ist im Berliner neurobiologischen Institut unter der Leitung von Bielschowski und Brodmann entstanden. Die Untersuchungen betreffen ausschliesslich den vorderen Abschnitt des Gyrus cinguli. Als Haupteigentümlichkeit dieser Gegend erscheint die Anwesenheit von grossen spindelförmigen Zellen in der fünften Schicht, wie sie bereits von vielen Untersuchern angegeben worden sind. Verf. hat nun die detaillierte Untersuchung der Structur dieser eigentümlichen Elemente vorgenommen, und zwar nach der Methode von Bielschowski. Er kommt zum Schluss, dass diese spindelförmigen Elemente lange Neurone sind, welche ihre Axencylinder in die Tiefe der weissen Hirnsubstanz senden.

E. Kopystynski: Zur Casuistik der Psychosen, welche zu politischen Ereignissen Beziehung haben. Ein Fall von räsonierender Form der Paranoia mit politisch-religiösem Wahne. Nr. 3.

Kurze Anführung von 5 Fällen und ausführliche Krankengeschichte eines Paranoiafalles auf Grund der Autobiographie und des Tagebuches des Patienten. Verf. kommt zum Schluss, dass politische Begebenheiten einwirken könne: 1) als indirectes aetiologisches Moment in der Entwickelung von Geisteskrankheiten, indem sie die allgemeine Zahl der Psychosen vergrössern; 2) dem Inhalte der Sinnestäuschungen und des Wahnes auch bei gewöhnlichem Krankheitsverlaufe eine politische Färbung geben; 3) auf Personen, welche zu Geisteskrankheiten veranlagt sind, in ungünstiger Weise einwirken; 4) im Vergleich mit dem gewöhnlichen Gange des Staatslebens ein häufigeres Auftreten von Psychosen mit religiöser Färbung begünstigen, in deren Wahnentwickelung die Apokalypse eine grosse Rolle spielt.

I. Subow: Lecithin bei progressiver Paralyse und Tabes. Nr. 3.

Injiciert wurde intramusculär Lecithin Clin 0,05 pro dosi über einen Tag. I. Fall. Progressive Paralyse in vorgeschrittenem Stadium 40 Injectionen ohne Resultat, die Krankheit nahm ihren deletären Verlauf. II. Fall. Progressive Paralyse im Anfangsstadium 20 Injectionen wirkten weder bessernd noch verschlechternd. III. Fall. Tabes seit 3—4 Jahren, Lues vor 15 Jahren. 20 Injectionen bewirkten eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, ein Schwinden der nervösen Reizbarkeit der Parästhesien der Schmerzen in den unteren Extremitäten, sowie eine bedeutende Abschwächung des Romberg'schen Symptoms.

G. Markelow: Zur Frage über die Pathogenese der cerebralen Muskelatrophiem. Nr. 3.

Krankengeschichte mit Autopsie und histologischer Untersuchung. Die anatomische Diagnose lautete: Glioma pontis Varolii. Hemiatrophia musculorum neuropathica. Auf Grund seines Falles und der einschlägigen Literatur zieht Verf. folgende Schlüsse: 1) Die cerebralen Muskelatrophien werden bei äusserst verschieden localisierten Hirnläsionen beobachtet. 2) Das häufige gleichzeitige Bestehen von Muskelatrophien und einer Läsion des motorischen corticospinalen Neurons kann schwerlich als ein zufälliges bezeichnet werden. Es kann hinweisen auf die intime anatomische Nachbarschaft der motorischen und trophischen Bahnen. 3) Das Fehlen eines strengen Parallelismus zwischen motorischen und trophischen Störungen spricht zugunsten der bekannten Unabhängigkeit der trophischen von den motorischen Bahnen. 4) Das Fehlen des Parallelismus zwischen trophischen und motorischen Störungen ist bei weitem keine häufige Erscheinung, weil Fälle von electiver Läsion einzelner Nervenelemente durch eine hineinwachsende Neubildung viel seltener vorkommen, als grobe anatomische Processe, welche diesen oder jenen Bezirk des Hirnes in toto befallen. 5) Zuwider der Meinung einiger Autoren, welche die trophischen Functionen entweder in der Hauptsache oder nur teilweise mit den sensiblen Bahnen in Verbindung bringen, fand Verf. in seinem Falle in den atrophischen Extremitäten gar keine sensiblen Störungen. 6) Bei Localisation der Störung in der Gegend der Varolsbrücke ist die Beteiligung des Kleinhirns an dem Processe nicht ausgeschlossen, folglich auch nicht die Möglichkeit einer Beeinträchtigung seiner trophischen Functionen.

A. Pewnizki: Zwangszustände behandelt nach der psychoanalytischen Methode von Breuer-Freud. Nr 4.

Mitteilung von 6 Fällen, in denen als Basis für die Entstehung der einzelnen Symptome in frühem Lebensalter erlittene sexuelle Traumata dienten. Die Psychoanalyse erzielte in allen Fällen völlige Heilung, oft in überraschend kurzer Zeit.

I. Subow: Fünf Fälle von Lähmung des Schultergeflechtes. Nr. 4.

I. Einmonatliches Kind. Geburt mit Zangen, Asphyxie. Wiederbelebung nach Sylvesterscher Methode im Laufe einer halben Stunde. Sofort Lähmung der linken oberen Extremität, die nach einem Monate den Erb'schen Typus zeigte. Nach Behandlung während $2^1/_2$ Monate hinterblieb nur eine geringe Parese des N. radialis.

II. 40-jähriger Mann. Fall auf die rechte Schulter. Luxatio subcoracoidea. Einrenkung nach 15 Stunden, aber totale Lähmung sämtlicher rechter Armnerven hinterblieb. Nach 2 Monaten erst Beginn einer regelrechten Behandlung, welche nach weiteren 3 Monaten kaum nennenswerte Erfolge gezeitigt hatte.

III. 33-jähriger Fabrikarbeiter. Nach eben überstandener Pneumonia crouposa und Heben einer schweren Last Erb'sche Plexuslähmung rechts. Nach 2-monatlicher Behandlung völlige Heilung.

IV. 24-jähriger Landarbeiter. Beim Holzfällen Aufschlagen eines Balkens auf die linke Schulter mit sofortiger totalen Lähmung des linken Armes. Eintritt in klinische Behandlung erst nach 6 Monaten. Nach $2^1/_2$ Monaten war erst sehr mässige Besserung erreicht.

V. 50-jährige Frau. Beiderseitige beginnende Erb'sche Plexuslähmung infolge Druckes der sclerotischen und stark ektatischen Arteriae subclaviae.

Michelson.

A. Mendelson: Zur Lehre über die jugendliche progressive Paralyse.

Krankengeschichte eines 18-jährigen Jünglings, bei dem die ersten Symptome bereits mit 11 Jahren auftraten.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15

Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 9. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Charkowski medizinski shurnal (Charkow'sches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russki Wratsch. Nr. 3—9. 1909.

W. Rasumowski: Ueber die physiologische Exstirpation des Ganglion Gasseri. (Nr. 3).

Auf dem 8. Congress der russischen Chirurgen berichtet Prof. Rasumowski über die von ihm an einem 38-jährigen Schlosser ausgeführte Operation, die in jeder Beziehung ein befriedigendes Resultat gegeben hatte. Die Untersuchung nach 8 Monaten ergab folgendes: die Schmerzen waren total geschwunden und stellten sich nicht mehr ein. In der ersten Zeit nach der Operation war das Gefühl auf der ganzen rechten Gesichtshälfte verloren, das aber später besser wurde. Gelitten hatte das rechte Auge: 3 Monate nach der Operation wurde es rot und das Sehvermögen ging verloren, aber Schmerzen stellten sich nicht ein. Nach 8 Monaten bemerkte man nur eine leichte pericorneale Injection, Trübung der Hornhaut, welche die ganze Pupille bedeckte, besonders deutlich unten aussen, und hinten Synechien. Ausserdem konnte man leichte paretische Erscheinungen im Gesichtsnerven constatieren, der rechte Mundwinkel stand tiefer u. s. w. Im Uebrigen war der Patient vollständig gesund und arbeitsfähig.

B. Cholzow: Die radicale Behandlung der Stricturen der Harnröhre durch Exstirpation der verengten Stelle. (Nr. 3 und 4).

Diese Operation wurde von Ch. an 11 Kranken ausgeführt, und zwar 5 Mal bei traumatischen, 6 Mal bei gonorrhoischen Verengerungen, an einem Kranken wurde sie 2 Mal vorgenommen. In 3 Fällen war das Resultat ein negatives, in den übrigen ein durchaus, zufriedenstellendes. Der grösste Teil der exstirpierten Stücke des Kanals hatte eine Länge von 1—2—3 Cent.; nur in einem Falle war sie 6, in einem anderen 7—8 Cent.

. Spisharny: Ueber Muskelplastik bei mangelhafter Bauchpresse. (Nr. 5).

Defecte der Bauchdecken grösseren oder kleineren Umfangs können das Resultat von Traumen, operativen Eingriffen oder entzündlichen Processen sein. In diesen Fällen rät Sp. folgendermassen vorzugehen. Vom Defect aus wird ein Schnitt geführt nach oben seitlich von Brustkorbe. Von letzterem wird zungenförmig der äussere schräge Bauchmuskel abgelöst, wobei seine Aponeurose erhalten bleibt. Bei Erwachsenen ist dieser Lappen 7—8 Ct. breit, braucht man aber einen grösseren, so kann sogar ein Teil dieses Muskels unter dem Rippenbogen mitgenommen werden. Der Stiel des Lappens ist dabei nach hinten und nach aussen gewandt und enthält, wie Leichenuntersuchungen ergaben, genügend Arterienzweige und den unteren Intercostalnerv. Darauf wird der Stiel um 40—60° nach unten gezogen, je nach der Lage des Defectes der Bauchwand, welchen man derartig bedeckt, dass die Ränder des Lappens sich etwas hinter dem Rande desselben befinden, so dass der Lappen etwas angespannt wird; fixiert wird er mit einigen Nähten. Zuletzt werden die Bauchdecken vernäht, und entsprechend der tiefsten Stelle der Wunde wird in dieselben eine Oeffnung angelegt, durch welche eine Röhre auf 1—2 Tage eingeführt wird, um einen Abfluss für das Blut zu schaffen, falls es sich nach Anlage des Verbandes versammeln sollte.

Die auf diese Weise gebildeten Lappen befinden sich unter günstigen Bedingungen für die Erhaltung der functionellen Tätigkeit. Sie sind genügend versorgt mit ernährenden Gefässen und Nerven. Der Lappen wird in der ganzen Dicke genommen und verhältnismässig wenig traumatisiert. Der Stiel wird im Maximum um 60° gedreht. Der Lappen wird nicht weit vom Defect genommen, und seine Richtung entspricht derjenigen, welche für die Bauchpresse notwendig ist, auch erhält er die genügende Anspannung. Die Bauchwand erschlafft dabei absolut nicht an der Stelle, wo der äussere schräge Muskel fortgenommen wird, da noch 2 Muskeln, der obliquus intern. und transversus zurückbleiben. Häufig kann der grösste Teil des Muskellappens und zuweilen sogar ganz aus dem seitlichen Teil des Brustkorbes genommen werden, wo derselbe von keiner besonderen Bedeutung ist.

Auf diese Weise wurden 5 Operationen ausgeführt, die Wunden heilten gut und die Bauchwand war vorzüglich geschützt. Nachricht über die Kranken erhielt man noch lange nach der Operation: ihr Gesundheitszustand war ein ausgezeichneter, ein Bruch nicht zu bemerken.

A. Oschmann: Eine neue Methode zur Bildung von Entero-Gastroentero- und anderen Anastomosen. (Nr. 5).

Verf. will eine Vereinfachung, Erleichterung und Beschleunigung bei der Anlage der verschiedenen Anastomosen erzielen und hat dazu eine besondere Zange construiert, die er genau beschreibt. Dieselbe ist käuflich bei Trindin in Moskau zu haben. Das Instrument ist einfach, leicht zu reinigen und sterilisieren. Er hat damit 3 Operationen an Hunden und eine am Menschen ausgeführt mit günstigem Erfolge.

G. Albrecht. Ueber traumatische Lösung der unteren Epiphyse des Radius. (Nr. 5).

Die Zahl der beobachteten Fälle betrug 4. Die aber alle durch Röntgenaufnahmen bestätigt werden konnten. A. ist der Ansicht, dass im jugendlichen Alter bei nicht vollendetem Knochenwuchs man es in der Regel mit einer Lösung der unteren Epiphyse des Radius zu tun hat, ausnahmsweise dagegen nur mit einem klassischen Bruch. Als aetiologisches Moment dient entweder ein starker Stoss oder Fall auf die ausgestreckte Hand. Der Heilungserfolg hängt von der frühen und schnellen Beseitigung der Verlagerung der Epiphyse ab. Am besten hilft ein Gypsverband. Die Knochenbildung ist nicht gestört.

I. Grekow: Zur Frage über die Desinfection der Hände und des Operationsfeldes mit Spiritus und Jod. (Nr. 7 u. 9).

In der von Grekow geleiteten chirurgischen Abteilung des Obuchowhospitals in Petersburg wird folgende Technik eingehalten: Nach kurzem Waschen mit warmem Wasser und Seifenspiritus oder Seife, gewöhnlich ohne Bürsten, werden die Hände mit Handtüchern abgewischt und darauf 5 Minuten mit Marly oder Watte, getaucht in 93—96° denaturierten Spi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ritus, abgerieben; Marly wird gewöhnlich 2 mal gewechselt. Darauf werden die Hände vor der Operation trocken mit dem Handtuch abgerieben. Während der Operation werden die Hände einige Male mit Spiritus befeuchtet und darauf abgetrocknet, wobei kein besonderes Gewicht darauf gelegt wird alles Blut zu entfernen. Infolge dessen braucht man nach der Operation viel Zeit um mit heissem Wasser, Seife und Bürsten das angeklebte Blut von den Händen abzuwaschen. Das Operationsfeld wird entweder auf 5 Min. lang mit Spiritus abgerieben oder während der Narcose mit Jod bestrichen, wobei vor der Operation auf die Schnittstelle noch besonders Jod aufgetragen wird. Gebadet werden die Kranken am Abend vorher, konnte aber keine Wanne gemacht werden, so wird die Haut einfach mit 96° Spiritus oder Bensin abgerieben, abgetrocknet und darauf mit Jod bestrichen. — Ob dem Spiritus oder Jod der Vorzug eingeräumt werden muss, ist fürs Erste noch nicht zu entscheiden. Versuche im Laboratorium hat Grekow noch nicht ausgeführt, will sie aber bald vornehmen. Mit Jod kann man schneller arbeiten; er hat eine desinficierende Wirkung und ist besonders dort von Wert, wo die Haut stark verunreinigt ist; eine reizende Wirkung hat es allerdings auf die Schleimhäute der Nase und der Augen, was natürlich ein sehr grosser Nachteil ist. Spiritus ist im Ganzen angenehmer, man erreicht dasselbe wie bei Jod. Besonders practisch scheint es zu sein nach Anwendung von Spiritus die Nahtlinie mit Jod zu bestreichen, wie das auch Schanz tät. — Handschuhe werden bei reinen Operationen nicht gebraucht, sie sind unnütz, da die Haut der Hände durch nochmaliges Waschen mit Spiritus nicht aufquillt. Die Hände leiden garnicht oder höchstens am Anfang, dann ist es genügend sie nachts mit Glycerin zu bestreichen. Irgend ein schädlicher Einfluss von Jod war nicht zu bemerken.

I. Spisharny: Ueber locale Anaesthesie. (Nr. 9).

Seit dem vorigen Jahre wird in der chirurgischen Universitätsklinik in Moskau zur localen Anaesthesie $^1/_2$ pCt. Lösung von Novocain, für Injectionen und eine 10 pCt. für das Bestreichen der Wundflächen benutzt. Die Menge der zu injecierenden Flüssigkeit beträgt 10,0—20,0, d. h. Novocain 0,05—0,1; zur Bestreichung braucht man 5—10 gr. Vergiftungssymptome waren niemals zu sehen, dementsprechend sind die angegebenen Dosen vollständig gefahrlos. Von 779 Operationen wurden 383 unter localer Anaesthesie ausgeführt; fast alle incarcerierten und nicht incarcerierten Hernien wurden auf diese Weise mit bestem Erfolge operiert.

Mühlen.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurnal akuscherstwa.

K. Cholodkowski: Die Beziehungen zwischen Appendicitis und Salpingitiden. (1909. April).

Der Arbeit des Verf. liegen zu Grunde 134 Fälle, in denen die Adnexa afficiert waren und die Laparotomie vorgenommen wurde. In 107 Fällen war der Appendix nicht in Mitleidenschaft gezogen, in 17 Fällen dagegen wohl = 14,5 pCt. und zwar bei Graviditas extrauterina 4 mal, Cystoma ovarii 2 mal, Pyosalpinx 5 mal, Hydrosalpinx 2 mal, Salpingo-Oophoritis chr. 4 mal, also am häufigsten bei Pyosalpinx. Verf. führt die 17 Fälle genau an. Verf. kann kein Urteil darüber abgeben, weshalb in dem einen Fall der Appendix unbehelligt bleibt, in anderen in den entzündlichen Process mit hereingezogen wird. In manchen schweren Fällen, wo die ganze Umgebung des Fortsatzes entzündlich verändert war, blieb er frei. Am meisten scheint die Länge des Appendix beschuldigt werden zu können, je länger derselbe, desto leichter ist er beteiligt. Ch. spricht sich dagegen aus, dass sich die Infection längst den Lymphgefässen, dem Lig. Clado, verbreitert, es ist vielmehr anzunehmen, dass der Appendix durch peristaltische Bewegungen in den Bereich der Entzündung hereingezogen und fixiert wird. Alle 17 Mal, wo der Appendix verändert war, wurde er entfernt.

B. Swerew: Die präventive Choleraimpfung während der Schwangerschaft. (April).

Die Ansicht Schwangeren dürfe man keine präventiven Choleraimpfungen machen, ist ein Vorurteil. Verf. hat an 29 Schwangeren 57 Injectionen gemacht. Im dritten Monat waren 2, im vierten 5, im fünften 9. im sechsten 3, im siebenten Monat eine Pat. Jede von ihnen bekam 1—3 Injectionen zu 0,5—1,0, dann 1,0—2,0 und 1,8—3,0. Benutzt wurde die Vaccine von Blumenthal in Moskau, seltener das aus dem experimentellen Institut. Die Reaction war in 33 Fällen schwach, in 21 mittelstark, in 3 stark. Jedenfalls ist in keinem Fall eine üble Einwirkung beobachtet, 13 Frauen kamen normal zum Termin nieder, bei den andern ging die Gravidität normal weiter.

Jakubowski: Die geburtshilfliche Abteilung des Sophien-Hospitals im Kiewschen Gouvern. (April).

Bericht über 94 Geburten.

N. Primo: Bericht über die Tätigkeit des Gebärasyls auf den Namen Droshina in Zarskoje Sselo. (April).

Bericht über 610 Geburten.

A. Redlich: Maligne Tumoren des weiblichen Genitaltractus. (April).

In einem Fall handelte es sich um ein Endothelioma lymphaticum ovarii. Der Ovarialtumor, der einen malignen Eindruck machte, wurde entfernt. Bald bildeten sich Metastasen, Pat. starb. Im zweiten Fall handelte es sich um einen Polypus sarcomatodes corporis uteri, drei Mal wurde der immer wieder recidivierende Polyp entfernt, schliesslich der Uterus exstirpiert und die bösartige Natur erkannt. Der dritte Fall betrifft ein Adenocarcinom.

G. Rein: Das Grenzgebiet zwischen Gynäkologie, Chirurgie und Urologie. (Mai, Juni).

Ein Vortrag, in dem Verf. einen Ueberblick über die Entwickelung dieser Specialitäten gibt, die engen Beziehungen unter einander bespricht und in Aussicht stellt, dass in Russland bald specielle Lehrstühle für Urologie gegründet werden.

K. Skrobanski: Der Dührssensche Kaiserschnitt in einem Fall von vorzeitiger Placentarlösung. (Mai, Juni).

Siebente Schwangerschaft im achten Monat, erste Querlage, keine Wehen, mässige Blutung, Muttermund für einen Finger. Tamponade ohne Erfolg, Zunahme der Blutung, Verschlechterung des Pulses, daher vaginaler Kaiserschnitt. Da der vordere Schnitt nicht genügte, wurde auch die hintere Portio und Cervicalwand durchtrennt und dabei der hintere Douglas eröffnet. Wendung und Extraction des toten Kindes, Expression der Placenta und reichlicher Gerinsel, Naht, normaler postoperativer Verlauf.

P. Michin: Extra- oder intrauterine Schwangerschaft. (Mai, Juni).

Nach 2—3 monatlicher Menopause Blutungen und Schmerzen im Unterleib. Rechts von der Gebärmutter undeutlich ein elastischer Tumor zu fühlen. Es wurde Extrauterinschwangerschaft angenommen und operiert. Dabei erwies es sich, dass es sich um ein dünnwandiges rechtsseitiges Uterushorn handelte. Anstatt der linken Uteruskörperhälfte fand sich ein bindegewebiger Appendix, ebenso war die uterine Hälfte der linken Tube in einen bindegewebigen Strang verwandelt. Der Sack wurde entfernt, Genesung.

M. Kalmykow: Zur Casuistik der Bildungsfehler der weiblichen Genitalorgane. (Mai, Juni).

Es handelte sich um einen angeborenen Defect der Vagina, die Urethralöffnung war für 2 Finger durchgängig, die hintere Wand war zerrissen, die Schleimhaut war evertiert. Ob ein Uterus vorhanden war, liess sich nicht feststellen. Die Verletzung war auf die Weise zustande gekommen, dass dem Volksbrauch entsprechend der Ehemann in der Hochzeitsnacht die Frau mit deren Einwilligung auf die Art deflorierte, dass er zwei Finger in den Introitus führte. Von der Zeit litt sie an Incontinenz. In diesem Fall war bei dieser barbarischen Sitte statt des Hymens die Urethra verletzt worden, später fand der Coitus per urethram statt. Verf. nahm einen operativen Eingriff vor, nach dem Pat. den Harn im Sitzen und Liegen halten konnte, nicht beim Stehen.

Blisner: Ein vom Lig. rotundum ausgehendes Fibromyom (Mai, Juni).

Der apfelsinengrosse Tumor sass in den äusseren Genitalien, von der ausgedehnten Haut des Lab. maj. bedeckt, beweglich. Entfernung des Tumors.

A. Jeremitsch: Ueber ein Symptom zur Differenzialdiagnose der Geschwülste in der Bauchhöhle. (Mai, Juni).

Verf. bespricht die Schwierigkeit der Diagnose von Nierentumoren speciell der dislocierten Niere. Hier lässt auch die Cystoskopie und Ureterensondierung oft im Stich. Verf. hat mit Erfolg die Methode der palpatorischen Albuminurie nach Menge angewandt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Diese besteht darin, dass man die dislocierte Niere leicht drückt und streicht, worauf diese mit Absonderung von Eiweiss reagiert. Verf. führt zwei Fälle an: bei einem 20-jährigen Mann fühlte man eine apfelgrosse Geschwulst an der linken Spina oss. ilei ant. sup., den linken Ureter konnte man katheterisieren, den rechten von der gesunden Seite nicht. Nach leichtem Streichen und Kneten der linken Niere erschien Eiweiss ($^1/_2$ ‰) im Harn, nach zehn Stunden konnte man Albumen nachweisen. Die Probe wurde dreimal ausgeführt, stets mit positivem Erfolg. Ein zweiter Fall wurde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in gleicher Weise vorgenommen. In gewissen Fällen kann also die Methode von Menge differenzialdiagnostisch verwertet werden.

B. Plastunow: Zur Casuistik des conservativen Kaiserschnittes. (Mai, Juni).

Wegen Beckenenge Kaiserschnitt. Genesung.

Lingen.

Russki Wratsch.

N. Pariski: Zur Frage über die Uterusperforation bei Ausschabungen. (Nr. 4).

Bericht über 3 Fälle, die alle einen günstigen Ausgang nahmen.

A. Pawlow: 2 Fälle von Cervix-Scheidenfisteln bei Abort. (Nr. 5).

In Anbetracht der Seltenheit derartiger Fisteln beschreibt Verf. 2 Fälle, die er im Obuchow-Hospital zu beobachten Gelegenheit hatte. In beiden bestanden, eine stark ausgebildete Anteflexio, enger, rigider Muttermund, rüsselförmige vordere Muttermundlippe und starke, schmerzhaftige Wehen. Ein Trauma war mit absoluter Sicherheit auszuschliessen, da die Patientinnen sich lange in Beobachtung befanden, und die Fistel sich im Hospital bildete. Das Ei, welches sich in der Richtung des geringsten Widerstandes vorwärts bewegte, musste unter den obigen Bedingungen die hintere Muttermundslippe zerreissen.

M. Paroschin: Ueber die chirurgische Behandlung der Senkungen und Vorfalls der Gebärmutter und der Scheide (Nr. 7—9).

Die Aufgaben einer fachgemässen Behandlung des Scheiden- und Uterusverfalles sind: 1) Bildung eines dauerhaften Beckenbodens und Hiatus genitalis, 2) Wiederherstellung der normalen Lage und Grösse des Uterus. Der ersten Forderung entsprechen die plastischen Operationen am Damme und an der Scheide, der zweiten — die Verkleinerung des Cervix und Fixierung des Uterus nach vorne.—Die Methode von Wertheim verlangt noch weitere, genaue Beobachtungen. — In einzelnen Fällen, wenn die conservative Behandlung weit vorgeschrittener Veränderungen des Uterus oder bei deutlich ausgesprochener Atrophie des Beckenbodens die früheren Verhältnisse nicht hergestellt werden können, ist die vaginale Uterusexstirpation angezeigt, welche, wenn sie combiniert ist mit plastischen Operationen und Hebung der Blase, gute Resultate gibt.

Mühlen.

Wratschebnaja Gazeta.

E. Lande: Zur Casuistik einer seltenen Form eines centralen Dammrisses. (Nr. 5).

Vollständige centrale Ruptur des Perineum mit Einriss der vorderen Rectalwand (Ruptura septi rectovaginalis) bei einer 19-jährigen Erstgebärenden. Mit diesen Verletzungen wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Fieber und schlechtes Aussehen der Wunde liessen von einer Naht absehen. In den ersten 2 Tagen unfreiwilliger Abgang von Gasen und Kot, volle Heilung per secundam.

L. Kriwski: Zur Casuistik der Hebosteotomie. (Nr. 6).

Bei einer 27-jährigen II para wurde die Pubiotomie mit bestem Erfolge ausgeführt, sie klagte nach einiger Zeit über keinerlei Beschwerden: das Kind wurde lebend extrahiert. Beckenmasse: 29—25—22—18½—9½. Gewicht des Kindes 3250.0. Schädelmasse: 34—11—13—10—9—33—11. Länge des Kindes 52 In dem 2. Fall handelte es sich um eine 33 jährige VII para; alle Kinder waren bisher totgeboren oder bald nach der Geburt gestorben. Es handelte sich um Stirnlage, Conjugata diagonalis 10. Operation, darauf Extraction eines Kindes von 2950,0, 53 Ctm. Länge, 36 Ctm. Kopfumfang. Kind starb am Tetanus. Heilung der Wunde der Mutter mit Eiterung. Blasenfistel, Oeffnung am linken Labium majus. Es wurden 3 weitere Operationen nötig, um die Fistel zur Heilung zu bringen. — Im dritten Falle handelte es sich um eine 31-jährige IV para. Beckenmasse: 30—25—23—19—10½. Das extrahierte Kind wog 4600,0, Kopfumfang 37, Durchmesser 13—14½—12—9. Patientin ging vom 20. Tage an, vollständige Heilung wenig später, Kind lebte.

A. Bortkewitsch: Ueber spätere Geburten nach vorausgegangener Hebosteotomie. (Nr. 6).

Bortkewitsch beschreibt einen Fall von Geburt 17 Monate nach vorausgegangener Pubiotomie bei einer III para von 23 Jahren. Die erste Geburt schwer (Zangengeburt), bei der zweiten wurde die Hebeostomie ausgeführt, die dritte endete nach 8 Stunden normal mit der Geburt eines gesunden ausgetragenen Kindes. In der Zunahme der Distant. tub. ischii um 2 Ctm. infolge der überstandenen Hebosteotomie ist die Ursache der letzten Geburt in natürlicher Weise zu suchen. Eine Zunahme des Durchmessers der Tub. ischii um 1½—2 Ctm. lässt sich fast immer nach der Operation nachweisen.

I. Anscheles. Isolierte klinisch primäre Tuberculose der Tube mit einem Beitrag zur Lehre von der weiblichen Genitaltuberculose im Allgemeinen. (Nr, 24, 25, 26).

Anscheles stellt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Thesen auf: 1) die klinischen Beobachtungen geben uns kein Recht rein locale tuberculöse Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane auszuschliessen; 2) mit Ausnahme der Fallopischen Tuben bieten die übrigen weiblichen Geschlechtsorgane offenbar keinen günstigen Nährboden für Tubercelbacillen; 3) die rein klinische Diagnose begegnet bisher noch unüberwindlichen Schwierigkeiten, da Tuberculose, Gonorrhoe und gewöhnliche entzündliche Processe an den Tuben z. B. gleiche Veränderungen hervorrufen. Ein Hinweis auf Tuberculose lässt sich häufig in der relativen Geringfügigkeit der localen Veränderunden bei schweren Allgemeinsymptomenfindeu; 5) bei tuberculösen Erkrankungen der Tuben, Ovarien etc. muss bei operativem Eingriff per laparotomiam vorgegangen werden, weil nur auf diese Weise eine radicale Entfernung alles Erkrankten bei den vielen Verwachsungen zu erzielen ist; 6) es soll jedoch nur das entfernt werden, was deutliche anatomische Veränderungen erlitten hat, nicht etwa auch das Ovarium bei Erkrankung der Tuba Fallopii; 7) die weibliche Genitaltuberculose ist noch wenig bisher studiert und erheischt mehr Aufmerksamkeit von Seiten des Gynäkologen.

N. Gravirowski. Ueber angeborene Missbildungen der Finger. (Nr. 27).

Die Hauptursache der angeborenen Fingermissbildungen, Syndactylie etc. sieht G. im Atavismus. Beschreibung mehrerer Fälle.

G. Genter: Ein Fall von Thoracopagus. (Nr. 27).

Nichts Bemerkenswertes.

A. Hippius: Zur Casuistik der Missbildungen. (Nr. 27).

Beschreibung dieser Fälle, eines Thoracopagus und zweier Hydrocephalen.

J. Lastotschkin: Ein überaus seltener Fall von Verwachsung von Zwillingen. (Nr. 27).

Zwei völlig entwickelte, wenn auch schwächliche Zwillinge zeigten nur Verwachsung der Beckenknochen, sonst alles gesondert. Tod am 18. Tage an zunehmender Schwäche infolge Milchmangel der Mutter.

W. Schiele.

Mediz. Obosr.

A. Eberlein: Ueber die Conservative Myomectomie bei Schwangeren. (Nr. 4).

Verf. hat 4 Fälle beobachtet. Zwei Mal wurden Myome von bedeutendem Umfang im 4. und 7. Schwangerschaftsmonat diagnosticiert. In beiden Fällen wurden zum Ende der Schwangerschaft die Myome resorbiert und die Geburten verliefen günstig. Nach der Entbindung war von den Myomen nichts mehr vorhanden. Dieses waren Fälle aus der Privatpraxis, doch wurde einer der Fälle noch 10 Jahre lang beobachtet. Im Hospital kamen zwei Fälle zur Beobachtung. Einmal lag ein Abort vor. Der Uterus war von interstitiellen und subserösen Myomen durchsetzt, am linken Ovarium fand sich ein Tumor und das rechte war cystisch degeneriert. Es wurde die Hysterotomia supravaginalis ausgeführt, mit Entfernung beider Ovarien. Im zweiten Fall lagen multiple Myome des Uterus vor und Schwangerschaft im zweiten Monat. Abortus incipiens. Da Pat. dringend die Erhaltung des Kindes, jedenfalls aber der Gebärmutter bat, wurde der Versuch gemacht durch Enucleation der Myome, denen aus anamnestischen Daten die Ursache des Abortes zuzuschreiben war, den Abort aufzuhalten. Per laparotomiam wurden die Myome enucleiert, was sehr leicht auszuführen war. Das Cavum uteri wurde nicht eröffnet. Nach einigen Tagen erfolgte jedoch der Abort. Beim Ausräumen fand sich ein faustgrosses submucöses Myom, welches nun mittelst Schere und Kornzange entfernt werden konnte. Pat. genas vollkommen und war von ihren Menstruationsbeschwerden, die bestanden hatten, befreit.

E. v. Mickwitz.

Generated on 2019-01-10 00:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Militär-Marine-Sanitätswesen.

Woenno-medicinski Journal.

N. Popow: Ueber den besten Modus der Pockenvaccination in der Armee. (1909. Jan.)

Die erfolgreichste Methode der Impfung ist nach Popow die Tatuierung, dann der Schnitt mit Einreibung des Detritus in die Wunde. Bei einem Misserfolge ist nach 1—2 Wochen eine Revaccination vorzunehmen, die häufig positiv ausfällt. Ist nur eine Pustel angegangen, so ist von dieser eine Autovaccination vorzunehmen.

W. Nikolski: Der Sortierungspunct der Evacuations-Commission. (Jan.)

N. weist auf die Notwendigkeit der Ausarbeitung von Regeln vor dem Kriege in Friedenszeiten hin.

A. Afanassjew: «Ueber die Veränderung des Magensaftes beim Transpirieren. (Februar).

A. stellte fest, dass unter dem Einfluss des Schwitzens die Acidität des Magensaftes sinkt infolge Abnahme der freien Salzsäure. Ebenso nimmt die gesamte Quantität des Chlors und der Chloride ab. Der Grad der Abnahme der Acidität hängt vom Zustande des Organismus, dem Secretionszustande des Magens und der Stärke der Schweissabsonderung ab. Das Sinken der Acidität erstreckt sich über 48 Stunden, doch ist seine Höhe nach 24 Stunden erreicht. Die Norm wird nach und nach wieder erreicht und nach Ablauf von 3 × 24 Stunden selbst überschritten. Bei Kranken wird im subjectiven Befinden keine Besserung erreicht.

R. Wreden: Wiederherstellung der unteren Epiphyse des Humerus durch Knochentransplantation. (Februar).

Bei einer 24-jährigen Kranken mit vollständiger Zerstörung durch Schuss der unteren Epiphyse und teilweiser Zerstörung der Diaphyse des linken Humerus und daraus resultierendem Schlottergelenk nahm W. eine Transplantation in der Weise vor, dass er den 2. linken Mittelfussknochen auslöste und ihm als Ersatz zur Herstellung eines neuen Ellenbogengelenks benutzte. Nach Heilung ergab sich ein festes Gelenk mit beschränkter Beweglichkeit, die W. durch Massage und Gymnastik bedeutend zu erweitern hofft. Aus einem nachgelassenen Streifen von Knochenhaut hat sich ein neuer Mittelfussknochen gebildet.

W. Kamanin: Ueber Simulation und Selbstverstümmelungen. (Februar).

Beschreibung und photographische Abbildungen verschiedener Fälle von Simulation und Selbstverstümmelungen der Zehen der unteren Glieder bei jungen Soldaten.

N. Woskressenski: Ueber Enuresis. (Februar).

W. beschäftigt sich mit verschiedenen Formen der Enuresis (tarda), die bei jungen Soldaten zur Beobachtung kommen, teils simuliert werden und mit ihrer Unterscheidung resp. Erkennung.

P. Todorow: Ueber die Behandlung der acuten Opiumvergiftung. (Februar).

Es bewährte sich bei Opiumvergiftungen das Kalium hypermanganicum.

A. Michnowski: Ueber die Verbesserung des Geschmackes des Soldatenbrotes. (Februar).

J. Sassaparel: Die Schlacht bei Kudjasä. Sanitär-taktische Studie. (Februar).

A. Zazkin: Zur Behandlung des Trachoms und seiner Complicationen mit Acidum jodicum. (Februar).

W. Loktew: Ueber die Behandlung des Trachoms nach der Methode von Schiele. (Februar).

Beide Autoren erzielten gute Resultate mit der Schieleschen Methode und äussern sich in durchaus anerkennendem Sinne.

G. Turner: Die modernen Methoden der Behandlung der Knochenbrüche im Vergleich zu den Methoden N. Pirogows. (März).

N. Grawirowski: Ueber appendiculäre abgesackte Peritonitiden. (März).

G. beobachtete einen grossen abgesackten appendiculären Abscess, der sich in das Scrotum gesenkt hatte, durch eine nicht verwachsenen Leistencanal. Nur Sonnenburg hat einen derartigen Fall beschrieben.

N. Woskressenski: Uebersicht über die Tätigkeit der chirurgischen Abteilung des Militär-Hospitals in Kars in den letzten 8 Jahren. (März).

A. Naumann: Ueber die therapeutische Bedeutung der Buskschen Mineralwässer. (März).

Die Mineralquellen von Busk in Polen dienen als Heilstation für das russische Militär. Die günstigsten Resultate wurden bei chronischem Rheumatismus erzielt. Weiterhin wird sehr günstig beeinflusst Scrophulose, besonders luetischen Ursprungs, und torpide tuberculöse Formen und Nervenleiden.

G. Bauer: Kali hypermanganicum bei der Cholera. (März).

B. wandte Klysmen von hypermangansaurem Kali in der Stärke von 1:4000 an, subcutane Injection von 1% Lösungen, 4—6 Spritzen pro Tag und innerlich von der Lösung 1:4000 — 4 Mal je 60,0. Die Methode erwies sich als nicht wirksam. Mortalität über 50 pCt.

W. Rakitin: Die ambulatorischen Kranken. (März).

P. Andropow: «Ueber die Lebensfähigkeit der Choleravibrionen bei Culturen auf Früchten. (Mai).

A. konnte feststellen, dass die Choleravibrionen auf der Oberfläche von Aepfeln, Birnen und Weintrauben nur sehr kurze Zeit ihre Lebensfähigkeit behalten, schon nach 2—3 × 24 Stunden waren an seiner Stelle nur Saprophyten zu finden. Im Inneren von Aepfeln und Birnen dagegen hält er sich 4—5 × 24 Stunden; auf Weintraubensaft mit einer Acidität von mehr wie 0,5 pCt. kommt er dagegen nicht fort.

M. Ostrjanski: Penetrierende Wunden der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle. (Mai).

Als die günstigsten Verwundungen erwiesen sich mit Messern verursachte Stichschnittwunden der Brust- und Bauchhöhle trotz häufigen Vorfalls von Netz etc.; viel ungünstiger verlaufen die Kugelwunden. Infolge der grossen Schnelligkeit der modernen Mantelgeschosse können die Därme nicht ausweichen, werden durchbohrt, oft mehrfach, ebenso andere Organe der Bauchhöhle, deshalb ist meist eine Laparotomie geboten.

Russki Wratsch.

W. Pletenew: «Zur Frage über künstlich hervorgerufene Krankheiten und Beschädigungen der Gliedmassen bei Personen, die zum Militärdienst einberufen werden. (Nr. 7).

Die im Uiasdowschen Hospital in Warschau zur Beobachtung gelangten Beschädigungen bestanden hauptsächlich in Nachahmung tuberculöser Affectionen der Lymphdrüsen durch Paraffininjectionen, Nachahmung von Hodentuberculose und seiner Adnexe, Fremdkörper im Hodensack, künstliche Geschwüre des Unterschenkels und künstliche Contractur im rechten Ellenbogengelenk.

Mühlen.

Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnej. 1908. Nr. 1—7.

S. von Stein: Schwindel: Autokinesis externa et interna. Neue Function der Schnecke. (1909 Nr. 1—7).

Bei der Analyse des Schwindels muss auf Folgendes geachtet werden. 1. Die verschiedenen Arten von Schwindel. 2. Localisation des Schwindels. 3. Bestimmung des Begriffes «Schwindel»-Autokinesis externa et interna. 4. Ursachen des Schwindels. 5) Behandlung des Schwindels. 6. Ohr und Auge. Localisation der Chromopathie. 7. Ohr und Haut. Neue Function der Schnecke. 8. Einfluss des continuierlichen Drehens auf die Entwickelung der Eier und Küchlein. Die interessante Arbeit muss im Original nachgelesen werden.

S. Preobrashenski: Combinierte Vibration und die Metallmuschel in der Therapie der chronischen Schwerhörigkeit und der Ohrgeräusche. (Nr. 1).

«Die combinierte Vibration» wurde in 132 Fällen von chronischer Schwerhörigkeit und Ohrgeräuschen angewandt: Unter 70 Fällen von Otitis med. adhaesiva trat Besserung in 58 Fällen ein. 42 Fälle von Otosclerose ergaben in 32 Fällen Besserung. In allen 4 Fällen von secretorischen Katarrh trat Heilung ein.

Die Ohrgeräusche ergaben Besserung resp. Heilung in ... Die alten Heilmethoden haben bisher so günstige Resultate nicht ergeben.

E. Maljutin: Schlammbehandlung bei chronischen trockenen Ohrkatarrhen und bei Otosclerose. (Nr. 1—2).

Im Laufe der letzten 3 Jahre während der Sommersaison hat Verfasser im Kaukasus den Tambukanschen Schlamm

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

local bei trockenen Ohrkatarrhen und Otosclerose angewandt. Der Schlamm wird bei einer T° 35—45° R. auf Gaze aufgetragen, eingehüllt und auf die Ohrgegend appliciert. Ohne statistische Zahlen anzuführen, ist Verfasser mit der Behandlung zufrieden und empfiehlt sie den Aerzten zur Nachprüfung. Auch exsudative Katarrhe werden mit bestem Erfolge behandelt.

N. Schneider: Ueber Bronchoskopie. (Nr. 1).

Beschreibung von 18 casuistischen Fällen, die Verfasser seit 1 XI 1907 bronchoskopiert hat. 16 Fälle betrafen Kinder, 2 Erwachsene. Die untere Bronchoskopie werde nur 2 Mal ausgeführt. Die obere Bronchoskopie wurde erfolgreich ausgeführt 15 Mal (83%); in 3 Fällen trat der Exitus ein (16%).

A. Iwanow: Laryngostomie bei Perichondritis laryngis (Nr. 2).

Beschreibung von 8 Fällen von Laryngostomie, die Verfasser seit October 1907 nach Sargnon und Barlatier mit einigen eigenen Modificationen ausgeführt hat. In 4 Fällen gelang es freie Atmung auch ohne Canüle zu erzielen, jedoch haben die Tracheal- und Laryngealwände nicht genügende Festigkeit erlangt; daher müssen von Zeit zu Zeit Gummicanülen eingeführt werden. 3 Fälle sind noch in Heilung begriffen, im 8-ten Fall ist Exitus eingetreten.

M. Erbstein: Zur Fibrolysinbehandlung bei Schwerhörigkeit. (Nr. 2).

Das Fibrolysin nach Mendel-Essen wurde in 14 Fällen von Schwerhörigkeit in die Regio supraumbilicalis gespritzt. Unter 6 Fällen von Otitis media catarrhalis chron. mit Trommelfellnarben trat Besserung 4 Mal ein. 4 Fälle von Otitis media catarrhalis chron ohne Trommelfellnarben ergaben Besserung 2 Mal. 4 Fälle von Otosclerose ergaben keine Besserung. Ausser Fibrolysin wurden Lufteintreibungen und Massage angewandt. Die Beobachtungszahl ist für Schlüsse zu gering.

N. Trofimow: Die Abhängigkeit intracranieller Complicationen von Erkrankungen des Ohres und Massregeln gegen ihre Entstehung. (Nr. 3).

Im vorliegenden Referat stellt Verfasser sich 2 Aufgaben 1) Die Wege zu constatieren, auf denen der Krankheitsprocess aus dem Mittelohr in die Schädelhöhle eindringt und 2) festzustellen, in welchen Formen die Complicationen am häufigsten auftreten. Diesen beiden Aufgaben sucht Trofimow auf Grund von 525 Aufmeisselungen, die an seiner Klinik (Kiew) ausgeführt worden sind, näherzutreten. Die Mortalität betrug 9,5 pCt. Am häufigsten waren Extraduralabscesse = 4,1 pCt. An zweiter Stelle steht die Thrombophlebitis = 8,5. Leptomeningitis wurde in 2,3 pCt. constatiert. Ein Fall von Meningoencephalitis serosa wurde operativ geheilt. Unter 15 Gehirnabscessen kamen Schläfenlappenabscesse 9 Mal, Kleinhirnabscesse 6 Mal zur Beobachtung. In Schläfenlappenabscessen kommt es beim Durchbruch der Eiterung durch das Tegmen tympani, zu Kleinhirnabscessen — auf dem Wege durch das Labyrinth. Es wird auch die Frage der Labyrinthoperationen besprochen, auf die nicht näher eingegangen werden kann.

L. Swershewski: Zur Frage der acuten Entzündungen der Schilddrüse. (Nr. 3).

Auf Grund der vorhandenen Literatur und vier eigener Beobachtungen entwirft Verfasser das klinische Bild dieser verhältnismässig seltenen Erkrankung.

L. Skrypt: Einige mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Sclerom. (Nr. 3).

Casuistische Beschreibung von 5 mit Röntgenstrahlen behandelter Fälle von Sclerom der oberen Luftwege. Es wurde grössten Teils 3 mal wöchentlich 5—10 Minuten lang der Kranke Teil der Bestrahlung ausgesetzt. Die Behandlung wirkte in allen 5 Fällen auf den Process günstig ein, obgleich kein einziges Mal eine vollständige Restitutio zu constatieren war.

. de Lens. Ueber die klinische Bedeutung der Oesophago- und Bronchoskopie. (Nr. 4).

Die Oesophagoskopie wurde vom Verfasser ausgeführt: 1) zur Bestimmung der Ursachen der Undurchgängigkeit der Speiseröhre; 2) zur Bestimmung des Charakters der Erkrankung; 3) zur Erkennung und Extraction von Fremdkörpern des Oesophagus. Fremdkörper wurden in 6 Fällen entfernt. Die Bronchoskopie wurde zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ausgeführt. In 7 Fällen wurden Fremdkörper extrahiert.

. Rabotnow: Ein seltener Fall von Nasenseptumtumor. (Nr. 4).

Casuistische Mitteilung eines Tumors von Wallnussgrösse, der vom hintersten Teil des Nasenseptums ausging, die linke Choane ausfüllte und von graurötlicher Farbe war. Er wurde peroral entfernt und erwies sich als Adenom mit papillösem Bau.

J. Schmurlo: Ueber otogene Pyämie und Septicopyämie und ihre Behandlung. (Nr. 5).

Verfasser verfügt über ein eigenes Material von 3000 Ohrenentzündungen. Pyämische Complicationen traten in 10 Fällen (0,3 pCt.) ein, von denen 5 starben. Mortalität = 0,15 pCt. Die 10 casuistischen Fälle werden beschrieben und daraus folgende Schlüsse gezogen: 1) Die Theorie Leuterts ist stark anfechtbar. 2) Otogene Pyämie entsteht durch Invasion von eiterbildenden Bacterien in die Blutbahn. Sie können ins Blut gelangen auf venösen und lymphatischen Bahnen, wobei sich Thromben sowohl im Sinus transversus und anderen Blutleitern, als auch in kleinen Venen bilden können. 3) Die Mastoidtrepanation in möglichst frühem Stadium spielt in der Therapie die wichtigste Rolle. Der Sinus transversus und die V. jugularis dürfen erst nach reiflichster Ueberlegung eröffnet resp. unterbunden werden. 4) Reichliche Nahrung, Alcohol, und Antistreptococcen-Serum spielen bei der Behandlung der otogenen Pyämie eine wichtige Rolle.

S. Semenow-Blumenfeld; Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Nr. 5).

Verfasser hat 14 Fälle von Kehlkopfschwindsucht mit Antituberculose-Serum Marmorek behandelt und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. Der Kehlkopf wurde zu gleicher Zeit chirurgisch und teilweise mit Milchsäure behandelt.

L. Bloch: Polypen als Prothese. (Nr. 5).

Beschreibung eines Falles von Nasenlues, bei welchem die Nasenpolypen die luetischen Perforationen des harten Gaumens gleichsam als Prothesen verstopften und dadurch keine näselnde Sprache zustande kam. Nach Entfernung des Polypen stellte sich näselnde Sprache ein, die nach einer Gummiprothese wieder verschwand.

M. Aisenberg: Ueber Complicationen von Seiten des Ohres, des Halses und der Nase bei Febris recurrens. (Nr. 6).

Verfasser hat bei 1000 Recurrenskranken von Seiten der oberen Luftwege Folgendes gefunden: 1) Nasenblutungen 192, 2) Otitis media 8, 3) Ohrgeräusche und zeitweilige Schwerhörigkeit häufig, 4) Angina häufig, 5) Parotitis 3, 6) Schmerzhaftigkeit der Ohrmuschel 2, 7) Laryngitis acuta 1, 8) Meningeale Erscheinungen 2.

A. Greidenberg: Zur Casuistik der Fremdkörper des Kehlkopfes. (Nr. 6).

Im ersten Fall handelt es sich um eine Nähnadel, die auf dem rechten Stimmbande sass und deren Spitze den Aryknorpel durchstochen hatte; im zweiten um 2 künstliche Zähne, die mit der Platte auf dem linken Stimmbande lagen. In beiden Fällen gelang die Extraction mit der Schrötterschen Zange.

A. Iwanow: Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes. (Nr. 7).

Da die Sensibilität des Kehlkopfes bisher wenig Beachtung gefunden hat. hat Verfasser bei verschiedenen Erkrankungen dieselbe untersucht und gelangt zu folgenden Schlüssen: 1) Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes kommen viel seltener vor, als Motilitätsstörungen. 2) Die Sensibilität kann nicht nur total, sondern auch partiel gestört sein. 3) Eine halbseitige Anästhesie des Kehlkopfes ist nicht beweisend für Hysterie. Die klinischen Beobachtungen sprechen also eher gegen einen gemischten Charakter der Recurrensfasern.

T. Gawrilow: Der Einfluss der adenoiden Vegetationen auf Erkrankungen des Ohres (Nr. 7).

Es wurden 5188 Personen untersucht und bei denselben eine vergrösserte Rachenmandel 1649 Mal gefunden. Der Einfluss der Rachenmandel auf Erkrankungen der Tuba Eustachii unterliegt keinem Zweifel, während deren Einfluss auf Erkrankungen der Paukenhöhle sehr zweifelhaft ist; auf den Verlauf der Krankheiten der Paukenhöhle hat die vergrösserte Rachenmandel einen entschieden ungünstigen Einfluss.

S. Hoehlein.

Russk. Wratsch.

W. Woiatschek: Einige Worte über epidermoidale Ansammlungen in den Höhlen des äusseren und mittleren Ohres. (Nr. 12).

M. Zitowitsch: Die Behandlung der acuten exsudativen Mittelohrentzündung mit dem faradischen Strom. (Nr. 13).

Als schmerzstillendes Mittel ist der faradische Strom von grosser Bedeutung. Sofort nach der Sitzung beobachtet man ein Blasswerden des Trommelfelles,—was mehr als 24 Stunden anhält—und eine geringere Vorwölbung desselben. Die Tuba Eustachii wird breiter und die Schleimhaut weniger ödematös. Die Methode selbst ist schmerzlos und durchaus gefahrlos und häufig wird der Krankhafte Process abgekürzt.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Sitzungen sind täglich 3—5 Minuten vorzunehmen. Eine kleine knopfförmige Electrode wird auf den Warzenfortsatz oder zwischen denselben und die Ohrmuschel gesetzt, die andere, aus Metall in Gestalt eines Katheters, in die Mündung der Tuba Eustachii. Die Stärke des Stromes ist bei verschiedenen Personen verschieden zu nehmen, genügend ist sie aber, wenn der Kranke in der Tiefe des Ohres ein Gefühl von Zittern hat.

Mühlen.

Pathologie und Therapie.

Wratschebnaja Gazeta.

J. Schabad: Anämia splenica. Ueber den Zusammenhang der Anämia splenica infantum und Anämia splenica adultorum. (Nr. 22, 23, 24).

Sch. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zum Schluss, dass es zwei Formen der Anämia splenica mit colossaler Milzvergrösserung gibt, eine Anämia splenica des frühen Kindesalters und eine andere der Erwachsenen. Die Anämia splenica der Kinder unterscheidet sich von der der Erwachsenen durch Abwesenheit anämischer Geräusche in vielen Fällen und durch gute Heilungstendenz. Ausserdem besteht eine stärker ausgesprochene Anisocytose der roten Blutkörperchen, stärkere Polychromatophilie, wobei eine grosse Anzahl Normoblasten sich finden und Megalocyten und Megaloblasten auftreten; in einigen Fällen besteht ein hoher Colorindex, die Leukocytose zeichnet sich durch Vorwiegen von Lymphocyten aus und es erscheinen auch Myelocyten. Alle diese Unterscheidungsmerkmale bezeichnen nichts derart Charakteristisches, dass man die Krankheit bei Kindern und Erwachsenen als nosologisch einheitlich auffassen könnte. Die Erscheinungen der Anämia splenica bei Kindern erklären sich durch Anklänge des kindlichen Blutkreislaufes an den embryonalen Typus. Die Krankheit ist ein sehr schweres Leiden, das meist infolge intercurrenter Erkrankungen zum Tode führt. In wenigen günstig verlaufenden Fällen tritt Restitutio ad integrum der Milz ein, in anderen nicht tödlich endenden verschleppt sich die Krankheit bis ins spätere Kindesalter. Es scheint wahrscheinlich, dass ein Teil der Fälle von Anämia splenica adultorum und von Bantischer Krankheit aus infantiler Anämia splenica hervorgegangen sind. Es ist ohne Frage vom practischen Standpuncte aus nützlich, die Anämia splenica infantum klinisch als besondere Form abzugrenzen, obgleich die Frage des Wesens dieser Krankheit sich noch nicht entscheiden lässt. Ist sie eine Art von Pseudoleukämie oder nur eine Form von biologischer Reaction des frühen Kindesalters auf verschiedene Reizungen des Organismus (Rachitis, Tuberculose, Syphilis), dieses sind noch offene Fragen. Es wäre möglich, dass wir uns noch nicht die verschiedenen Formen der Anämia splenica infantum auseinanderzuhalten und zu unterscheiden vermögen und dass es eine Form gibt, die ein frühes Stadium der Anämia splenica adultorum und der Bantischen Krankheit vorstellt.

M. Arinkin: Ein Beitrag zur Frage über die Bestimmung der Gerinnungsgeschwindigkeit des Blutes und dessen Gehaltes an Erdkali-Metallen bei einigen Erkrankungen innerer Organe. (Nr. 22, 23, 24).

In Anbetracht des kleinen Beobachtungsmaterials wagt A. keine allgemeinen Schlüsse zu ziehen, sondern gibt nur das Facit seiner Untersuchungen. Bei Gesunden tritt die Gerinnung des Blutes ausserhalb des Körpers bei 37° C. nach 2 bis 2½ Minuten ein. Alter, Nahrung etc. sind ohne Einfluss. Der Procentgehalt an Erdkali und Metallen ist gleichfalls bei Gesunden constant und beträgt 0,2—0,3 pCt. Bei Typhus recurrens, T. abdominalis und Tuberculose erfolgt die Gerinnung des Blutes beschleunigt, der Gehalt an Ca und Mg ist erhöht; bei der Tuberculose ist letzteres nicht der Fall. Bei Nephritis finden sich sehr geringe Abweichungen von der Norm; wenn keine Oedema vorliegen, ist der Gehalt an Erdkalimetallen erhöht. Dasselbe findet sich bei Herzkranken. Bei Herzkranken ist der CO_2-Gehalt des Blutes von Einfluss auf die Gerinnungsfähigkeit, je mehr CO_2, desto schneller tritt die Gerinnung ein. Bei Icterus catarrhalis und hypertrophischer Lebercirrhose ist die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöht, der Erdmetallgehalt bei Icterus erhöht, bei der Cirrhose normal. Bei atrophischer Cirrhose der Leber dagegen die Blutgerinnung verlangsamt, der Erdmetallgehalt etwas herabgesetzt. Bei Ulcus ventriculi ist die Blutgerinnungsfähigkeit meist ein wenig erhöht, ebenso bei Cancer ventriculi, der Ca- und Mg-Gehalt bei Milchdiät erhöht, sonst normal. Bei Leukämie ist die Blutgerinnung beschleunigt, der Gehalt an Erdmetallen stark schwankend, bei Anämien bisweilen beschleunigte Blutgerinnung. Also es findet bei den meisten Krankheiten eine beschleunigte Blutgerinnung statt, während der Alkaligehalt des Blutes von dem Zustande der Nieren abhängig ist.

A. Bjeljawski: Zur Casuistik der Lyssa. (Nr. 25).

Der geschilderte Fall bietet insofern ein besonderes Interesse, als die Krankheit erst mehr als 3 Monate nach dem Biss in den Daumen der linken Hand bei einem 30-jährigen Militärarzt zum Ausbruch kam, ungeachtet einer Cur von 20 Injectionen in Pasteurinstitut in Wladiwostok. Der erste Anfall kam zum Ausbruch beim Waschen des Gesichts mit kaltem Wasser. Während der Dauer der Krankheit war eine ungeheuer starke Schweissabsonderung zu beobachten, was in den Büchern nicht angegeben wird. Im Anfang der Erkrankung bestanden starke Schmerzen im linken Arme entsprechend dem Verlaufe des N. radialis. Als begünstigende Momente für das Auftreten der Krankheit und die Unwirksamkeit der Behandlung kann vielleicht Alcoholismus und starker Cocainismus angesehen werden.

P. Medowikow: Neue Gesichtspuncte über die Pathogenese der Darmerkrankungen bei Kindern. (Nr. 25).

Als erstes Moment der Erkrankung des Darmtractus ist eine Störung der normalen Function der Darmdrüsen anzusehen, die ein Eindringen schädlicher Bacterien in den Darm begünstigt.

J. Bystritzki: Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der Lunge. (Nr. 26).

In den zwei von B. beobachteten Fällen von bösartigen Neubildungen der Lunge wurde die Diagnose dadurch erschwert, dass das Exsudat nichts Charakteristisches enthielt, sondern rein serös war. Ferner fehlte eine Compression der Gefässe und Metastasen in anderen Organen. Die Diagnose wurde gestellt auf Grund starker Dyspnoe, fortschreitenden Kräfteverfalles und Cachexie, bei Anwesenheit eines pleuritischen Exsudates und blutigem Sputum (in einem Fall) ohne Temperaturerhöhung.

M. Isabolinski: Die Methode von Bordet und Gengou bei einigen Infectionskrankheiten. (Nr. 28).

I. stellte Untersuchungen bei Pneumonie an mit absolut negativem Resultat.

W. Iwanow: Vergleich des Wertes der Methoden von Essbach und Tsuchiy bei der Bestimmung des Eiweisses im Urin. (Nr. 28).

In jüngster Zeit hat Tsuchiy eine neue Methode der Eiweissbestimmung im Urin angegeben. Das Reagens hat folgende Zusammensetzung: Acidi phosphovolframici 1,5 + Acidi hydrochlorici concentrati 5,0 + Alcoholi (96 pCt.) 100,0. Der Harn muss bis zum specifischen Gewicht von 1006—1008 verdünnt werden. Die Eiweissbestimmung erfolgt im Albuminometer von Essbach. I. stellte nun Vergleiche an und untersuchte mit der Essbachschen Flüssigkeit und der Tsuchiyschen. Es ergab sich, dass das letztere Reactiv genauere Resultate liefert, besonders bei grösserem Eiweissgehalt im Harne. Je grösser der Eiweissgehalt im Harne, desto grössere Fehler ergeben sich bei der Methode nach Essbach, während die Tsuchiysche Methode auch nicht ohne Fehlerquellen ist, sie gibt aber constantere Resultate.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". **1909.**

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Charkowski medizinski shurnal (Charkow'sches medicinisches Journal).

Chirurgija (Chirurgie).

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).

Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).

Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).

Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).

Russki Wratsch (Russischer Arzt).

Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).

Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).

Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).

Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).

Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).

Wojenno-medizinski shurnal (Militär-Medizinisches Journal).

Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russk. chir. Arch.

W. **Bogoljubow**: Ueber Veränderungen der Gefässe bei ihrer Entblössung. (1908. H. 5.).

Verf. sucht auf experimentelle Weise nachzuforschen, was für Veränderungen in den Blutgefässen, Arterien und Venen, entstehen, wenn sie von ihrer Gefässcheide entblösst werden. Zu diesem Zwecke legte er Hunden die Arteria carotis communis und die Vena jugularis externa auf einer mehr oder weniger grossen Strecke frei; in einigen Fällen wurde noch die Adventitia beschädigt.

In verschiedenen Zwischenräumen wurden die Tiere getötet und die Gefässveränderungen mikroskopisch studiert. In allen Fällen wurden mehr oder weniger stark ausgesprochene Veränderungen gefunden: die Vasa vasorum waren meistens thrombosiert, die Adventitia war oft hyalin degeneriert, die elastischen Fasern necrotisiert. In der Tunica media waren Blutergüsse, Infiltrationen, necrotische Herde und Schwund der Muskelfasern nachzuweisen. Die Interna war oft verdickt und ausgebuchtet, das Endothel gequollen und gewuchert. In einigen Fällen waren die Gefässe thrombosiert. Dabei war nachzuweisen, dass die Intensität der Gefässveränderungen weniger von der Grösse des entblössten Gebietes abhing, als viel mehr von dem Trauma, dem das Gefäss ausgesetzt war und von dem Verlauf der Wundheilung. In Fällen, wo die Prima intentio ausblieb, waren die Gefässveränderungen (Necrosen, Thrombosen) besonders stark ausgeprägt.

M. **Fabrikant**: Ueber doppelseitige eitrige Pleuritis (1908. H. 5.).

Verf. führt einen Fall vor, wo er bei einem sehr heruntergekommenen Kranken mit doppelseitigem Empyem erst von einer Seite den Eiter aussog und nach einigen Tagen durch einen Schnitt das Empyem breit eröffnete; als auf dieser Seite die Wunde verheilt war, machte er die Thoracotomie auf der anderen Seite, wo er vordem schon 3 Mal ohne Erfolg punctiert hatte. Der Kranke erholte sich vollständig. Auf Grund eines sehr fleissigen Studiums der Literatur kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Doppelseitige Empyeme kommen am häufigsten bei Kindern vor.

2) Das häufigste ätiologische Moment ist eine doppelseitige Pneumonie.

3) Die Sterblichkeit bei einer doppelseitigen Operation ist nicht gross, wenn die Operation rechtzeitig ausgeführt wird.

4) Die Operation kann einzeitig ausgeführt werden, wenn es der schwere Zustand des Kranken verlangt, ratsamer aber ist es zweizeitig in kurzen Zwischenräumen zu operieren.

5) Ein doppelseitiger Pneumothorax zieht keine Gefahren nach sich, daher ist es zweckmässiger beide Pleurahöhlen zu eröffnen, als von einer Seite die Thoracotomie, auf der anderen nur eine Punction auszuführen.

6) Die Operation kann unter Localanästhesie ausgeführt werden.

N. **Kopilow**: Ueber Mischgeschwülste der Niere. (1908. H. 5.).

Die Mischgeschwülste der Niere zeichnen sich nach **Wilms** durch folgende Merkmale aus: 1) Sie kommen fast ausschliesslich bei Kindern und in der frühesten Jugend vor. 2) Bei Kindern kommen keine Nierenblutungen vor. 3) Die Geschwülste wachsen schnell und führen rasch zum Tode. 4) In 30 % der Fälle kommen Metastasen vor, die am häufigsten in den Lungen und der Leber anzutreffen sind. 5) Die Geschwülste sitzen im Nierengewebe, das gewöhnlich zur Seite gedrängt ist. 6) Zuweilen umgibt das Nierengewebe die Geschwulst wie eine Kapsel.

Verfasser beschreibt einen eigenen Fall, der mit Erfolg operiert wurde; nach 5 Monaten aber starb die Kranke unter peritonitischen Erscheinungen. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen sehr complicierten Bau. Es ist anzunehmen, dass die genauere Erforschung der Mischgeschwülste einiges Licht auf die Aetiologie der Geschwülste überhaupt werfen wird.

G. **Baradulin**: Zur Chirurgie der Hypernephrome. (1908. H. 5.).

Unter 12 Nierengeschwülsten, die in der Moskauer Klinik operiert wurden, sind 8 Hypernephrome, worunter 5 bei Männern und 3 bei Frauen; 4 Mal war die rechte und 4 Mal die linke Niere angegriffen. In 6 Fällen war eine stark ausgesprochene Hämaturie vorhanden. Nur in 7 Fällen war eine Geschwulst zu palpieren. Hypernephrome haben eine grosse Neigung zur malignen Degeneration, die sich durch ein rascheres Wachstum documentiert. 5 Fälle wurden durch einen Lumbalschnitt, 2 Fälle durch den vorderen Abdominalschnitt und 1 Fall durch eine combinierte Methode operiert. 4 Fälle genasen, die anderen 4 starben.

L. **Lysowski**: Ein Fall einer solitären Cyste der linken Niere. (1908. H. 5.).

Solitäre Cysten der Niere können serösen, serös-hämorrhagischen und eitrigen Inhalt haben. In der Aetiologie dieser Cysten stellt **Küster** 3 Factoren auf: 1) solche Cysten können aus der cystösen Entartung einer soliden Nierengeschwulst entstehen; 2) aus der Abschnürung eines Teiles des Nierenbeckens im foetalen Leben; diese Cysten liegen nahe am Nierenbecken und verkalken oft; 3) entstehen solche Cysten als Entwickelungsanomalie aus verirrten Teilen des **Wolf**schen Körpers.

Solitäre Nierencysten sind eine seltene Erkrankung; sie wachsen langsam und machen wenig Beschwerden. Grosse Nierencysten können sehr beweglich sein und leicht mit anderen Organen verwechselt werden. Die vollständige Entfernung der erkrankten Niere gab nach **Tuffier** durch den Lumbalschnitt eine Mortalität von 11 %, von vorne dagegen 40 %. Nach dem Vorschlage von **Czerny** haben **Tuffier** und **Zoege v. Manteuffel** mit Erfolg den erkrankten Teil der Niere reseciert. Zum Schluss beschreibt Verf. seinen eigenen Fall. Es handelte sich um eine 26-jährige Kranke, bei welcher in der linken oberen Bauchgegend eine harte Geschwulst palpiert wurde, die für einen Milztumor gehalten

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

wurde. Die Geschwulst wurde durch den vorderen Medianschnitt entfernt, nachdem ein Teil des Cysteninhaltes durch einen Troicart entleert war. Die Kranke genas. Die entfernte Niere enthielt ausser einer grossen Cyste im oberen Teil noch 4 kleinere Cysten im unteren Teil der Niere. Die Cysten waren innen glattwandig und mit cubischem Epithel ausgekleidet.

W. Derewenko: Ueber papilläre Neubildungen des Nierenbeckens und des Ureters. (1908. H. 5.).

Verf. beschreibt einen von Fedorow operierten Fall. Bei einer 54-jährigen Frau, die an cystoskopisch nachgewiesenen Blutungen aus der linken Niere litt, wurde die letztere schliesslich entfernt, wobei eine kleine gutartige papilläre Geschwulst des Nierenbeckens gefunden wurde; da sich die Blutungen wiederholten, hervorgerufen durch multiple papilläre Wucherungen des linken Ureters, wurde letzterer entfernt; schliesslich ging die Kranke an Metastasen der Nierengegend, die auf die Wirbelsäule übergingen, zu Grunde. Dieser Fall lehrt, dass papilläre Geschwülste des Nierenbeckens und des Ureters, wenn sie auch mikroskopisch gutartig sind, immer möglichst früh und möglichst radical operiert werden müssen. In solchen Fällen darf man sich nicht mit der Nephrectomie begnügen. Der ganze Ureter, auch wenn er makroskopisch gesund erscheint, muss zusammen mit der Niere entfernt werden. Zum Schluss bringt Verf. eine genaue Uebersicht der einschlägigen Literatur.

L. Dagaew: Fall eines Pseudomyxoms des Peritoneum. (1908. H. 5.).

Verfasser vertritt die noch von Werth ausgesprochene Ansicht, dass es sich bei diesem Leiden nicht um ein Myxom des Peritoneums, sondern nur um eine reactive Entzündung des Peritoneums handelt, die durch die colloide Flüssigkeit, die aus der rupturierten Ovarialcyste in die Bauchhöhle herausfliesst, hervorgerufen wird.

Die Zellelemente, die dabei in die Bauchhöhle gelangen, können weiter wachsen und neue colloide Flüssigkeit producieren. Damit ein Pseudomyxom des Peritoneums entstehen kann, ist Folgendes erforderlich: 1) Ruptur einer Ovarialcyste; 2) ein Herausschlüpfen von grossen Mengen von Epithelzellen; 3) eine grosse Proliferationsfähigkeit der letzteren.

Zuletzt beschreibt er einen eigenen Fall. Es handelte sich um eine Kranke, bei welcher im Laufe des letzten Jahres der Leib sehr gewachsen war; erst war ein deutlicher Tumor vorhanden, der dann plötzlich verschwand, wonach der Leib anfing schneller zu wachsen. Bei der Laparotomie wurde der ganze Leib ausgefüllt von colloiden Massen gefunden; dieselben liessen sich sehr schwer entfernen. Nachdem ein kleiner Teil der Colloidmassen herausgelassen war, wurde die Bauchhöhle vollständig zugenäht. Einen Monat nach der Operation ging die Kranke unter Erscheinungen von Herzschwäche zu Grunde. Der Tod wird dadurch hervorgerufen, dass die Colloidmassen den Darm und das Mesenterium mit seinen Gefässen zu sehr comprimierten, so dass die Peristaltik und die ganze Ernährung sehr gestört wird.

N. Mokin: Zur Casuistik der angeborenen Nierenanomalien. (1908. H. 5).

Nierenanomalien kommen in 20 % der Fälle vor. Verf. beschreibt drei Fälle von Nierenanomalien, die im anatomischen Saal der Universität Kasan im Jahre 1907 beobachtet wurden. Es waren zwei Fälle einer Hufeisenniere, und ein Fall einer Nierenhyperplasie mit atypischem Verlauf der Gefässe.

A. Polenow: Klinische Bemerkungen über 75 operativ behandelte Appendicitisfälle. (1908. H. 5.).

Verfasser weist darauf hin, dass bei den russischen Chirurgen kein einheitlich ausgearbeiteter Standpunct über die Behandlung der Appendicitis zu finden ist.

Er ist nicht mit der Meinung einiger Autoren einverstanden, dass der erste Appendicitisanfall gewöhnlich der schwerere ist; deswegen sollte man nach Ablauf des ersten Anfalls nicht mit der Operation zögern; jedenfalls ist es ganz falsch zu erwarten, dass die nächsten Anfälle leichter und weniger gefährlich sein werden. Ein vollständiges Fehlen von Symptomen von Seiten des Coecum in Intervall zwischen den Anfällen bildet noch keine Contraindication für eine Operation, da trotz dieses Fehlens von Symptomen die Anfälle sich wiederholen und schwer verlaufen können. Wenn nach einem Appendicitisanfall mehrere Monate symptomlos verlaufen, ist damit noch nicht gesagt, dass hier eine Restitutio ad integrum eingetreten ist. Deswegen ist auch nach dem ersten gut ausgesprochenen Appendicitisanfall die Operation immer angezeigt, wenn auch gar keine subjectiven Beschwerden und keine objectiven Veränderungen am Coecum nachzuweisen sind.

Weber.

Chirurgija 1909. Band 26. Nr. 151 und 152.

P. Djakonow: Zur Frage der Hernien der Linea alba (Nach dem Tode des Verf. von Napalkow redigiert). (Nr. 151).

Die letzte Arbeit aus der Feder des verstorbenen Djakonow, welche ursprünglich dem 8. Russischen Chirurgencongress vorgelegt werden sollte. Leider ist die Arbeit nicht vollendet worden und konnte nur das vorhandene Zahlenmaterial der Oeffentlichkeit übergeben werden. Auf Begleitworte und Schlussfolgerungen hat der Herausgeber verzichtet.

S. Kofmann: Die Pathologie und Therapie der congenitalen Hüftgelenksluxation. (Nr. 151).

Bericht über 39 Fälle von congenitaler Hüftgelenksluxation, welche in den Jahren 1903—1908 vom Verf. behandelt wurden. Von diesen Fällen waren 4 Knaben und 35 Mädchen (1:9), ein Verhältnis, welches auch von anderen Autoren bestätigt wird. Von 39 Fällen waren 23 einseitige und 16 doppelseitige, linksseitige Luxationen 16 Mal und rechtsseitige 7 Mal. Die Resultate in therapeutischer Hinsicht waren folgende: in 29 Fällen gelang die Reposition vollkommen (75 %), in 2 Fällen fand eine Transposition statt, in 1 Fall Transposition und Reposition, in 7 Fällen kein Resultat.

Bei einseitiger Luxation gelang bis zum 7. Lebensjahr die Reposition stets, in den späteren Lebensjahren werden die günstigen Resultate geringer. 15—16 Jahre sind als Grenze zu betrachten. Bei der doppelseitigen Luxation sind schon 7 Jahre als Grenzalter zu betrachten. Es ist wünschenswert die congenitale Hüftgelenksluxation bis zum 4. Lebensjahre der Reposition unterzogen zu haben, je früher die Behandlung einsetzt, desto besser die Erfolge.

A. Abrashanow: Die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. (Nr. 151).

Der Verfasser, ein überzeugter Anhänger der operativen Therapie der Epilepsie, verfügt über 5 eigene Fälle. In drei Fällen war leider nur eine kurze Besserung zu beobachten. In 2 Fällen traten die epileptischen Anfälle nicht mehr auf. Einer von diesen Fällen war erst ein halbes Jahr, der andere jedoch nahezu 7 Jahre beobachtet worden. In letzterem Fall konnte nicht nur ein Sistieren der epileptischen Anfälle, sondern sogar eine Entwickelung des bis zur Operation geschwächten Geisteszustandes des Patienten nachgewiesen werden.

Th. Sawin: Ueber eine Anomalie der Arteria mammaria dextra. (Nr. 151).

Das genannte Gefäss entsprang der rechten Arteria axillaris 2 Cent. unterhalb der Abzweigung des Ramus acromialis.

A. Grawe: Die Aetiologie und der Verlauf der Kotfisteln im Gefolge der Appendicitis. (Nr. 151).

In der Djakonowschen Klinik wurden in der Zeitperiode 1900—1908 178 Fälle operiert, davon 155 Fälle im Intervall und 16 im acuten Stadium; 7 kamen nicht zur Operation. Fisteln wurden in 23 Fällen beobachtet.

F. Butkewitsch: Zur Behandlung der perforativen Peritonitis bei Typhus abdominalis. (Nr. 151).

Der Verfasser verfügt über einen durch Operation geheilten Fall.

D. Gorochow: Ein Fall von congenitalem Hirnbruch. (Nr. 152).

Der Verf., welcher schon früher einmal (Medizinskoje Obosrenje 1902, Nr. 24 und Chirurgija 1901) 7 Fälle von congenitalen Cerebralhernien publiciert hat, berichtet über einen weiteren 8. Fall dieser Erkrankung. Die Operation verlief erfolgreich. Histologisch konnte die exstirpierte Geschwulst als Cephalom angesprochen werden.

M. Chworostanski: Meningocele sacralis. (Nr. 152).

Bericht über eine im Ljgowschen Kreiskrankenhaus mit Erfolg operierte Meningocele sacralis an einem 2-jährigen Kinde.

W. Gedroitz: Ein Fall von erfolgreicher Osteoplastik bei congenitaler Spina bifida. (Nr. 152).

Mitteilung eines mit Erfolg operierten Falles. Die Deckung des Defectes erfolgte nach der osteoplastischen Methode Bobrows. Nach 5 Wochen konnte der 6-jährige Junge geheilt entlassen werden.

M. Chworostanski: Ein Fall von Teratom, welches auf der Basis einer Spina bifida entstanden war. (Nr. 152).

Im Gebiet des Kreuzbeines wurde bei einem 2 monatlichen Kinde ein schnell wachsendes Teratom durch operativen Eingriff entfernt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Krymow: Ueber artificielle und traumatische Inguinalhernien. (Nr. 152).

Die interessante Studie behandelt die artificiellen Hernien, welche nur in Russland vorkommen und von Leuten hervorgerufen werden, die sich der Militärpflicht entziehen wollen. Die Frage hat eine grosse wissenschaftliche Bedeutung insofern, als mit der Erklärung der mechanischen Entstehungsursachen der artificiellen Hernien gleichzeitig die Aetiologie der traumatischen Hernie in ein klares Licht gerückt wird. Die Diagnose der artificiellen Hernie ist nicht schwer, Schmerzhaftigkeit und localer Bluterguss führen auf die Spur. Anatomisch ist in der Folge eine Verbackung des äusseren Inguinalringes mit dem Rectus nachzuweisen. Ausserdem ist stets ein anormales Klaffen der Bauchwand constatierbar. Der experimentelle Teil der Arbeit umfasst 13 Versuche an Leichen, an welchen 1—2 Stunden post exitum die Bauchwand, mit dem in den Leistencanal eingeführten Finger, zerrissen wurde. In einer anderen Versuchsreihe wurde die Hernie durch starken Schlag mit einen stumpfen Instrument hervorgerufen. Anschliessend daran wurde sofort zur Autopsie geschritten. Der Autor schliesst aus seinen Versuchen Folgendes: Der äussere Inguinalring ist mit dem Finger, sobald es denselben einzuführen gelingt, äusserst leicht zu sprengen. Die Rupturlinie ist der Faserung des Obliquus externus parallel. Die beigegebenen Abbildungen sind vorzüglich. Die Einzelheiten der interessanten Arbeit, die zum 8. Russischen Chirurgen-Congress vorgetragen worden ist, müssen im Orginal nachgelesen werden.

P. Koltschin: 6 Fälle artificieller Inguinalhernien. (Nr. 152).

Mitteilung der Krankengeschichten von 6 Fällen artificieller Leistenbrüche, die junge Rekruten betrafen. Alle 6 waren Juden des Gouv. Poltawa und konnten durch die Radicaloperation geheilt werden.

P. Baratynski: Ueber Darmverschluss infolge von Darmeinklemmung durch einen Mesenterialstrang des Meckelschen Divertikels. (Nr. 152).

Mitteilung eines Falles, in welchem vom Mesenterium des Divertikels zum Dünndarmmesenterium ein isolierter Strang zog; in letzterem waren Rudimente der omphalomesenteriellen Gefässe nachweisbar.

W. Proskurin: Zur Frage der Häufigkeit der Nierensteine. (Nr. 152).

Die Urolithiasis ist in Russland recht häufig. In den Moskauer städtischen Krankenhäusern konnten in 8 Jahren 314 Fälle beobachtet werden. Ferner konnten unter 13956 Autopsien in den städtischen Krankenhäusern Moskaus 110 Nierensteine nachgewiesen werden (1:126). Am häufigsten ist die Nephrolithiasis bei Moskau und an der Wolga.

M. Schour: Entfernbare Nähte bei der Sectio alta. (Nr. 152).

Verf. hat nach Bornhaupts Vorschlag bei 8 Fällen von hohem Blasenschnitt die fortlaufende Seidennaht der Blasenwand vorgenommen. Alle 8 Fälle heilten ohne Complicationen.

S. Derjushinski: 3 Fälle von Blasenectopie, welche durch die Maydlsche Operation geheilt wurden. (Nr. 152).

Casuistischer Beitrag mit günstigem Ausgang. Der Verfasser ist ein Anhänger der Technik nach Maydl und verwirft die Modificationen von Ssubotin und Spassokukozki.

E. Hesse.

Russki Wratsch.

J. Malis: Chirurgische Begutachtung der Folgen traumatischer Verletzungen. (Nr. 9).

Die Folgen traumatischer Verletzungen können in 3 verschiedenen Gruppen untergebracht werden: a) Verkrüppelung, b) neue krankhafte Formen und c) Verschlimmerung oder Steigerung schon bestehender Zustände.

Vom chirurgischen Standpuncte aus zerfallen die Folgen in unabwendbare oder zufällige, und zwar sind die letzteren abhängig von neueren Ursachen, welche im Organismus des Verletzten liegen, und von äusseren, die ausserhalb desselben liegen. Die äusseren Ursachen sind abhängig von 3 Gründen: a) von rationeller erster Hilfe, b) vom richtigen operativen Eingriff und Behandlung und 3) von den Folgen der Behandlung. — Vom juridischen Standpunct aus sind die Folgen der traumatischen Verletzungen indirecte oder directe. — Zwischen dem Folgezustand und dem Trauma selbst gibt es keine Proportion: eine leichte Verletzung kann sehr schwere Folgen haben, eine schwere dagegen unbedeutende.

Die in den Lehrbüchern aufgenommenen Tabellen über die Bestimmung des Grades der Abschwächung oder Verlustes der Arbeitsfähigkeit sind äusserst unrationell und wissenschaftlich unbegründet. — Den Chirurgen liegt die Verpflichtung ob eine Tabelle auszuarbeiten, die allen Anforderungen gerecht wird.

N. Solowjew: Ein Fall von chronischer Undurchgängigkeit des Darmes. (Nr. 9).

Die glücklich verlaufene Operation bestätigte die Voraussetzung eines Darmgummas.

O. Oschmann und G. Sarzewitsch: Ein Fall von Hernia intercostalis ventralis. (Nr. 10).

In den vorliegenden Falle, einen 30-jährigen Mann betreffend, bestand ein Bauchbruch mit Bruchsack, Vorfall und Verwachsung der Eingeweide (Netz, Colon transversum) an den Sack. Dieser Bruch hatte sich allmählich entwickelt und war traumatischen Ursprunges (Schlag mit dem Pferdehuf).

W. Schak: Ueber die Behandlung acuter eitriger Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier nach den neuesten klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen. (Nr. 12).

J. Sokolow: Ein Besteck zur Behandlung von Höhlen mit Radium. (Nr. 13).

Der vom Verf. beschriebene Apparat trägt die Bezeichnung «une apparail sphérique à sels collés» und wird von der Firma Armet de Hille — Paris, Rue d'Artois 13 angefertigt.

G. Ter-Nerssessow: Zur Casuistik der penetrierenden Bauchwunden. (Nr. 13).

Ein Fall von Darmverletzung mit Zerreissung der Därme.

A. Popow: Paraproctitis actinomycotica. (Nr. 14).

Mühlen.

Ophthalmologie.

Russki Wratsch.

G. Kasarinow: Ueber den Einfluss von nephrotoxischem Serum auf das Auge (Nr. 29, 1908).

A. Wainstein und K. Karnizki: Ein Fall von Leprom der Hornhaut (Nr. 1, 1909).

Der Fall gelangte zur Beobachtung im Petersburger Augenhospital. Er ist sehr selten, da im Verlauf von 25 Jahren nur 4 solcher Fälle beschrieben sind. Die 47-jährige Bäuerin litt an einer Lepra nodosa. Das rechte Auge war normal, beim linken bestand vollständiger Lagophtalmus, beim Versuch, das Auge zu schliessen bewegten sich die Lider absolut nicht, beide waren verkürzt, das untere eingerollt (Ectropion), Brauen und Wimpern fehlten, die Bindehaut des unteren Lides verdickt und entzündet. Auf dem Augapfel befand sich eine Geschwulst von gelblich-rötlicher Farbe, grösser als eine Nuss, von weicher Consistenz und leicht blutend. Sie nahm das untere $^2/_3$ der Hornhaut ein und die darunter liegende Partie der Sclera auf 3—4 Mm. Die obere Hälfte der Hornhaut war durchsichtig und hatte Spiegelglanz; der der Geschwulst anliegende Teil war wie ein grauer Streifen, etwa 1 Mm. breit. Die Geschwulst trat zwischen den Lidern hervor, die Sensibilität der Hornhaut und Conjunctiven war erhalten. Reflexe fehlten. Visus: Fingerzählen auf 1 M. Da die Patientin auf eine Entfernung des ganzen Auges nicht einging, wurde nur die Geschwulst exstirpiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches lepröses Granulom (Leprom) der Hornhaut.

L. Selenkowski: Ueber einige Veränderungen in der Netzhaut bei infectiösen Processen in dem vorderen Augenabschnitt (Nr. 5).

Mühlen.

Wratscheb. Gas.

S. Otschapowski, Thiosinamin bei Opticusatrophie. (Nr. 6).

S. Otschapowski fand Thiosinamin in 18 Fällen von Opticusatrophie vollkommen unwirksam.

S. Segal: Eine seltene Form von subcutanem Glaucom mit intracalärem Staphylom. (Nr. 8).

Ein 16 jähriger Junge trat ins Hospital ein mit Klagen über starke Schmerzen eines Auges, die über einen Monat andauerten; es fand sich pericorneale Hyperaemie, Schmerzen bei Druck, erhöhter Tonus, erweiterte Pupille, Verengerung der vorderen Kammer. Die ganze vordere Partie des linken Auges ist staphylomatös erweitert, die Hornhaut dagegen verringert und narbig verändert, besonders im centralen Teil, der conusartig nach vorne vorsteht. Die Regenbogenhaut

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit der Hornhautnarbe verwachsen. Auch der Vater und ein Bruder zeigen krankhafte Augenveränderungen.

A. Gurfinkel: Begutachtung eines Falles von angeblich künstlich hervorgerufenem Staar. (Nr. 9).

W. Schiele.

Mediz. Obosr.

K. Ssnegirew: Ueber den Zustand der Augen von Taubstummen im schulpflichtigen Alter. (Nr. 4).

Nach den Untersuchungen des Verf. besteht in der Mehrzahl der Fälle ein Zusammenhang zwischen dem Krankheitsprocess, welcher dem Verlust des Gehörs zu Grunde gelegen und der Augenerkrankung. In der weitaus grössten Zahl der Fälle war Meningitis in der Anamnese der Taubstummen angegeben und die meisten vorkommenden Augenleiden sind solche, die einerseits selten bei anderen Kindern beobachtet werden, andererseits durch meningitische Processe begründet sein können. Es sind dieses Erkrankungen des Sehnerven und der Gefässhäute.

A. Maklakow: Die Veränderungen am Auge bei Leukaemie. (Nr. 5).

M. teilt einen Fall von Retinitis leukaemica mit, bei welchem die Blutergüsse auf der Retina nicht die charakteristischen weissen, rotumränderten Flecke darstellen. Hier war ausser der Infiltration des Gewebes und dem Bluterguss in die Retina noch eine Netzhautablösung von grosser Ausdehnung, verursacht durch ein bedeutendes Exsudat hinter der Retina. Bei der Section fand sich keine Gefässruptur im Auge, aber in fast allen Geweben gab es multiple Blutaustritte. Verf. meint auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen, deren Ergebnisse sich in einem Referat nicht gut wiedergeben lassen, dass in der Netzhaut, ebenso wie das in anderen Organen der Fall ist, die Blutung per diapedesin erfolgt und dass der Charakter der Blutung den gleichen Vorgängen in anderen Organen analog ist, dass also die Retinitis leukaemica keine Krankheit sui generis, sondern eine locale Folge einer allgemeinen Blutkrankheit ist.

K. Ssnegirew: Ein Beitrag zur Statistik der malignen Neubildungen der Stirnhöhle. (Nr. 5).

Bei einem Pat. war das rechte Auge nach unten verdrängt. Kein Exophtalmus und freie Beweglichkeit des Auges. Das obere Lid leicht geschwellt. Die obere mediane Wand der Augenhöhle vorgewölbt. Sehschärfe normal. Der rechte Stirnhöcker wölbt sich mehr vor als der linke und ist schmerzhaft. Die Operation förderte ein Endothelioma cylindromatosum zu Tage. Es stellte sich völliges Wohlbefinden ein. Nach zwei Jahren stellte sich Pat. mit einem Recidiv wieder vor, welches auch die linke Stirnhöhle ergriffen hatte. Bei der Operation erwies es sich, dass die hintere Stirnhöhlenwand durchwachsen, der Fall also hoffnungslos war. Pat. litt weiter an heftigen Schmerzen und verliess das Hospital.

G. Ssacharow: Ueber Anaphylaxie. (Nr. 5).

Zum Referat nicht geeignet.

E. v. Mickwitz.

Westnik Ophthalmologii. April—September 1909.

B. Ahlmann: Bacterienbefunde bei Erkrankungen der Bindehaut. (April). Aus dem Laboratorium der Augenheilanstalt zu Saratow.

Am häufigsten fand sich der Bacillus Koch-Weeks. An zweiter Stelle Diplobacillus Morax-Adenfeld. Gonococcen, Diplococcen, Mischformen, Pneumococcen, Bacillus Friedländer, Streptococcen, Bacillus Löffler wurden in einzelnen Fällen gefunden. Ohne oder mit ganz geringem Befunde an Bacterien waren 32,5 pCt. der untersuchten Fälle.

A. Wladitschenski und N. Troizki. Ueber die Augen der Schüler in den städtischen Elementarschulen zu Tomsk. (April).

Es wurden 2948 Kinder untersucht im Alter von 6 bis 15 Jahren. Weitsichtiger Bau der Augen 18,7 pCt. kurzsichtige 3.3 pCt., beides auffallend niedrige Zahlen. Unter den Weitsichtigen nur 15 mit einer Hypermetropie über 1 D., kurzsichtige über 1 D auch nur 26 Kinder. Die «folliculären» Erkrankungen der Bindehaut beanspruchen 52,5 pCt. Etwa die Hälfte dieser Fälle sind als Trachom anzuerkennen.

Th. Rschanitzin: Ein Fall doppelseitiger peripherer Ectasie der Hornhaut. (April).

Die 54-jährige Frau zeigte altes Narbentrachom. Die Ausbuchtung der Hornhaut ist klar und sitzt am oberen Hornhautrande, Pannusreste und Hornhautflecken vorhanden.

W. Dogilaiski: Ein Fall von Gliom der Netzhaut. (April).

Fünfjähriges Mädchen, aus der Orbita links ragt eine Geschwulst hervor 8 Ctm. weit, an der Basis ist die Geschwulst 21 Ctm. im Umfang. Das rechte Auge ist erblindet, der Sehnerv atrophisch. Die Mutter behauptet, die Erkrankung des linken Auges, d. h. Erblindung und Vorwachsen der Geschwulst sei erst im Laufe der letzten sieben Monate beobachtet worden. Auf Wunsch der Mutter wurde die linke Orbita ausgeräumt. Die Untersuchung der Geschwulst wurde später in Wien im Laboratorium Prof. Fuchs ausgeführt.

Protocolle des Odessaer augenärztlichen Vereines.

35. bis 40. Sitzung am 6. November und 4. December 1907. 3. Februar, 4. März, 9. April, 7. October 1908.

Ausser zahlreichen casuistischen Mitteilungen sind hervorzuheben: Professor Golowin über «Exenteratio orbito-sinualis». Ist eine Geschwulst aus der Orbita in eine Nebenhöhle hinübergewuchert, dann muss auch diese, die Highmor-Siebbein-Keilbeinhöhle ausgeräumt werden.

W. Filatow: Primäre Rotzerkrankung des Auges.

G. Rabinowitsch: Echinococcus in der Orbita.

Th. Wernke: Tuberculose des Thränensackes.

E. Gukofski: Ein Fall von Mikulicz-Erkrankung und Demonstration der Präparate von der Tränendrüse.

S. Golowin demonstriert einen Patienten, dem er aus der Stirn- und Siebbeinhöhle einen Tumor und einen Anderen, dem er aus der Stirnhöhle eine Cyste entfernt hat. Weiter einen Knaben, dem er nach seiner Methode — Orbitotomia ossea, confer. dieses Journal 1906 pag. 136 — einen Sehnerventumor entfernt hat.

W. Filatow zeigt eine Patientin mit beiderseitiger Verlagerung der Tränendrüsen nach unten und aussen unter die Haut der oberen Lider. Wurde mit Erfolg operiert.

A. Maklakow: Necrolog des am 20. April 1909 in Dorpat verstorbenen Professor Th. Ewetzki.

A. Schiele: Jodsäure bei der Trachombehandlung. (Mai). Confer. über das gleiche Thema Archiv für Augenheilkunde Bd. 54. p. 266.

Angewandt wird die Jodsäure in Form von Tropfen und zu Touschierungen in Form des Jodstiftes. Nachprüfungen, die bereits von verschiedener Seite ausgeführt wurden, haben die sichere und schnelle Wirkung, die Schiele der Jodsäure nachrühmt, nicht voll bestätigt.

J. Fedorow: Die Bedeutung der Ernährung in gewissen Fällen von Augenerkrankungen. (Mai).

F. hat an 32 jugendlichen Individuen Zufütterungen mit Sanatogen ausgeführt. Scrophulöse, anämische, rhachitische Kinder, die gleichzeitig an den Augen in irgend einer der bekannten Formen litten, bekamen täglich einige Löffel Sanatogen. Fedorow sah schnelle Heilung besonders bei Lidrandentzündungen und phlyctaenulären Leiden.

W. Sawitsch: Ein Fall von Phthisis bulbi essentialis. (Mai).

Sehr ausführliche Krankengeschichte eines jungen Soldaten.

A. Kankrow: Angeborene Verdoppelung des Lidknorpels. (Mai).

Nach Ectropionierung des oberen Lides findet sich eine dem Augapfel wie eine kleine Schürze aufliegende Schleimhautfalte mit Knorpeleinlagerung.

J. Kwatkowskaja: Scleralruptur und Vorfall der Linse unter die Bindehaut. (Mai).

Eine 36-jährige alte Frau war gegen einen Türriegel gestossen. Bei abwartender Behandlung wurde doch noch ein Sehvermögen = 0,2 erhalten.

Sitzungsberichte der Moskauer Ophthalmologischen Gesellschaft.

Vom 26. Februar, 8. April, 29. April 1908.

A. Natanson: Verbrennung beider Augen durch geschmolzenes Blei.

N. Wischnjakow und Rschanitzin beobachteten je einen Fall von beiderseitiger peripherer Hornhautectasie. W. Odinzew demonstriert die Präparate zweier Fälle von Epithelialkrebs der Bindehaut.

A. Natanson demonstriert ein Präparat von Bindehautsarcom.

M. Awerbach stellt einen Patienten vor mit dem Augenspiegelbefunde einer Neuro-retinitis albuminurica ohne Eiweiss im Harn.

Discussion über die diagnostische und prognostische Bedeutung der Ophthalmoreaction nach Calmette.

W. Strachow demonstriert einen Fall von Flügelfell nebst eingelagerten kleinen Cysten.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

A. Petrow demonstriert und beschreibt die Anfertigung seiner makroskopischen anatomischen Präparate in Formalin-Gelatine.

A. Smirnow: Erblindung nach Vergiftung durch Metyl-Alcohol.

A. Natanson: Tumor orbitae (Gumma?) mit pulsierendem Exophtalmus und Kropfbildung.

M. Awerbach: berichtet über zwei Fälle von gummösen Geschwülsten in der Orbita. Der eine durch specifische Cur geheilt, der andere wurde mit Erfolg operativ angegriffen, da die Schmiercur nicht vertragen wurde.

A. Natanson: Schwachsichtigkeit und Blindheit bei Deformation des Schädels. Demonstration von Patienten und Röntgenbildern.

M. Awerbach demonstriert mikroskopische Präparate zweier Fälle sogenannter Parinaud scher Entzündung der Bindehaut.

M. Awerbach bespricht die Regeln, nach denen die Sehtüchtigkeit der in der Moskauer Stadtverwaltung angestellten Arbeiter bestimmt werden soll, als Project zur Begutachtung durch die Gesellschaft vorgestellt. Alle Arbeiter werden in drei Gruppen geteilt: I. Wagonführer auf den Tramwaylinien, Pferdebahnkutscher und Vorreiter, Automobilfahrer. II. Arbeiter in geschlossenen Werkstätten aller Art. III. Schwarzarbeiter im Freien. Für die erste Gruppe wird verlangt eine Sehleistung von 0,8 und 0,5 bei normalem G. F. auf beiden Augen und normaler Empfindung für Rot und Grün. Brillentragen ist nicht zulässig. Für die zweite Gruppe sollen beide Augen wenigstens 0,5 und mit Gläsern nicht weniger als 0,7 haben. Das G. F. muss auf dem besseren Auge normal sein. Für alte Dienende in dieser Gruppe ist 0,3 oder mit Gläsern 0,5 eine genügende Sehschärfe. Die dritte Gruppe verlangt auf dem einen Auge nicht weniger als 0,1 oder mit dem Glase 0,3 bei gutem Gesichtsfelde.

E. Neese: Zur Differenzialdiagnose intraoculärer Sarcome im Kindesalter. (Juni, Juli).

Eine klinische Studie an der Hand der Literatur.

Geschwülste im Augapfel, die von der Aderhaut ausgehen, sind überhaupt selten im Kindesalter, etwa bis an das 12. Lebensjahr. Ein Sarcom von einem Gliom zu unterscheiden, ist klinisch oft sehr schwer. Die pigmentarmen sogenannten weissen Sarcome gehören hierher. Alles was irgend klinisch verwertbar ist für die Diagnose «Sarcom» hat der Verfasser nach der Casuistik zusammengetragen. Zum Schlusse muss der Verfasser aber zugeben, dass sogar zwischen Sarcom und verschiedenen eiterigen, tuberculösen, entzündlichen Erkrankungen im Augapfel die klinische Unterscheidung noch sehr unsicher ist. Je älter das Kind um so eher darf man an Sarcom denken; das Sarcom ist weniger weiss und glänzend als das Gliom; fehlen in der Anamnese Trauma, Lues und Tuberculose und sieht die Geschwulst nicht typisch wie ein Gliom aus, dann ist Sarkom wahrscheinlich vorhanden. Netzhautablösung spricht für Sarcom. Atrophie des Augapfels, in welchem ein Tumor gesehen oder vermutet wurde, Durchbruch im Ciliarteil spricht für Sarcom.

A. Agababow: Parinaud'sche Erkrankung der Bindehaut. (Juni, Juli).

Krankengeschichte eines 14-jährigen Gymnasiasten; dazu ein ausführliches Referat der Literatur über diese Krankheit.

W. Adamück: Netzhautablösung bei Retinitis albuminurica. (Juni, Juli).

Die 24-jährige Patientin war im 6. Monat schwanger. Die Diagnose: Nephritis hämorrhagica. Ablatio retinae, Retinitis albuminurica beiderseits. Vor 8 Jahren hat die Kranke bereits eine Nephritis mit Schwellungen durchgemacht. Hämaturie und Oedeme waren jetzt im 3. Schwangerschaftsmonate aufgetreten. In letzter Zeit Sehstörungen, und ganz besonders schneller Verfall der Sehkraft während der letzten vier Tage. Habitus nephriticus. In beiden Augen innen, blasenförmige bewegliche Netzhautablösung. In den anliegenden Teilen der Netzhaut zahlreiche weisse Flecken. Zwei Tage nach der Einleitung eines künstlichen Abortes Exitus letalis. Es folgt eine genaue Beschreibung makroskopischer und mikroskopischer Präparate. Als besonders wichtig ist hervorzuheben, dass unter der abgehobenen Netzhaut trübes, geronnenes Exsudat sich fand.

A. Kankrow: Eine neue Schieloperation. (Juni, Juli).

Ob die Operation wirklich neu ist? Die Sehnenleiste, an der der vorzulagernde Muskel abgeschnitten wurde, wird nicht abgeputzt, sondern an dieser Stelle mit Benutzung der Reste der Sehne wird der vorgezogene Muskelbauch des vorzulegenden Muskels auf- und angenäht. Das, von dieser Anähungsstelle gerechnet, zu lange Stück des vorgenähten Muskels soll nun nicht abgeschnitten, reseciert werden, sondern man spaltet das Stückchen in eine obere und untere Hälfte und steckt diese Enden unter die Bindehaut nach oben und nach unten möglichst bis an den Hornhautrand und fixiert sie dort mit je einer Naht. An die Sehnenleiste den vorgezogenen Muskel anzunähen empfahl schon Schweiger. Eine gablige Teilung des vorgezogenen Endes des vorzulagernden Muskels kommt bei der Vorlagerung nach Landaal oft vor. Eine Teilung der Sehne empfahl auch C. Segal (1903. dieser Zeitschrift Juli—Octoberheft). Jetzt empfiehlt er die Vernähung ohne Halbierung des sehnigen Muskelendes.

Moskauer Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 28. October 1908.

C. Lojetschnikow und A. Ljutkewitsch widmen dem verstorbenen Professor A. Krjukow einen Nachruf.

P. Jachontow: Ein Fall von tuberculösem Pseudogliom. Krankengeschichte und mikroskopischer Befund. Zweijähriges Mädchen.

A. Natanson: Intrabulbäre Tuberculose. Demonstration von Präparaten.

A. Strupow: Ueber eine Granulationsgeschwulst an der oberen Uebergangsfalte. Fibroma molle? Mikroskopischer Befund.

Sitzung am 25. November 1908.

A. Rschanitzin berichtet über den mikroskopischen Befund eines Chalazions. Riesenzellen und feinste Kalkpartickelchen konnten Tuberculose vortäuschen.

A. Natanson: Ein Fall von beiderseitiger Stauungspapille nach dem ophthalmoskopischen Bilde, es besteht aber volle Sehschärfe und normales G. F.

N. Wischnjakow: Ein Orbitaltumor. Dimensionen 3 Ctm. 2,1. Durchschnitt, längs dem oberen Orbitalrande, leicht herausbefördert. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein gut abgekapseltes Sarcom.

A. Natanson berichtet über einen Fall toxischer Erblindung durch den Genuss von Holzspiritus.

A. Natanson: Augenerkrankungen bei Recurrens. Während der Epidemie im Jahre 1908 hat N. über 30 Fälle beobachtet. Iritis, Iridocyclitis mit Glaskörpertrübungen und einige Fälle, die nur Glaskörpertrübungen ohne Reizerscheinungen aufwiesen.

W. Popow: Ein Fall von Cornu cutaneum des oberen Lides. Photographie. Mikroskopische Präparate.

Sitzung am 16. December 1908.

A. Natanson demonstriert ein Oberkiefer-Orbitalsarcom.

M. Jakub zeigt ein Mädchen mit einer auffallend grossen Phlyctaene (Pustel) am Hornhautrande.

N. Molodenkow zeigt einen Patienten mit Geschwulst im Augapfel und Glaskörpertrübungen. Die klinische Diagnose wird nicht gestellt.

A. Natanson demonstriert Präparate eines flachen Sarcoms der Aderhaut und eine Missgeburt mit Cyclopie.

Sitzung am 19. Januar 1909. Es ist die Jahressitzung und zugleich der 20-jährige Jahrestag seit Gründung des Vereins.

A. Maklakow sprach über die wissenschaftliche Tätigkeit des verstorbenen Gründers Prof. A. Krjukow. P. Galli feierte den Verstorbenen als Lehrer.

B. Oretschkin: Zur Blepharoplastik. Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen. (August).

Ausführliches Referat der Literatur und zum Schlusse zwei Fälle. Die Hautlappen wurden der inneren Schulterfläche entnommen.

J. Ginzburg: Embolie des Sinus cavernosus durae matris veranlasst durch Erkrankung am Auge. (August).

Eine klinische und literarische Studie nebst einem eigenen zweiten Falle. Sectionsbefund. Eine eitrige Thrombophlebitis der Orbitalvenen hatte die Embolie im Sinus veranlasst.

G. Surow: Ein Fall von Myxoedem compliciert durch Sehnervenatrophie. (August).

Krankengeschichte und mikroskopischer Befund.

P. Michailow: Ein Fall von Polycorie und Membrana pupillaris perseverans. (August).

A. Wladitschenski: Ueber die Conservierung von Tieraugen als Material für Operationsübungen am Phantom. (August).

Das frisch enucleierte Auge wird gereinigt und abgespült und an einem Faden hineingehängt in eine Lösung von: Formalin 1,0, Glycerini 1,0, Solutio natri chlorati 0,9 pCt. auf 100,0. In dieser Mischung bleibt das Auge drei Tage, darnach legt man die Augen auf 3 Tage in 30° Spiritus, darnach legt man die Augen in 15° Spiritus und darin sind sie dann

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lange Zeit haltbar. Um die Operationen an der Regenbogenhaut besser üben zu können ist eine enge Pupille wünschenswert. Das lässt sich erreichen wenn man die frisch enucleierten Augen auf kurze Zeit in 1/2 pCt. Eserinlösung legt und darnach erst das angegebene Verfahren folgen lässt.

W. Tschirikowski: Thrombose der Vena centralis retinae mit nachfolgendem Glaucom sowie zur Pathogenese des Retinitis proliferans. (September).

Sehr ausführliche Krankengeschichte und mikroskopische Befunde aus dem Auge.

S. Lewitzki: Er berichtet über einen Fall von Associationslähmung des Auges (September), dessen Besonderheit darin bestand, dass der Patient wohl imstande war einem langsam fortbewegten Gegenstande, den er fixierte, mit den Augen zu folgen, dagegen konnte er Augenbewegungen nicht ausführen, wenn er seinen Kopf drehte, der fixierte Gegenstand dagegen ruhig stand.

J. Warschawski: Glaucom infolge quellenden Altersstares (September).

Krankengeschichte und Operationsverlauf.

M. Jakub: Referat über die Verhandlungen der Heidelberger Ophthalmologischen Gesellschaft (August 1908).

G—n.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch.

D. Kusnezki: Ueber geschlossene tuberculose Pyonephrose. (Nr. 9).

Die geschlossene Pyonephrose tuberculösen Ursprungs trifft man in 2 klinischen Formen an: mit tuberculöser Affection der Harnblase und ohne dieselben. Die Diagnose ist vor der Operation häufig sehr schwer zu stellen, zuweilen sogar ganz unmöglich, in Folge dessen sind Fehler nicht ausgeschlossen. In einzelnen Fällen kann man auf Grund eines Röntgenbildes zur richtigen Erkenntnis kommen, und von grösster Bedeutung sind ebenfalls die anamnestischen Angaben.

I. Gabrilowitsch: Ueber eine einfache Methode der Bestimmung der Zahl der Bacillen im Sputum Tuberculöser. (Nr. 9).

Wer sich viel mit der Untersuchung des Sputums Tuberculöser abgegeben hat, weiss, dass die Ziffern, welche in den Nr. Nr. nach Gaffky angegeben sind, sich häufig ändern, und zwar nicht nur im Verlauf von 1—2 Monaten, sondern sogar in einigen Tagen. Unter solchen Bedingungen von so kleinen Ziffern wie 1—4 Bacillen im ganzen Präparate zu sprechen und danach den Zustand des Kranken zu bestimmen hat keinen Wert, da dadurch die Krankheit absolut nicht charakterisiert wird. In jedem Gesichtsfelde 1 Stäbchen oder 2—3 Stäbchen u. s. w. geben auch keinen richtigen Anhaltspunct für eine richtige Classification. In Folge dessen ist eine Vereinfachung nach folgender Tabelle zu empfehlen:

Nr. Nr.	Vereinfachte Tabelle.
1.	Im ganzen Präparate von 1—10 Stäbchen.
2.	In jedem Gesichtsfelde von 1—10 Stäbchen.
3.	In jedem Gesichtsfelde mehr als 10 Stäbchen.
4.	In jedem Gesichtsfelde eine Menge Stäbchen.

Diese Tabelle bleibt den Aerzten immer im Gedächtnis und wird sehr genau sein, weil bei der Untersuchung des Sputums und der Bestimmung der Zahl der Bacillen immer dieselben Resultate von verschiedenen Untersuchungen erzielt werden.

M. Tuschinski: Die ersten 5 Monate der Choleraepidemie 1908—9 nach den Ergebnissen des Obuchow-Männerhospital. Nr. 10.

I. Liebermann: Ueber die Schutzimpfungen gegen die Cholera in Zarizyn während der Epidemie. 1908. (Aus der Expedition des Prof. Dr. Sobolotny). Nr. 10.

Die Impfungen verringern % der Erkrankungen um etwa 5 Mal. 2-malige Impfungen sind für die Immunität ungenügend. Das Bestehen einer Epidemie ist keine Contraindication.

A. Davidow: Schleimiger Urin. Nr. 10.

Th. Pasternazki: Beobachtungen über Anwendung von Chlorcalcium als Herzmittel. Nr. 10.

Die Beobachtungen, obgleich von keiner grossen Zahl von Herzkranken ausgeführt, rechtfertigten nicht die Hoffnungen in therapeutischer Beziehung, welche einzelne englische Autoren auf das Chlorcalcium setzen.

A. Egunow: Ueber intravenöse Eingiessungen des Anticholeraserums von Prof. Kraus als Heilmittel. Nr. 11.

Die intravenösen Eingiessungen von Serum in einer Menge bis 140 Cbc. mit 500—700 Cbc. Kochsalzlösung (9,0 auf 1000) rufen keine schlimmen Nebenwirkungen hervor. In Fällen, wo die erste Eingiessung keinen Erfolg hatte, blieb die 2-te von 80—120 Cbc. auch ohne jede Wirkung. Wenn aber nach der ersten Eingiessung die Kranken das algide Stadium überwanden und nach 1—2 tägiger Anurie die Urinabsonderung sich einstellte, so verhinderte eine 2-te Eingiessung (80—120 Cbc.) doch nicht das Auftreten einer parenchymatösen Nephritis. Die Fälle, bei welchen nach einmaliger Injection eine schnelle, deutliche Besserung eintrat und der nephritische Urin wieder normal wurde, sind noch nicht beweisend, dass das Serum diese Wirkung bedingt hatte, ebensowenig spricht zum Nutzen des Serums die geringere Sterblichkeit, die übliche Therapie wurde fast immer beibehalten. Der Leichenbefund war auch nach Behandlung mit Serum der gewöhnliche.

W. Schischmann: 2 Fälle von Rückfallstyphus und asiatischer Cholera. Nr. 11.

L. Grigorjew: Ueber Complicationen der Cholera nach dem Material des Obuchow-Männerhospital in den 3 ersten Monaten der Epidemie 1908. Nr. 11.

Pneumonien sind die häufigsten Complicationen, die aber eine sehr schlechte Prognose gaben; fibrinöse sind gefährlicher als katarrhalische, beide können ohne Temperaturerhöhung verlaufen. Blutige Ausleerungen sind sehr ernste Erscheinungen.

J. Schabad: Der Kalk und Phosphorumsatz bei Rachitis. Nr. 11.

Probelection.

A. Damski: Zur Casuistik der Fälle der Incontinentia urinae bei Kindern. Nr. 11.

M. Michailow: Noch einige Worte über KI. 1) als Reaction bei Krebsgeschwülsten und 2) als Heilmittel bei denselben bei gleichzeitiger subcutaner Anwendung von Natr. arsenicicum. Nr. 12 und 13.

Schon früher hat M. dieses Thema mehrfach erörtert. Auf Grund seiner jetzigen Beobachtungen kommt er zum Schluss, dass KI. beim Krebs nicht nur nicht schädlich ist, sondern im Gegenteil eine Besserung des Allgemeinzustandes hervorruft und ein Wachstum der Geschwulst verhindert, die teilweise zerstört und durch Narbengewebe ersetzt wird. In Combination mit Arsenik ist der Erfolg noch eclatanter. In den 4 angeführten Krankengeschichten schreibt M. die Heilung ausschliesslich KI. zu, in den 2 anderen KI. und Arsenik.

N. Ossowski: Beobachtungen über Röntgenoskopie des Herzens. Nr. 12.

S. Unterberger: Die Rolle der Erblichkeit bei der Schwindsucht. Nr. 12 u. 13.

Vortrag, gehalten auf dem Antituberculosecongress in Washington 1908.

S. Schabad: Die Behandlung der Rachitis mit Leberthran. Phosphor und Kalk. Der Einfluss derselben auf den Kalk- und Phosphorumsatz bei Rachitis. Nr. 14.

Phosphor in Leberthran erhöht in therapeutischer Dosis bei Rachitikern die Resorption von Kalk und Phospor aus der Nahrung. Hierbei nehmen beide Stoffe Anteil, da Leberthran allein schwächer wirkt als in einer Mischung mit Phosphor. Gleichzeitige Anwendung von Phosphor und Leberthran und Kalkpräparaten in Gestalt von Salzen führt auch zu günstiger Resorption von Kalk, wobei auch die Aufnahme von Phosphor aus der Nahrung erhöht wird.

W. Orlowski: Zur Untersuchung der Regio ileo-coecalis. Nr. 15.

M. Schaikewitz und S. Kakbugin: Cholera und nervös-geistige Erkrankungen. Nr. 15.

P. Iwanow: Der Heilschlamm und seine Mikroorganismen. Die Rolle und Bedeutung der Mikroorganismen beim Bildungsprocess des Heilschlammes überhaupt und speciell beim staro-russischen. Nr. 15.

Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 11. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Charkowski medizinski shurnal (Charkow'sches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Shurnal akusch. i shensk. bol.

S. Cholmogorow. Stirnlagen. (Nr. 7 und 8).

Unter 130678 Geburten wurden 101 Stirnlagen beobachtet und zwar bei 22 Erstgebärenden und 79 Mehrgebärenden. In 46 Fällen handelte es sich um enges Becken mässigen Grades. 52 Kinder wurden lebend, 49 todt geboren = 46,5 %. Was die Morbidität der Mutter betrifft, so erkrankten 26,7 %, 3 starben (2 an Sepsis, 1 an acuter Anämie infolge von Uterusruptur). Die Operationsfrequenz war eine hohe 78,7 %: Zange in 29,7 %, Wendung in 12,8 %, vergeblicher Versuch der Zange mit nachfolgender Craniotomie in 22,7 %, das abgestorbene Kind wurde in 46 % perforiert. Die Sterblichkeit der Kinder war hoch: 46,5 %. Ch. rät den Versuch zu machen die Stirnlage in Hinterhauptslage umzuwandeln durch die bekannten Handgriffe, im Uebrigen die Geburt den Naturkräften zu überlassen, im Notfall eine Zange anzulegen, aber mit dieser nicht zu forcieren, sondern im Falle der Gefahr der Mutter selbst das lebende Kind zu perforieren.

K. Ulesco-Stroganowa. Die gutartigen Wucherungen des Epithels im weiblichen Genitalapparat. (Nr. 7 u. 8).

Verf. hat die Tubenschleimhaut bei verschiedenen entzündlichen Zuständen und während der Schwangerschaft, sowie die Uterusschleimhaut bei Endometritis, Myomatosis, Adenoma benignum und während der Schwangerschaft untersucht. Es finden sich vielfach Hyperplasieen des Epithels, besonders dort, wo das Bindegewebe noch schwach auf die entzündlichen Erscheinungen reagiert. Das Epithel büsst sein für das betreffende Gebiet charakteristisches Aussehen ein, die Pallissadenform schwindet, die Kerne liegen nicht an der Basis, sondern in verschiedener Höhe der Zellkörper, die Kerne werden reicher an Chromatin und weisen Teilungsfiguren auf. Dazu kommen noch andere Besonderheiten, die mit der Zellvermehrung in Zusammenhang stehen: aus dem einreihigen Epithel wird ein mehrreihiges. Zwischen den Epithelzellen finden sich Leukocythen. Sobald das Bindegewebe durch Wucherung anfängt zu reagieren, geht das epitheliale Gewebe zu Grunde.

N. Nejelow. Appendicitis und rechtsseitige Salpingo-Oophoritis. (Nr. 7 u. 8).

N. führt zwei Krankengeschichten an und resumiert das in dieser Frage Bekannte.

W. Gussew. Behandlung der Placenta praevia. (Nr. 7 u. 8).

Im Moskauer Gebärhaus wurde auf 130678 Geburten die Placenta praevia 480 Mal beobachtet = 0,35 %, bei Erstgebärenden in 36, Mehrgebärenden 444 Fällen, am häufigsten waren Drittgebärende befallen. 368 Frauen hatten eine Frühgeburt, 112 kamen zum Termin nieder. Unter 490 Fällen von Placenta praevia lag 168 Mal eine Placenta centralis, in 312 Fällen eine Placenta marginalis vor. Die Behandlung bestand in der Wendung nach Braxton Hicks (257 Mal), Wendung (75 Mal), Herunterholen des Fusses (42 Mal), Tamponade (37 Mal), künstlicher Blasensprung (32 Mal), Accouchement forcé (15 Mal), Metreuryse (9 Mal), Zange (8 Mal), Perforation und Cranioclasie (3 Mal), Decapitation (1 Mal), Embryotomie (1 Mal). Von 480 Fällen starben 54 = 11,25 %, darunter 14 an acuter Anämie, 10 an Uterusruptur, 13 Pyämie und Sepsis, 6 an Peritonitis, 2 an Endometritis septica, 2 an Parametr. etc. Die meisten Todesfälle schlossen sich an die Operation nach Braxton Hicks an. Der Procentsatz an Todesfällen war bei Erstgebärenden höher als bei Mehrgebärenden. Die Kindersterblichkeit betrug 302 = 62 %, bei der Placenta centralis 112, bei der marginalis 190. Nach Ausschluss der macerierten Kinder fällt der Procentsatz auf 58 %. Bei Anwendung der Tamponade starben 33 %, bei der Wendung 46 %, Braxton Hicks 52 %, Metreuryse 56 % etc.

P. Untilow. Ein Teratom der Kreuzbeingegend beim Kind als Geburtshindernis. (Nr. 7 u. 8).

Wegen Schräglage Wendung des Kindes, als der Körper desselben dem Zuge nicht folgte, ging U. mit der Hand ein, constatierte einen härtlichen durch einen dicken Stiel mit der Kreuzgegend verbundenen Tumor, der Stiel wurde in utero durchschnitten und das abgestorbene Kind extrahiert. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man drüsige Gewebe, Knorpel, embryonales Gewebe, keine Knochen.

S. Fedorow. Eine neue Schnittrichtung bei Appendicitis mit gleichzeitiger Affection der Adnexa bei der Frau. (Nr. 9).

F. rät für besonders complicierte Fälle, wo man eine Affection der rechtsseitigen Adnexa combiniert mit Appendicitis annimmt, den Schnitt anders anzulegen: dieser beginnt wie der von Mc. Burney angegebene 2—3 Ctm. über der Mc. Burneyschen Linie, geht schief nach innen zum äusseren Rande des Musculus rectus bis zu einem Punct, der sich annähernd in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse befindet, ⅔ der Rectusfasern werden quer durchtrennt bis zu seiner hinteren Scheide, wobei man die Art epigastrica nicht verletzen soll. Vom inneren Ende dieses Querschnittes geht man mit dem umgekehrten Ende des Scalpells stumpf zwischen den Muskelfibrillen des Rectus nach unten bis zur Symphyse vor, die Art. epigastrica wird durch Haken nach aussen gedrängt. Dann erfolgt die Durchtrennung der Aponeurose und des Peritoneums. Der Schnitt hat die Form eines Bajonetts. Der Schnitt erleichtert den Zutritt zu den Adnexen, man kann sogar bequem am Uterus operieren und die linksseitigen Adnexa entfernen. Naht des Peritoneums, der Muskeln und Aponeurose mit Catgut, der Haut mit Seide.

I. Tikanadse: Gleichzeitige Affection von Appendix und rechtsseitiger Adnexa. (Nr. 9).

Verf. führt einige Krankengeschichten an, welche die gleichzeitige Affection von Appendix und Adnexen illustrieren. In zwei Fällen wurde der Bajonettschnitt nach I. Fedorow angewandt.

N. Nejelow: Herzfehler und Schwangerschaft. (Nr. 9).

Nr. führt einen Fall an, bei dem die Schwangerschaft mit einer Mitralstenose compliciert war. Ein künstlicher Abort wurde anfangs abgelehnt und erst, als der Zustand sich bedeutend verschlimmert hatte im sechsten Monat ausgeführt, doch zu spät, Pat. starb wenige Tage darauf mit Anzeichen von Herzschwäche.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Th. Peterson: Epithelmetaplasie, Histogenese und Frühdiagnose des Uteruscarcinoms. (Nr. 9).

P. beschreibt einen Fall, wo bei der mikroskopischen Untersuchung von ausgeschabten Stückchen aus der Uterushöhle sich statt des Cylinderepithels grosse Plattenepithelzellen fanden. Diese Metaplasie hatte sich auf dem Boden entzündlicher Veränderungen der Schleimhaut bei der im Climacterium stehenden Frau entwickelt. Die mikroskopische Diagnose ist beim beginnenden Krebs sehr schwierig. Es folgt die Beschreibung eines solchen Falles.

M. Kalmjikow und W. Keiserow: Zwei Fälle von Uterusruptur während der Geburt. (Nr. 9).

Im ersten Fall Ruptur ohne stürmische Erscheinungen, Laparotomie; der Riss befand sich vorn, verläuft quer, keine Blutung, Vernähung des Risses. Schluss der Bauchhöhle, Genesung. Beim zweiten Fall handelte es sich um einen grossen $^2/_3$ des unteren Uterinsegmentes einnehmenden Riss, Hämatom des Lig. latum, supravaginale Amputation des Uterus, Genesung.

P. Wedenjapinski: Ausgetragene Drillinge. (Nr. 9).

Neun Geburten waren vorhergegangen, davon eine eine Zwillingsgeburt, Bauchumfang 144, Herztöne an zwei Stellen hörbar. Nach der Geburt des ersten Knaben (3420 Gramm, 49 Ctm. lang) vergingen 24 Stunden ohne Wehen, schliesslich wurde das zweite Kind (Mädchen 3590 Gramm, 51 Ctm. lang) mit der Zange lebend extrahiert, das dritte Mädchen (3200 Gramm, 47 Ctm. lang) wurde spontan geboren. Placenta I. und II. waren verwachsen, Placenta III. vollkommen geschieden, alle drei Placenten wogen 2100 Gramm, die Länge der Nabelschnüre betrug 64.63 und 77, das Gesamtgewicht der Kinder 10210 Gramm. Wochenbett normal.

E. Bjelorutschew: Spontane Uterusruptur während der Geburt. (Nr. 9).

Multipara, normales Becken, erste Schädellage, frühzeitiger Blasensprung, Muttermund auf 1 Finger, schwächer werdender Puls, Blutung, rascher Verfall, Kaiserschnitt an der Todten, Kind todt. Bei der Section fand man einen linksseitigen Corpusriss, Haematoma subperitoneale, Anaemia gravis acuta. Der Uterusriss war bei normalem Geburtsverlauf sechs Stunden nach dem Einsetzen der ersten Wehen entstanden.

Lingen.

Russki Wratsch.

E. Wschadshik: Zur Casuistik der Extrauteringravidität. 2 Fälle von Extrauteringravidität mit Entleerung der Frucht durch den Dickdarm. (Nr. 10).

Die beiden angeführten Fälle, — einer in ganz frühem Stadium, der zweite mit ausgetragener Frucht, nahmen denselben Ausgang, nämlich Entleerung der Frucht durch den Dickdarm. Im ersten Falle ging der Process ohne operativen Eingriff vor sich, im 2-ten wurde eine hintere Colpotomie ausgeführt, da bei der Kranken die Knochen infolge ihrer Grösse nicht in den Darm extrahiert werden konnten.

L. Okintschiz: Die Rolle des Eierstockes im Organismus. (Nr. 11).

S. Cholmogorow: Geburten nach Pubiotomie. (Nr. 13).

Beschreibung einer Geburt nach Pubiotomie, welche von Ch. am 13. IX. 1906 ausgeführt worden war. In diesem Falle erweiterte sich das Becken nach der Pubiotomie nicht, da die Knochen fest verwachsen waren, ob Callusbildung oder festes Bindegewebe vorlag, konnte ohne Röntgenbilder nicht entschieden werden. Die Geburt verlief normal und sehr schnell. Das Kind war gut entwickelt, wog 4050 gr. (um 350 gr. weniger als das erste bei der Pubiotomie). Allein durch das geringere Gewicht bei unnachgiebigen Knochen (Conjugata vera 10 Cent.) die leichte Geburt zu erklären ist nicht möglich, die Ursachen liegen wohl im geringeren Kopfumfang und günstigerer Kopfstellung.

A. Opokin: Zur Casuistik und operativen Behandlung des Missed laboar. (Nr. 15).

Genaue Beschreibung eines Falles, in welchem die 7-monatliche Frucht nach Abgang von Fruchtwasser noch 3 Monate im Uterus verblieb. Trotz aller Bemühungen gelang es nicht per vaginam die Knochen zu entfernen, so dass zur Laparotomie geschritten werden musste. Das Skelett konnte vollständig herausbefördert werden, von Weichteilen war keine Spur zu bemerken, Heilung.

D. Kusnezki: Ueber operativen Eingriff bei Blasengeschwülsten Schwangerer. (Nr. 16).

Die 23-jährige Frau litt seit 2 Jahren an starken Schmerzen in der Harnblase, trübem Urin, und Harnverhaltung, die einmal 2 Tage, ein anderes Mal 1 Tag anhielt. Nach Angabe der Patientin war in einem Krankenhause der Process den Nieren zugeschrieben worden. Die erste Schwangerschaft endigte ohne nachweisbare Ursache im III. Monat. Während der 2-ten Schwangerschaft kam unter wehenartigen Schmerzen durch die Harnröhre eine etwa wallnussgrosse Geschwulst zum Vorschein. Pat. wurde in die Klinik übergeführt und von K. einer Operation unterzogen, wobei es sich erwies, dass die Geschwulst am Trigonum Lieutaudi gestielt aufsass; die Länge des Stiels betrug 0,5–0,75 Cent. Nebenbei fanden sich noch 2 kleine ungestielte Geschwülste. Alle 3 wurden entfernt. Patientin kam an demselben Abend mit einem $7^1/_2$ monatl. Kinde nieder, das leben blieb. Weiterer Verlauf normal. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein gutartiges Papillom.

F. Bukoemski: Schwangerschaft und Tuberculose und ihre gegenseitigen Beziehungen. (Nr. 21 und 22).

Genaue Beschreibung von 14 Fällen, in welchen die Lungentuberculose mit Schwangerschaft compliciert war. B. teilt dieselben in Gruppen ein, zur ersten gehören 5 Kranke, deren Schwangerschaft normal zur festgesetzten Zeit endigte und zur zweiten Gruppe 9, welchen ein artificieller Abort ausgeführt wurde. 3 Kranke der ersten Gruppe lebten in äusserst ärmlichen Verhältnissen und mussten sich ihren Lebensunterhalt durch Arbeit verdienen. 2 von ihnen starben und die dritte ist hoffnungslos. 2 Kranke, welche materiell sichergestellt sich einer klimatischen Behandlung unterziehen konnten, fühlten sich noch nach Jahren wohl. Von 9 Kranken, denen ein künstlicher Abort ausgeführt wurde, genasen 7 und blieben arbeitsfähig. Daher kann man voraussetzen, dass, wenn auch den 3 Kranken aus der ersten Gruppe ein Abort gemacht worden wäre, sie leben geblieben wären. B. schliesst sich der Meinung jener Autoren an, welche die Tuberculose bei schwierigen materiellen Verhältnissen und schwerer Arbeit bereits im Frühstadium als absolut ungünstig ansehen und zum künstlichen Abort raten. Bringt man eine schwindsüchtige Gravida in günstige climatische Verhältnisse, so kann man annehmen, dass die Schwangerschaft gut endigt. Die Nachkommenschaft schwindsüchtiger Mütter zeichnet sich durch geringe Lebensfähigkeit aus, und ziehen wir dabei in Betracht, dass wir durch künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft das Leben der Mütter, wenn auch nur auf kurze Zeit, verlängern, so ist dieselbe zweifellos angezeigt.

M. Nemenow: Zur Behandlung von Frauenkrankheiten mit Röntgen-Strahlen. (Nr. 24).

Beschreibung der Technik.

D. Popow: Vergleichend anatomische Untersuchungen an Gebärmüttern von Affen (nicht antropoide) vom Menschen und von Tieren. (Nr. 24 und 25).

Die sceletopischen Eigenheiten der Gebärmütter nicht menschenähnlicher Affen erinnern eher an solche von Tieren als vom Menschen. Das topographische Verhalten des Uterus vom Affen zur Blase, mit welcher dieselben nicht in so enger Beziehung steht, ähnelt dem der Affen. Die Lage der Bauchfellfalten zur vorderen und hinteren Cervix und Fornix und die Lage des oberen Gebärmutterabschnittes im grossen Becken sind anatomische Eigenheiten der Affen, ähnlich denen der Früchte in der letzten Schwangerschaftszeit und der neugeborenen Kinder. Die proportionalen Beziehungen des Uteruskörpers und Cervix mit Vorherrschen der Länge und Umfang der letzteren wird wie bei Affen auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren beobachtet. Die Dicke der Uterusschleimhaut und ihr Verhältnis zur Muskelschicht ist ebenso wie bei tierischen Früchten und Kindern und unterscheidet sich vollständig von der bei Frauen; ebenso verhält sich auch die Schleimhaut in Betreff der geringen Menge von Drüsen. Das Vorhandensein einiger charakteristischer Schleimhautkeime in der Cervix, welche eine morphologisch-anatomische Eigenheit einzelner Tierspecies sind, werden bei Embryonen und Kindern beobachtet, fehlen aber bei Frauen. Das niedrige cylinder- oder Kubische Epithel, welches die Schleimhaut des Uterus bedeckt, unterscheidet sich nicht im cervicalen und uterinen Teil, was beim Menschen wohl der Fall ist; nur bei einzelnen Affenarten haben die Zellen der Cervicalschleimhaut stäbchenförmige Kerne, die im uterinen Teil nicht anzutreffen sind. Die Uterusmuskulatur der Affen bildet in gewissem Sinne ein Uebergangstadium vom Tieruterus zum menschlichen, beide Muskelschichten sind deutlich zu unterscheiden, während die mittlere Gefässschicht schwach entwickelt ist. Die äussere und innere Schicht sind fast gleich dick, sowohl im Corpus wie im Cervix.

Fr. Mühlen.

Pathologie und Therapie.

Russki Wratsch.

N. Krawkow: Ueber Choleratoxine. (Nr. 16).

Beobachtungen und Versuche zeigten, dass es K. gelungen ist aus den Choleraculturen einen Stoff von ganz bestimmter Zusammensetzung, ein Nucleoproteid herzustellen, durch welches bei Tieren buchstäblich dieselben Erscheinungen hervorgerufen werden, welche man durch Einführung frischer Choleraculturen erlangt. Ausserdem sind diese Symptome sehr ähnlich denen, welche bei Menschen mit asiatischer Cholera beobachtet werden. Diese Wirkung dieses Nucleo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

proteid ist specifisch in der Beziehung, da bei Nucleoproteiden anderer Mikroben, die auf dieselbe Weise hergestellt werden, solche Vergiftungssymptome nicht eintreten. Allerdings kann auf Grund der Versuche nicht sicher festgestellt werden, dass das Nucleoproteid die einzige toxische Substanz der Choleravibrionen ist. Es ist möglich, dass noch eine Reihe anderer vorhanden ist, die die Wirkung verstärkt oder den Charakter ändert. Nicht auszuschliessen ist auch, dass das Nucleoproteid ein Spaltungsproduct complicierterer Verbindungen ist, die in den Vibrionen enthalten sind.

D. Gussarow: Zur Frage über den Wuchs und die Virulenz der Choleravibrionen auf einzelnen Nährböden. (Nr. 16). Vorläufige Mitteilung.

B. Mursaew: Vibris aquatilis alcaligenes. (Nr. 16).

W. Stühlern: Ueber die Heilwirkung des Anticholeraserums von J. Schurupow. (Nr. 17 und 18).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt St. zum Schluss, dass im algiden Stadium der Cholera wiederholte intravenöse Injectionen von Serum combiniert mit reichlicher Menge warmer physiologischer Kochsalzlösung angewandt werden müssen. Die Dosierung des Serums und der Kochsalzlösung und die Häufigkeit der Injectionen hängt von der Besonderheit des betreffenden Falles und vom Charakter und der Schwere der Erkrankung ab. Die intravenöse Injection des Serums und der Kochsalzlösung ist mit subcutaner zu combinieren. Im ersten Fall wirken wir auf das algide Stadium, im zweiten, auf das Typhoid. Die Behandlung mit dem Anticholeraserum von J. Schurupow setzt pCt. der Sterblichkeit bei der Cholera herab und hat einen günstigen Einfluss auf die Nephritis und das Typhoid.

Die Serumtherapie combiniert mit reichlichen Kochsalzeingiessungen ist die sicherste Behandlungsmethode der asiatischen Cholera.

W. Leontjew und L. Stelker: Zur Frage über das Vorkommen von Choleravibrionen bei von der Cholera Genesenen. (Nr. 17).

Im Ganzen wurden untersucht 258 von der Cholera Genesene, von denen die leichte Form 76, die mittlere 89, und die schwere 93 durchgemacht hatten. Vibrionen wurden gefunden und Agglutination erhalten im acuten Stadium der Krankheit bei 171; die übrigen 87 wiesen das charakteristische klinische Bild der Cholera auf. Ein Mal untersucht wurden 49 Kranke, 2 mal 155, 3 mal 44, 4 mal 7, 5 mal 2, und mehr als 5 mal 1. Im Ganzen wurden 527 bakteriologische Untersuchungen vorgenommen. Bei 250 Untersuchten mit negativen Resultaten wurden nur bei 8 Choleravibrionen gefunden, und nach Ablauf von 7 Tagen von diesen 8 nur bei 3 (als Beginn der Genesung wurde das vollständige Aufhören der Magen-Darmstörungen angenommen). Ein positives Resultat wurde auf diese Weise bei 3,2 pCt. aller Untersuchten erhalten, nach 7-tägigem Zwischenraum aber nur bei 1,2 pCt.

M. Moskalew: Zur Frage über die Vereiterung der Nieren. Nr. 17.

Die Injection von Bakterienculturen in das Blut, in das Unterhautzellgewebe und die Unterbindung der Därme ohne Beeinträchtigung der regelmässigen Ernährung der Niere oder ohne Verletzung führen nicht zur localen Vereiterung. Acute Hyperaemie der Nieren, hervorgerufen durch Unterbindung des Ureters oder Nierenvene rufen bei Eindringen von Mikroben auf dem oben erwähnten Wege eine Vereiterung der betreffenden Niere hervor. Ein Trauma der Niere, sogar ein unbedeutendes, wie Schläge mit dem Hammer auf das Plessimeter, die für das unbewaffnete Auge nicht wahrnehmbare Einrisse hervorrufen (durch hydraulischen Druck) und Infection führen zu localer Vereiterung.

J. Schurupow: Zur Frage über das Choleraendotoxin und Antiendotoxin (Anticholeraheilserum). (Nr. 18 und 19).

Das von Sch. durch Behandlung der Choleravibrionen mit Kalilauge gewonnene Präparat A. ist das natürliche Gift der Choleramikroben, — Endotoxin, welches eng mit dem Körper der Vibrionen verbunden ist. Dieses Serum hat am Krankenbett sehr günstige Resultate gegeben (Verringerung der Sterblichkeit von 42,5 pCt. auf 29,9 pCt.) und kann infolge dessen sehr empfohlen werden.

Auch in grossen Dosen ruft es keine unangenehmen Nebenwirkungen hervor, ausser Exanthemen, welche auch bei Anwendung anderer Sera beobachtet werden.

A. Berdnikow: Vergleichend klinische Ergebnisse über die Wirkung des Anticholeraserums J. Schurupows. (Nr. 18).

Die Erfahrungen sprechen für die günstige Wirkung des Serums von Schurupow. Leider ist die notwendige Menge eine sehr grosse, 500 Cbc., und der Preis ein sehr hoher (100 Cbc. = 6 Rubel) so dass eine ausgedehntere Verwendung wohl nur den grösseren Hospitälern überlassen bleiben wird.

W. Boshowski: Bantische Krankheit. (Nr. 18 und 19).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt B. zum Schluss, dass wenn auch nicht in allen, so doch in den meisten als Bantische Krankheit beschriebenen Fällen Malaria die ätiologische Ursache gewesen ist. Banti, welcher selbst in einer Fiebergegend lebte und die Möglichkeit hatte, die verschiedensten Formen zu beobachten, konnte diesen Fehler begehen. Dass er aber selbst sich in seiner Lehre geirrt hat, dafür spricht der Umstand, dass er bereits 10 Jahre keinen neuen Fall beschrieben und auch nicht die versprochenen Ergänzungen zum Krankheitsbilde gegeben hat.

B. Scholkow: Ein Fall von Durchbruch eines runden Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle mit günstigem Ausgang nach der Operation. (Nr. 18).

Der Zwischenraum zwischen Durchbruch und Operation betrug 21 Stunden. Verf. betont die unbedingte Notwendigkeit sofort operativ einzugreifen, sobald die Diagnose auf Perforation gestellt ist.

S. Klibawski: Ueber die Choleraepidemie bei Kindern im Jahre 1908. (Nr. 19 u. 20).

A. Sapatsch-Sapotschinski: Ein Fall von Neuritis des linken Plantarnerven nach Cholera. (Nr. 19).

Da Patient eine schwere Cholera durchgemacht hatte und eine andere Infection nicht festgestellt werden konnte, so musste im vorliegenden Falle als ätiologisches Moment Cholera angesehen werden.

W. Oppel: Zu den experimentellen Ergebnissen der arteriellen Anästhäsie. (Nr. 19).

B. Slowzow: Die practische Bedeutung der Reaction von Deleard und Benoit auf Blut. (Nr. 19).

Das Reactiv Deleards ist unersätzlich für den Nachweis von Blut im Urin in Bezug auf seine Einfachheit und Empfindlichkeit und kann infolge dessen allmählich alle anderen Reactive verdrängen. Für Untersuchung von Magensaft ist es untauglich und für den Nachweis von Blut im Kot nur anzuwenden bei vollständig fleischfreier Nahrung.

Fr. Mühlen.

B. Cholzow: Pathologische Anatomie und Pathogenese der Tuberculose der männlichen Genitalorgane. (Nr. 19—23).

M. Wassiljewa: Zur Frage über die Infusionen von physiologischer (7‰) Kochsalzlösung bei der Behandlung von Cholerakranken. (Nr. 20).

Die Infusionen von Kochsalzlösung sind in schweren Fällen von Cholera nicht ohne Bedeutung, da durch dieselben die gestörte Blutcirculation infolge von Eindickung des Blutes und Wirkung des Choleragiftes am besten bekämpft wird. Die Infusionen müssen möglichst frühzeitig, zu Beginn des algiden Stadiums vorgenommen werden, wobei jeder Fall besonders zu behandeln ist, entsprechend dem Allgemeinzustande, dem Grade der Circulationsstörung, der verlorenen Flüssigkeitsmenge u. s. w.

E. Giese: 2 Fälle von Tetanie bei Cholera. (Nr. 20).

Im ersten Falle entwickelten sich die tetanischen Krämpfe am 16. Krankheitstage, eine Woche nach dem Sistieren des Durchfalls und Erbrechens, im 2. am 15. Tage der Erkrankung und 9. nach Aufhören des Durchfalls. Das Auftreten der Krämpfe in einer Periode, in welcher keine Symptome von Cholera bestanden und die Kranken sogar an Gewicht zuzunehmen begannen, beweisen deutlich die Einwirkung des Choleratoxins auf das Nervensystem.

P. Maslakowez und J. Liebermann: Zur Technik der Wassermannschen Reaction. (Nr. 20).

A. Netschaew: Einige allgemeine Beobachtungen über die Choleraepidemie 1908—9 aus dem männlichen Obuchowhospital in St. Petersburg. (Nr. 21).

S. Poggenpohl: Ueber die Bindung des Ambozeptors mit dem Antigen. (Nr. 22).

W. Sikow: Zur Frage über die Krebskachexie. (Nr. 21).

Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und Versuchen an Tieren kommt S. zum Schluss, dass in den wachsenden lebenden Krebszellen sich ein Protoplasmagift entwickelt, welches vor allen Dingen auf den Herzmuskel wirkt, dann auf das Blut und schliesslich auf die Epithelien der Organe, welche dieses Gift ausscheiden. Die Wirkung dieses Giftes kann in keiner Weise verglichen werden mit Wirkung des in den krebsähnlichen Geschwülsten der Tiere sich entwickelnden, da sich bei ihnen die entsprechenden Antitoxine bilden, aber bei Menschen, besonders bei den geschwächten muss man annehmen, dass die Antitoxine so schwach sind, dass sie in keiner Weise die Entwicklung der Geschwülste aufhalten.

Diese Voraussetzung findet eine Bestätigung in dem Umstande, dass die krebsähnlichen Geschwülste bei Mäusen enorme Dimensionen annehmen können, ohne Kachexie hervorzurufen.

A. Stackelberg: Ein Fall von rheumatischer Spondylosis. (Nr. 21).

J. Iwersen: Ueber die Behandlung des Rückfallfiebers mit Arsazetin. (Ehrlich). (Nr. 22).

Die klinischen Beobachtungen, die Verf. an 104 Fällen von Reccurens angestellt, bei welchen das Arsazetin angewandt

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wurde, zeigen, dass dasselbe eine grosse Wirkung auf den Verlauf der Krankheit ausübt und imstande ist durch Vernichtung der Spirochäten vollständig die Temperaturcurve zu verändern. Der günstige Einfluss zeigt sich nicht nur im Verschwinden der subjectiven Erscheinungen (Kopf- und Gliederschmerzen), sondern auch der objectiven (Fehlen von Milzschwellung und Icterus, Verschwinden der Spirochäten im Blut während des 2. Anfalles); infolge dessen bessert sich das Allgemeingefühl der Kranken wesentlich. Mehr als die Hälfte aller Fälle verläuft ohne Rückfall, in etwa 20 pCt. tritt nach langdauernder Apyresie (13—31 Tage) ein rudimentärer Rückfall ein, welcher 12—30 Stunden anhält, worauf noch ein dritter leichter Anfall folgen kann, welcher von den Kranken, ebenso wie der erste, stehenden Fusses überstanden wird. Während dieser Anfälle findet man selten einzelne Spirochäten im Blut. In 25 pCt. treten kurze Rückfälle auf, welche im Mittel 48 Stunden andauern. In 14 pCt. waren 3 Anfälle, einzelne Kranke blieben für die Behandlung unemfänglich. Die Wirkung des Arsazetins auf die Spirochäten im Blut ist eine ganz augenscheinliche; setzt man dasselbe aus, so tritt ein zweiter Anfall sogar nach einer Apyresie von 31 Tagen auf. Die beste Dosierung dieses Mittels sind Injectionen zuerst von 0,2, darauf nach 2—4 Tagen 0,5, zuweilen ansteigend bis 0,7, im Verlauf von 20—25 Tagen. Stärkere Dosen von 0,7—1,0 wirken gut, aber werden nicht von allen Kranken vertragen, wobei bei Idiosyncrasie sich Complicationen einstellen können: Schwindel, Leibschmerzen, allgemeine Schwäche, Nierenentzündung und sogar Sehnervenatrophie. In 75 pCt. der Fälle verläuft die Krankheit bei dieser Behandlung so gut, dass man sie sogar ambulatorisch vornehmen kann, indem man den Kranken alle 2—4 Tage Arsazetin injeciert.

Bei Kranken mit Arteriosclerose, Nephritis und Lungenschwindsucht sind höhere Dosen wie 0,5 contraindiciert.

A. Melkich: Zur Lehre von den Alexinen. (Nr. 22).

W. Obraszow: Ueber Beckenappendicitiden bei Frauen. (Nr. 23).

Der Diagnose zugänglich sind nur die Formen appendiculärer Exsudate des kleinen Beckens, welche im hinteren Douglas liegen. Die Lage ist keine seltene und hat die Eigenheit eines langsamen Verlaufes.

Die Fiebercurve ist eine wellige und verschwindet nicht selten von selbst: im grossen Becken sind die Untersuchungsergebnisse bei reinen Formen von Beckenappendicitis nicht selten negative. Infolge der geringgradigen Zugänglichkeit für die Palpation ist die Lage des periappendiculären Exsudates im oberen Beckenabschnitt schwer zu diagnosticieren und auf eine Existenz desselben können wir häufig nur schliessen durch bei der Berührung hervorgerufene Schmerzen in der unteren Partie des Leibes, durch Erscheinungen von Seiten der Blase, des Rectums, ferner sind in Betracht zu ziehen Temperatur, Puls, Leukocytose und das Fehlen eines Exudates im grossen Becken und im Douglasschen Raume. Die Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und chronischen oder acuten Adnexerkrankungen ist häufig eine sehr schwierige, da auf nicht directe Symptome hin zur Operation geschritten wird.

A. Shimow: Die Bedeutung der Reaction der Complementbildung für die Diagnose des Rotz. (Nr. 23).

G. Markelow: Ein atypischer Fall von Achondroplasie. (Nr. 24).

W. Tonkow: Zur Frage über die Entwicklung der Schulterarterie. (Nr. 25).

J. Iwanow: Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Röntgenstrahlen. (Nr. 25).

Obgleich die Anzahl der mit Röntgenstrahlen behandelten Basedowiker nur 8 betrug, so hat Verf. mit diesen so günstige Resultate erzielt, dass er diese Behandlungsmethode als beste zu empfehlen glaubt. Eine vollständige Heilung trat natürlicherweise nicht ein, doch war die Besserung so eclatant, wie sie weder durch Wasser, Elektricität noch innere Mitteln erreicht werden konnte. Besonders von Wichtigkeit wird diese Behandlung bei gleichzeitig an Tuberculose Leidenden sein, bei welchen die Hebung des Körpergewichtes von grösster Bedeutung ist.

W. Lamonow: Zur Frage über die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Serum. (Nr. 25.

Von den 2 mit Serum behandelten Kranken wies die Eine eine Verkleinerung des Kropfumfanges auf, bei der anderen wurde der Zustand nicht beeinflusst.

Fr. Mühlen.

Medizinsk. Obosrenje.

M. Kirejew: Ueber die Anwendung der Augen- und Hautreaction bei der Diagnose der Tuberculose. (Nr. 3).

K. hat an 225 Kranken Impfungen gemacht; es kam dabei das Tuberculinum — Test von Höchst in 0,1 % Lösung zur Anwendung. Die schwache Lösung wählte K., weil bei dieser nur bei activen Processen eine Reaction eintritt, während bei der Anwendung stärkerer Lösungen auch verkapselte Herde noch reagieren. Nach K. ist die Tuberculinreaction durchaus für Tuberculose specifisch. Die Hautreaction ist die empfindlichere, diese tritt sowohl bei sehr frühen Stadien, als auch bei schon vorgerückteren Processen ein, bei denen die Ophthalmoreaction nicht erfolgt. Auf diese Weise ergänzen sich beide Reactionen und ermöglichen auch diagnostische Schlüsse. Falls keine Reaction erfolgt, kann die Impfung wiederholt werden, da ein positiver Ausfall der zweiten Reaction dennoch auf eine active tuberculöse Affection hinweist, die jedoch schon mehr vorgeschritten sein dürfte. Ein Ausbleiben der Reaction bedeutet, dass entweder kein tuberculöser Process vorliegt oder, dass derselbe schon so vorgeschritten ist, dass er auch mit den gewöhnlichen klinischen Hilfsmitteln nachgewiesen werden kann. Beide Reactionen sind für die Frühdiagnose der Tuberculose im höchsten Grade wertvoll und dabei unschädlich.

S. Kamssarakan: Ueber erysipelatöse Palyarthritis und deren Beziehung zur rheumatischen Palyarthritis. (Nr. 5).

K. hat zwei Fälle beobachtet, die nach Erysipel das typische Bild eines acuten Gelenkrheumatismus aufwiesen. In einem Fall wurden Streptococcen in der Gelenkflüssigkeit nachgewiesen. Im zweiten Fall bestand Erysipel des Gesichts und des Halses, mit Vereiterung der Lymphdrüsen des Halses. Etwa eine Woche nach dem Abheilen des Erysipels stellten sich Schwellungen und Schmerzen in den Gelenken ein, die durch Natrium salicylicum beseitigt werden konnten. Es stellte sich dann noch ein Geräusch an der Herzspitze ein, welches bis zur Entlassung des Patienten aus dem Hospital fortbestand.

P. Preobrashenski: Ein Fall von pathologischem Schlaf. (Nr. 3).

In die Nervenabteilung des Alt-Katherinenkrankenhauses zu Moskau wurde eine Patientin eingeliefert, die fest schlief und trotz energischer Erweckungsversuche, nicht erwachte. Während Patientin schlief war der Puls 80, gleichmässig und von guter Spannung. Die Pupillen beiderseits erweitert und auf Licht gut reagierend, keinerlei Muskelspannung bestand. Die Extremitätenmuskeln waren schlaff, jedoch wurde bei passiven Bewegungen auch Spannung und Rigidität der Muskeln beobachtet. Ab und zu waren Zuckungen an Händen und Füssen bemerkbar. Die Muskelerregbarkeit war nicht gesteigert. Lautes Anrufen, sowie Hautreize bewirkten kein Augenaufschlagen. Die Blase wurde per Katheter entleert und ein Lavement beseitigte den abends sich einstellenden Meteorismus. Alle Manipulationen riefen höchstens ein tieferes Aufatmen und bisweilen ein leichtes Stöhnen hervor. Etwas eingeflösste Milch wurde geschluckt. Erst am 4-ten Tage fing die Kranke an sich zu regen. Am 5-ten Tage wendete sie sich im Bette hin und her und reagierte auf lautes Anrufen. Am 6-ten Tage erwachte sie völlig. Dann war sie noch einige Tage müde und schwach, konnte nicht gleich gehen, erholte sich aber in wenigen Tagen und nahm am 20-ten Tage nach Beginn des Schlafes ihre gewöhnte Tätigkeit auf. Verf. bezeichnet diesen Zustand als reinen pathologischen Schlaf.

A. Morosow: Die Diphterie der Neugeborenen und der Säuglinge. (Nr. 3).

Die peinlichste Desinfection der Wäsche, Betten und Räume in den Kinderasylen hat in vielen Fällen nicht vor einem Umsichgreifen der Diphtherie geschützt. Es hat sich denn auch in der Folge herausgestellt, dass der Löfflersche Bacillus so häufig bei gesunden Kindern anzutreffen ist, dass in diesem Umstande ein Hauptgrund des Auftretens von Diphtherie zu suchen ist. Verf. empfiehlt infolge dessen bei dem Kampf gegen die Diphtherie in Kinderasylen Folgendes zu beobachten: Ein Kind soll nicht früher in die allgemeinen Anstaltsräume aufgenommen werden, als bis eine genaue bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Diphtheriebacillen ausgeschlossen hat. Das Stillen und die Pflege soll bei möglichst sorgfältiger Beobachtung von Desinfection und Isolierung der einzelnen Pfleglinge und ihrer Mütter vor sich gehen. Die Gesellschaft der russischen Aerzte in Moskau hat im Hinblick darauf, dass es schwierig ist alle diese Massregeln in einer so grossen Anstalt, wie es das Moskauer Findelhaus ist, durchzuführen, die Decentralisation der Tätigkeit der Findelhäuser in ihr Programm aufgenommen.

E. v. Mickwitz.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 12. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1909.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).

Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).

Chirurgija (Chirurgie).

Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).

Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).

Obosrenie psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).

Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).

Russkij Wratsch (Russischer Arzt).

Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).

Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).

Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).

Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).

Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).

Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).

Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).

Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).

Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).

Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Chirurgie.

Russki Chirurg. Archiv. 1909. H. 1.

A. Arapow: Die hämolytische Reaction Bordet-Wassermann in der chirurgischen Klinik.

Verfasser erprobt in 9 Fällen von verschiedenen chirurgischen Erkrankungen die sero-diagnostische Reaction von Wassermann. In 4 Fällen fiel die Reaction positiv aus, wobei auch klinisch das Vorhandensein von Syphilis bestätigt wurde; in 3 Fällen war die Reaction negativ, wobei die Operation auch auf den nicht syphilitischen Charakter der Erkrankung hinwies; in zwei Fällen war das Resultat unklar. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die positive hämolytische Reaction nach Wasserman ist für Lues typisch und kann in unklaren Fällen eine sichere Stütze für die klinische Diagnostik von chirurgischen Erkrankungen bieten. 2) Die Serodiagnostik nach Wassermann bei malignen Erkrankungen gibt ein negatives Resultat; als Antigen wird in diesen Fällen ein wässeriges oder Spiritusextract aus den malignen Geschwülsten gebraucht. 3) Die hämolytische Reaction nach Bordet-Gengou ist zu diagnostischen Zwecken sehr zu empfehlen bei verschiedenen chirurgischen Infectionskrankheiten.

A. Opokin: Die Aktinomycose der Lunge und der Pleura nach den Beobachtungen russischer Autoren.

Verfasser hat aus der russischen Literatur im ganzen 57 Fälle gesammelt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Lungenaktinomycose kommt in Russland häufiger vor wie in anderen Ländern. 2) Primäre Lungenaktinomycose kommt nicht so selten vor, wird aber häufig für Tuberculose gehalten. 3) Im Interesse einer frühen Diagnosenstellung müssen alle Fälle von putrider Bronchitis auf Aktinomycose untersucht werden. 4) Für die frühe Diagnose einer Lungenaktinomycose ist die bakteriologische und die Röntgenuntersuchung von grosser Wichtigkeit. 5) Die aktinomycotische Erkrankung des Thorax ist eine Folge der Lungenaktinomycose, wenn sie nicht secundär, von der Brustdrüse oder von den Halspartien ausgehend, auftritt. 6) Das starke Ergriffensein des Thorax zeugt nicht von einer diffusen Erkrankung der Lungen, und jeder Fall muss hier streng individualisiert werden. 7) Die Aktinomycose ist ein weniger dankbares Object für die Lungenchirurgie als die anderen Lungenabscesse. 8) Die operative Behandlung kann mit mehr Chancen auf Erfolg nur in den Anfangsstadien ausgeführt werden, wo noch keine Metastasen existieren. 9) Die radicale Behandlung besteht im ausgiebigen Entfernen aller Herde und Fisteln bis ins gesunde Gewebe hinein.

M. Wassiljew: Die operative Behandlung der Paraplegien bei tuberculöser Spondylitis.

Die Paraplegien, die bei einer Spondylitis entstehen, können durch dreierlei Ursachen hervorgerufen werden: 1) durch knöcherne Compression, 2) durch eine Peripachymeningitis, 3) durch Senkungsabscesse. Verfasser hält die Senkungsabscesse, die nach Lannelongue in 99 % aller Spondylitiden auftreten, für die häufigste Ursache der Paraplegien. Die Senkungsabscesse, die eine Spondylitis der Brustwirbel complicieren, führen häufiger zu Paraplegien, da sie unter einem höheren Drucke stehen. Da der tuberculöse Process gewöhnlich von den vorderen Partien des Wirbelkörpers seinen Anfang nimmt und erst in späteren Stadien der Wirbelcanal in Mitleidenschaft gezogen wird, ist es verständlich, dass die Laminectomie bis jetzt so wenig befriedigende Resultate gegeben hat. Die von Menard vorgeschlagene Costotransversectomie, bei welcher der Wirbelcanal nicht eröffnet wird und nur die vorderen Partien des Wirbels entfernt werden, muss als eine viel rationellere Operation angesehen werden. Verfasser hat in 4 Fällen diese Operation ausgeführt; alle 4 Kranke sind genesen; eine Kranke starb nachher an Lungentuberculose. Der einzige Nachteil der Costotransversectomie besteht darin, dass darnach oft Fisteln zurückbleiben, die eine langwierige Nachbehandlung erfordern. Verfasser rät in Fällen von Paraplegien bei Spondylitis der Dorsalwirbel nicht zu lange mit der Operation zu warten, wenn nur die anderen Organe von der Tuberculose verschont sind.

K. Serapin: Zur operativen Behandlung von Revolververletzungen des Darmes.

Auf Grund von 4 Fällen, die von ihm operativ behandelt wurden, kommt Verfasser zum Schluss, dass die Schussverletzungen des Darmes, die durch ein Mantelgeschoss eines Browning hervorgerufen werden, viel weniger gutartig sind, als die Verletzungen, die durch das Gewehrmantelgeschoss, gemacht werden. Bei den Revolverschusswunden sind die Oeffnungen im Darm viel grösser und klaffen mehr, so dass der Austritt der Faecalmassen in die Peritonealhöhle sehr erleichtert wird. Referent möchte hier hervorheben, dass die Distanz bei den Mantelgeschossverwundungen eine grosse Rolle spielt, und bei den Revolververletzungen ist sie immer eine sehr geringe.

S. Singajewski: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Bindegewebskapsel, die den Leberechinococcus umgibt.

S. beschreibt die Structur so einer Kapsel, die nach der Operation eines vereiterten uniloculären Leberechinococcus ausgestossen wurde. Die Kapsel war stellenweise von einer Dicke von 0,3 centim., und von einer knorpeligen Härte. Die Chitinmembran war zu Grunde gegangen; die Kapsel war arm an zelligen Elementen und bestand zum grössten Teil aus hyalin degeneriertem Bindegewebe. Der sehr starke postoperative Gallenfluss aus den Wandungen der Wundhöhle wurde durch Reizung mit Chromsäurecrystallen gestillt.

B. Finkelstein: Zur Milzchirurgie. IV. Ueber den Milzechinococcus.

Verfasser bespricht mit sehr genauer Literaturangabe die Symptomatologie, pathologische Anatomie und die Therapie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Milzechinococcus. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Der Milzechinococcus wird in 4,2%—6% aller Echinococcen der Bauchhöhle angetroffen. Bei multiplen Echinococcen der Bauchhöhle ist die Milz in 30—50 % beteiligt. Meistens tritt der Milzechinococcus einkammerig auf; multiple Echinococcen kommen in 4—15% aller Milzechinococcen vor. 2) Wenn alle klinischen Symptome berücksichtigt werden, ist es meistens nicht schwer die richtige Diagnose zu stellen. 3) Das einzeitige Eröffnen der Cyste gibt sehr gute Resultate (0 % Sterblichkeit). 4) Die Splenectomie ist nur in Ausnahmefällen indiciert (weitgehende Zertrümmerung des Gewebes, Multiplicität der Cysten, Blutungen, Dislocation und grosse Beweglichkeit der Milz). Die Splenectomie gibt eine Sterblichkeit von 17 %.

K. Fedorowitsch: Zur Frage über Pseudotuberculose des Bauchfelles.

Verfasser beschreibt einen Fall, wo wegen Erscheinungen von Pylorusstenose, die nach einen Magenulcus entstanden war, die Gastroenterostomie ausgeführt wurde. Auf der Magenserosa wurden eine ganze Reihe von Knötchen gefunden; eins wurde herausgeschnitten und zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es sich um einen Fremdkörper, einen Himmbeersamen handelte, um den sich epitheloide und Riesenzellen gelagert hatten. Die Fremdkörper waren nach einer vorausgegangenen Magenperforation in die Peritonealhöhle gelangt und wurden hier incapsuliert. Der gutartige Verlauf der Magenperforation ist auf die saure Reaction des Mageninhaltes und auf die vegetarische Kost zurückzuführen, die arm ist an virulenten Mikroorganismen.

A. Wischnewski: Das einfache perforierende Geschwür der Harnblase.

In den letzten Jahren, wo durch die cystoskopische Untersuchung die Erkrankungen der Blasenschleimhaut genauer studiert worden sind, stellte es sich heraus, dass das Ulcus simplex der Harnblase keine all zu seltene Erkrankung darstellt. Die Entstehung von solchen Geschwüren ist meistens auf trophische Störungen der Schleimhaut zurückzuführen. Verfasser beschreibt drei Präparate mit perforierten Geschwüren der Harnblase, die aus dem Irrenhospital in Kasan stammen.

Die Therapie solcher Ulcerationen, die noch nicht sehr vorgeschritten sind, besteht in Blasenausspülungen mit Argentum nitricum, in endovesicalen Aetzungen. In schweren Fällen ist die Sectio alta mit Entfernung der veränderten Schleimhaut, oder sogar partielle Resection der Harnblase mit nachfolgender Naht indiciert.

N. Kopilow: Die Veränderungen des Fusses nach einer Talusexstirpation.

Verfasser hatte Gelegenheit einen Kranken zu untersuchen, dem vor 16 Jahren wegen Tuberculose das Os tali exstirpiert wurde. Das functionelle Resultat war ein überaus befriedigendes. Die Ferse steht richtig, der innere Rand ist mehr gehoben als auf dem gesunden Bein. Der Fuss ist um 2,5 Cent. kürzer; die beiden Malleolen stehen niedriger und das ganze Bein ist auf 1,5 Cent. verkürzt. Die Bewegungen im Talocruralgelenk werden durch die Bewegungen im Chopartgelenk ersetzt. Das Fersenbein ist um seine Axe so gedreht, dass sein vorderer Teil nach oben zieht, wo es mit den Knochen des Unterschenkels knöchern verwachsen ist. Die innere Structur der Knochen hat sich, den veränderten Druckverhältnissen anpassend, auch verändert, wobei sich eine ganze Reihe von Druckbalken in Zugbalken verwandelt hat.

Weber.

Chirurgija 1909. Band 26. Nr. 153.

P. Rajewski: Ueber die Stauungsbehandlung nach Bier bei acut eitrigen Entzündungen.

Verfasser studierte experimentell die Wirkung der Bierschen Stauung am Menschen und kam, scheinbar ohne die Arbeiten der Lexerschen Schule (Lexer, Wrede, Frangenheim und Schaack) zu kennen, zum Schluss, dass die günstige Wirkung der Bierschen Stauung zum allergrössten Teil in der mechanischen Durchspülung der Wunde durch die Stauungsflüssigkeit liegt. Letzteres ist ja, wie in der Natur der Sache liegt, nur möglich, wenn es sich nicht um die sogenannte «geschlossene» Stauung, sondern um eine mehr oder weniger weit incidierte eiternde Region handelt.

M. Charschak: Zur Frage der otitischen Hirnabscesse.

Der Verfasser kam auf Grund litterärischer Studien und zweier Fälle, die er im Kiewschen Stadthospital beobachtete, zu folgenden Schlüssen: 1) Die Hirnabscesse gehören zu den nicht allzuseltenen Complicationen der chronischen Mittelohreiterungen. 2) Die sensorisch-amnestische Aphasie gehört zu den sichersten Symptomen eines Abscesses im linken Schläfenlappen. 3) Die innere Operationsmethode ist der äusseren vorzuziehen, weil wir gleichzeitig den Kranken von der primären Erkrankung befreien und den Abscess auf demselben Wege aufsuchen, welchen die Natur gewählt. Dieser Weg ist auch insofern technisch leichter zu betreten, als oftmals Fistelgänge in die Richtung des Abscesses führen. Der Abscess ist dort zu eröffnen, wo es zur Perforation gekommen ist oder die Wandung sichtbar verdünnt und mit der Dura verbacken erscheint. Die Drainage der Abscesshöhle hat im tiefsten Punkt zu erfolgen. Dank dieser Methode ist es möglich im Latenz— wie auch im Terminalstadium (nach Körner) operativ vorzugehn, ohne absolut sichere Symptome abzuwarten. Es ist infolgedessen zu hoffen, dass der operative Eingriff seltener zu spät unternommen werden wird. Sollte bei der Operation die Dura als gesund befunden werden, so kann, nach der Meinung des Autors, ein weiteres Vordringen vermieden werden. Nach der Abscesseröffnung kann vollständige Genesung eintreten. 4) Beim Auftreten meningitischer Symptome im Verlaufe einer chronischen Mittelohrentzündung ist stets operativ vorzugehn.

Von den 2 Fällen des Autors konnte einer durch die Operation geheilt werden, der andere Patient kam ad exitum.

A. Brick: Ueber Thoraxdeformitäten pleuralen Ursprungs.

Im Anschluss an einen im Institut für operative Chirurgie secierten und ausführlichst beschriebenen Fall von Thoraxdeformität erläutert der Verf. die Aetiologie dieser Erkrankung. Die häufigste Ursache bilden die Empyeme und nächst ihnen die serofibrinösen Pleuritiden, die zu starker Narbenbildung und Schrumpfung führen.

S. Ssemenow: Zur Casuistik der seltenen Hernien.

Bericht über zwei vom Verfasser operierte Hernien, bei welchen, obgleich es sich um einen linksseitigen Bruch handelte, das Coecum und der Appendix im Bruchsack gefunden wurden. Im ersten Fall handelte es sich um eine eingeklemmte Hernie bei einem 7-jährigen Knaben, im zweiten um einen irreponiblen Bruch bei einem 3-monatlichen Kinde. Verf. nimmt für die beiden Fälle eine Sinistroposition des Blinddarmes an, ohne die Beweise für diese seltene Missbildung zu erbringen.

F. Rosenberger: Ein Fall von linksseitiger Inguinalhernie, welche das Coecum mit Appendix enthielt.

Unter 135 vom Verfasser operierten Hernien gelang es ihm 3 Mal den Blinddarm als Bruchsackinhalt zu constatieren, in einem Fall bei einer linksseitigen Inguinalhernie. In zwei Fällen wurde der pathologisch veränderte Wurmfortsatz entfernt.

B. Djedow: Appendix, Coecum, Ileum und Netz als Inhalt einer eingeklemmten Umbilicalhernie.

Bericht über einen vom Verf. mit günstigem Erfolge operierten Fall, bei welchem sich der im Titel agedeutete Operationsbefund ergab.

E. Hesse.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Russki shurn. koshn. i vener. bol.

P. Wostrikow und S. Bogrow: Zur Aetiologie der «creeping disease». (Nr. 5).

Die Verf. fanden in einem Fall eine Larve, die als Gastrophilus haemorrhoidal. diagnosticiert wurde.

G. Meschtscherski: Ein Fall von Darierscher Krankheit. (Nr. 5).

14-jähriger Pat. Der folliculäre Typus des Leidens, die Bildung von Hornpfropfen in den erweiterten folliculären Trichtern, der charakteristischen Veränderungen im Rete Malpighi sicherten die Diagnose.

F. Borodenko: Ueber die Möglichkeit bei der Wassermannschen Reaction das syphilitische Extract durch künstliche Gemische zu ersetzen. (Nr. 5).

Verf. erklärt die von Sachs und Rodoni angegebenen Gemische von Lecithin, oleinsaurem Natrium und Oleinsäure als nicht tauglich für die Wassermannsche Reaction.

S. Mangubi: Die Entzündung der Cowperschen Drüsen. (Nr. 5).

Mitteilung eines Falles.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

G. Meschtscherski: Ein Fall von allgemeinem Sclerom mit mutilierender Sklerodaktylie. (Nr. 6).

35-jährige Patientin. Die ersten Anfänge des Leidens lagen 20 Jahre zurück. Sehr stark ausgesprochene Verstümmelungserscheinungen. An den unteren Extremitäten sind auch die Muskeln befallen. Nebenbei bestand Morbus Basedowii, und augenscheinliches Befallensein der Oesophagus- und Rachenschleimhaut. Besserung durch Thiosinamin.

D. Lewtschenkow: Atrophia maculosa cutis. (Nr. 6).

Hauptsächlich localisiert an den unteren Extremitäten.

N. Moskalew: Ein Fall von Selbstmordversuch nach Infection mit Syphilis. (Nr. 6).

Bestätigung der Fournierschen Warnung.

W. Jewdokimow: Ursachen der langen Incubation bei Tripper. (Nr. 6).

Gleich nach der Infection erkrankte Pat. an Typhus, der 4 Wochen dauerte. Während der Zeit keine Trippersymptome. Gleich nach der Entfieberung typisch verlaufender Tripper.

A. Pospelow: Ursprung der «Cutis verticis gyrata» (Unna). (Nr. 7).

2 Krankengeschichten: 24 und 34-jährige Pat. Pospelow hält das Leiden für eine congenitale Veranlagung.

I. Selenew: Zur Morphologie der Spirochäta pallida Bildung von Ring und Sternfiguren. (Nr. 7).

Dieselben werden als Involutions- resp. Evolutionsformen gedeutet.

S. Leikin: Ulcus durum der Nasenschleimhaut. (Nr. 7).

23-jährige vollkommen gesunde Virgo. Das Ulcus sass auf der unteren Muschel und griff auf das Septum über. Schmerzlose Drüsen am Halse. Rasche Vernarbung des Geschwürs bei Allgemeinbehandlung (Schmiercur) ohne locale Beeinflussung. Infection unbekannt.

W. Boikow: Gonorrhoische und syphilitische Knochenveränderungen. (Nr. 7).

Bei syphil. Knochenleiden treten die Veränderungen in Form heerdförmiger Periostitiden auf, die confluieren und bei Heilung des Leidens wieder einzeln hervortreten. Bei gonorrhoischen Erkrankungen liess dagegen das Röntgenbild deutlich 3 Stadien unterscheiden: undeutliche Contouren der Knochen bei Fällen von Geschwulst und Unbeweglichkeit mit subjectiven starken Schmerzen. Das 2-te Stadium mit verschwommenen Contouren bildet einen Uebergang zum 3-ten, wo neben einzelnen circumscripten Periostitiden auch Osteoporose zu notieren ist.

M. Wersilowa: Pemphigus vulgaris und parenchymatöse Nephritis. (Nr. 7).

Verf. untersuchte das Rückenmark einer an septischer Highmoritis zu Grunde gegangenen Pemphiguspatientin und fand an den Ganglienzellen Unregelmässigkeit und Undeutlichkeit der fibrillären Structur.

P. Pawlow: Ein Fall von sehr grossem hartem Schanker am Bauch und consecutivem Auftreten von anderen harten Schankern an den Genitalien. (Nr. 8).

Ausser dem durch Confluenz mehrer Schanker entstandenem Riesengeschwür waren noch 17 harte Schanker vorhanden.

J. Priklonski: Auftreten einer syphilitischen Sclerose und eines papulo-pustulösen Syphilids bei einem Pat., der schon viele Jahre ein gummöses Geschwür am Fusse hatte. (Nr. 8).

W. Jewdokimow: Ascendierende gonorrhoische Peritonitis. (Nr. 8).

Beide Pat. hatten Epididymitis und peritoneale Reizerscheinungen. Heilung.

Wichert.

Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

Obosrenije Psychiat., Newrol. i experiment. Psychol.

J. Omorokow: Ueber die günstige Wirkung intercurrierender Infectionskrankheiten auf den Verlauf von Psychosen. (Nr. 4 u. 5).

Sehr ausführliche Literaturübersicht, welche die altbekannte Tatsache illustriert, dass Infectionsprocesse, speciell hauptsächlich Abdominaltyphus und Erysipelas, den Verlauf acuter Psychosen günstig beeinflussen. In Verf. zwei eigenen Fällen bestätigte sich dies ebenfalls. I. Fall: 22-jährige Frau, sehr schwere Form von Amentia (Meynert), nach 16 Monaten Prognose sehr zweifelhaft, da intellectuelle Schwächesymptome hervorzutreten begannen; durch Hinzutreten eines abdominalen Typhus trat schnell psychische Besserung und schliesslich Heilung ein. II. Fall: 14-jähriger Epileptiker, täglich mehrmals Anfälle; nach einem Abdominalthyphus kehrten die Anfälle im Laufe von 3 Monaten nicht wieder, traten dann aber wieder immer häufiger in alter Weise auf. — Die zwei weiteren Fälle stammen von anderen Autoren. III. Fall: 25-jähriger Officier mit Katatonie, die 6 Monate unverändert anhielt, bis eine gallopierende Phthise eine allmähliche aber deutlich zunehmende psychische Besserung herbeiführte. IV. Fall: 22-jähriger Officier, seit 4 Jahren an katatonischem Stupor leidend; im Verlaufe der hinzugetretenen, bald tödlich endenden Phthise trat eine stetige zunehmende Besserung des Zustandes ein, der Stupor schwand völlig. Fasst man einige Psychosen, wie viele Forscher dies bereits tun, als das Resultat einer Intoxication oder Autointoxication (Functionsstörung der inneren Secretion!) auf, so kann man sich den Einfluss der Infection auf die Psychose dahin erklären, dass ein bestimmtes Bakterientoxin die Fähigkeit besitzt die vom Organismus selbst bereiteten und die Hirnrinde schädlich beeinflussenden Gifte zu neutralisieren.

E. Wenderowitsch: Myasthenia gravis pseudoparalitica. (Nr. 5).

30-jähriger Canzeleibeamter mit Ophthalmoparesis externa (et interna? — anicosoria!), Paresis Mm. orbicul. oculorum, Paresis Mm. interosseor. secund.; pathologische Ermüdbarkeit in allen diesen Muskeln. Parese der oberen Mundmuskeln rechts (?), einiger Muskeln des rechten Armes und Schultergürtels. Ohrgeräusche. Kreuz- und Schenkelschmerzen. Cephalea in fronte. Dämpfung hinter dem Manubrium. Conglomerate vergrösserter Lymphdrüsen am Halse. Bulbäre Erscheinungen fehlten völlig. 3-monatliche Behandlung in der Bechterewschen Klinik erzielte keine wesentliche Besserung. Verf. ist geneigt mit Oppenheim die Myasthenie für ein congenitales Leiden anzusehen, indem er die bei seinem Patienten bereits in der Pubertätszeit aufgetretenen Stirnschmerzen, sowie die 4 Jahre vor Ausbruch der eigentlichen myasthenischen Erscheinungen vorhandenen Kreuz- und Beinschmerzen als sensitive Vorläufer jener auffasst. Auf die vergrösserten Lymphdrüsen legt Verf. besonders Gewicht, da sie ihm ein Hinweis auf eine richtige Störung im ganzen Lymphapparate zu sein scheinen und die hier wie in anderen Fällen vorhandenen Schmerzen von dem vielleicht erkrankten Knochenmarke ausgehen können.

E. Nielsen: Ueber die Beziehung der ascendierenden Paralyse zur acuten Poliomyelitis. (Nr. 5).

22-jähriger Soldat. In der Reconvalescenz von einer Pleuropneumonie tritt eine Parese der Beine ein, die am folgenden Tage in totale schlaffe Lähmung übergeht; dazu gesellt sich eine Parese der oberen Extremitäten. Alsdann geht die Lähmung auf die Muskeln des Rückens, Bauches, Kehlkopfs und der Atmung weiter. Am vierten Krankheitstage stirbt Pat., indem er bis zuletzt bei klarem Bewusstsein blieb. Die Körpertemperatur war kaum erhöht. Störungen der Harn- und Stuhlentleerung fehlten völlig. Haut- und Sehnenreflexe waren stark abgeschwächt oder fehlten. Die cutane Schmerzempfindlichkeit war am ganzen Körper herabgesetzt. Autopsie 26 Stunden nach dem Tode. Blut aus dem Herzen und der Milz liess auf den Nährboden gar keine Bakterienculturen wachsen. Dura und Pia mater hyperämisch, die Pia ödematös. Hirn- und Rückenmark hyperämisch. Die Hüllen lassen sich leicht von ihnen entfernen. Die Hirngefässe stark gefüllt. Im Halsmark Erweichung der Substanz. Die Oberfläche des Rückenmarks von rötlicher Farbe, quillt über die Ränder der Hülle hervor. Blutaustritte sind nirgends zu bemerken. Die mikroskopische Untersuchung zeigte: die peripheren Nerven normal; im verlängerten und im Rückenmark eine grosse Anzahl kleiner interstitieller Entzündungsherde und fettige Degeneration der Zellen. Alle diese Veränderungen localisierten sich hauptsächlich in den Vorderhörnern, weshalb Verf. seinen Fall als acute Poliomyelitis auffasst.

E. Kopystinski: Ueber Familienpflege Geisteskranker bei der Kolonie Buraschewo. (N. 5 u. 6).

Sehr umständliche Darlegung der bisher mit diesem Verpflegungssystem gemachten Erfahrungen, dessen Vorzüge nur innerhalb beschränkter Grenzen zur Geltung kommen. Für die weitere Entwickelung der Familienpflege in Buraschewo stellt er folgende Forderungen auf: 1) Eine weitere Zerstreuung der Kranken in den Dörfern muss eingestellt werden. 2) Das Maximum von Kranken, welche bei gegenwärtigen Bedingungen untergebracht werden können, soll hundert nicht übersteigen. 3) Die Aufrechterhaltung des bestehenden Systems der Familienpflege verlangt eine sofortige Vermehrung

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

des Aufsichtspersonals. 4) Die regelrechte Entwickelung der Familienpflege ist möglich bei Organisation der concentrierten Familienpflege in einem grösseren bevölkerten Orte mit einem speciellen Arzte für die Familienpflege und mit einer Krankenstation. 5) Falls die concentrierte Familienpflege sich aus irgendwelchen Gründen bei den örtlichen Bedingungen nicht verwirklichen lässt, so muss man anerkennen, dass die koloniale Verpflegung vorzuziehen ist einer weiteren Entwickelung der Familienpflege des zerstreuten Typus, welche nur innerhalb beschränkter Grenzen möglich ist und bei weiter Anwendung sich nur in ein Surrogat der psychiatrischen Hilfe verwandelt, das das Princip der Familienpflege überhaupt in Russland discreditiert.

L. Omorokow: Die Reaction der Complementablenkung Wassermanns, Neissers und Bronks und ihre Bedeutung bei Geistes- und Nervenkrankheiten. (Nr. 6).

Darlegung des Wesens der Reaction und der Methodik. Eigene Untersuchungen an 189 Kranken. Von 127 Paralytikern reagierten 121 positiv. Die negativen Fälle bespricht Verf. einzeln ausführlicher. Von 9 Tabesfällen reagierten 8 negativ, 4 Myelitisfälle negativ, 1 Lues cerebri positiv, 2 capsuläre Hemiplegien negativ, ebenso negativ 2 Fälle von Arteriosclerose und Dementia senilis, 6 Fälle von Dementia praecox, 2 von manisch-depressiver Psychose, 4 zweifelhafte und in Beobachtung befindliche Fälle, 1 Basalmeningitis, 1 Lateralsclerose. Von 2 Fällen mit Rückenmarksyphilis reagierte der eine positiv, der andere negativ. 14 Fälle mit primärer Lues gaben positive Reaction; von 2 Fällen mit secundärer Lues und mit Quecksilber behandelt gab der eine negative, der andere schwach positive Reaction. 9 normale Individuen reagierten negativ. Die 8 negativ reagierenden Tabiker werden anamnestisch speciell besprochen. Die Schlussfolgerungen des Verf. lauten: 1) Die Ausarbeitung neuer biochemischer Methoden zur Blutuntersuchung hat für die Psychiatrie eine grosse Bedeutung. 2) Die Wassermannsche Reaction erscheint specifisch bei primärer Syphilis (100 pCt.) und bei progressiver Paralyse (95,8 pCt.). 3) Die specifische Behandlung mit Quecksilber und Atoxyl vernichtet die positive Reaction, ohne den Gang des krankhaften Processes bei Tabes und progressiver Paralyse zu verändern. 4) Das Antigen aus dem Meerschweinchenherzen ist in seiner Wirkung vollkommen analog dem wässerigen Antigen aus der syphilitischen Leber. 5) Keine der vorhandenen Abänderungen (Vereinfachungen) der Wassermannschen Reaction, ebensowenig andere Methoden der Präcipitation können die originale Reaction Wassermanns ersetzen.

A. Butenko: Ueber die Bedeutung der Ehrlichschen Dimethylamidobenzaldehyd-Reaction in der Klinik der psychischen Krankheiten. (Nr. 7).

Die Ehrlichsche Reaction wurde an 180 Patienten geprüft. In 36 Fällen (20 pCt.) war sie positiv. Von 10 Fällen arteriosclerotikischer Psychosen fand sie sich in 7 (70 pCt.); von 25 Fällen alcoholischer Psychosen (6 acute, 19 chronische) in 8 (32 pCt.); von 40 Fällen progressiver Paralyse in 9 (22,5 pCt.); von 50 Fällen der Dementia praecox in 9 (18 pCt.); von 30 Fällen periodischer und circulärer Psychosen (incl. der Involutionsmelancholie) in 2 (6,7 pCt.); von 15 Fällen epileptischer Psychosen in 1 (6,7 pCt.). Die 10 restierenden Fälle (4 Dementia senilis, 3 Lues cerebri, 2 hysterische Psychosen, 1 Amentia) ergaben negative Reaction. Fast in allen 36 positiv reagierenden Fällen bestanden somatische Complicationen der Psychose, und zwar in 7 Fällen acute Darmerkrankung, in 6 Fällen Tuberculose, in 6 Fällen Erkrankungen des Muskels oder des Klappenapparates des Herzens, in 5 Fällen Arteriosclerose, in 4 Fällen allgemeine Inanition verschiedenartigen Ursprungs, in 3 Fällen Influenza, in 1 Falle Septicopyaemie. Nur in 3 Fällen positive Reaction gebender progressiver Paralyse konnte keine Complication entdeckt werden. — Nach seinen Untersuchungen vindiciert Verf. nur der positiven Reaction eine Bedeutung, indem sie bei einem Geisteskranken unweigerlich auf einen pathologischen Zustand in der somatischen Sphäre hinweist. Die negative Reaction schliesst eine somatische Complication der Psychose nicht aus. Der Intensitätsgrad der Reaction entsprach stets der Schwere der betreffenden somatischen Erkrankung.

W. Skop: Die Raynaudsche Krankheit (symmetrische Asphyxie und Gangraen). (Nr. 7).

Eine Krankengeschichte: 47-jährige Schneiderin erkrankt nach starker Erkältung an intensiven Schmerzen, Hitze- und Kältegefühl in beiden Händen, an den Endphalangen aller zehn Finger bildete sich Asphyxie und Gangraen aus, rechts stärker als links. Nach zweimonatlicher Behandlung trat bedeutende Besserung und Heilung der gangränösen Stellen ein.

S. Wladytschko: Der Charakter der Associationen bei Kranken mit chronischer primärer Verrücktheit. (Nr. 7 und 8).

A. Rosen: Die Hilfsorganisation für Geisteskranke in Kriegszeiten auf den vorderen Positionen, auf Grund der Erfahrung im russisch-japanischen Kriege.

In Nr. 7 noch nicht beendet.

M. Fedorow: Zur Frage über das Wesen der Hysterie. (Nr. 8).

Hauptsächlich auf Grund der neueren Literatur über diese Frage sieht Verf. das Wesen der Hysterie in einer angeborenen Unzulänglichkeit der höheren psychischen Centra, welche charakterisiert ist durch eine unrichtige oder nicht entsprechende psychophysische Reaction auf alle äusseren Eindrücke. Infolge Schwächung der höheren psychischen Centren erhalten die niederen Centra eine grössere Betätigungsfreiheit, als deren Resultat das Auftreten krankhafter Symptome anzusehen ist. Unter gewöhnlichen Verhältnissen bemerkt man an den geborenen Hysterikern nur einige Charaktereigentümlichkeiten, excentrisches Benehmen und unmotivierte Handlungen, jedoch unter Einfluss eines provocierenden Momentes entwickeln sich bei ihnen rasch diese oder jene krankhaften Erscheinungen. Durch Suggestion kann man bei ihnen einige Krankheitssymptome beseitigen oder umgekehrt hervorrufen, allein das Wesen des Processes wird dadurch nicht verändert, da bei einem neuen psychischen Impulse diese Symptome wieder auftreten. Geborene Hysteriker verbleiben als solche ihr ganzes Leben.

L. Gutmann: Das Weber-Fechnersche Gesetz im Gebiete der Gehörsempfindungen bei Nerven- und Geisteskranken bei verschiedenen Affectionen des Gehörorgans. (Nr. 8).

Experimentelle Untersuchung an 7 Patienten. Verf. stellt folgende Thesen auf: 1) Die Unterschiedsempfindlichkeit für Schallreize befindet sich nicht in unmittelbarer Abhängigkeit von der Gehörschärfe. 2) Periphere Schädigung des Gehörorgans und partielle Affection des Gehörnerven setzen die Unterschiedsempfindlichkeit nicht herab. 3) Schädigung des Gehörlabyrinthes setzt, wie es scheint, diese Unterschiedsempfindlichkeit bedeutend herab. 4) Das Weber-Fechnersche Gesetz muss auch bei Nerven- und Geisteskranken, welche an verschiedenen Affectionen des Gehörorgans (mit Ausnahme der Labyrinthstörungen) leiden, als mehr weniger giltig angesehen werden.

Michelson.

Ophthalmologie.

Westnik Oftalmologii.

S. Otschapowski: Schädeldeformität und Augenerkrankungen (1909. October).

O. bringt zunächst eine Literaturübersicht und weiter eine eigene Beobachtung. Ein Knabe von 6½ Jahren zeigte exquisiten Turmschädel, Exophthalmos beiderseits und bei hochgradig kurzsichtiger Form beider Augen Atrophie des Sehnerven nach Neuritis. Links entsprechend dem Tuber ossis frontis, eine Meningocele von der Grösse eines Taubeneies.

J. Markow: Ueber Augenneuralgien. (1909 October).

Besprochen werden die im Gebiete des I. Astes N. trigeminus auftretenden Neuralgien: Die Neuralgia nervi supraorbitalis, n. lacrimalis, n. ciliaris corneae — die Keratalgia. Veranlassende Erkrankungen sind: Malaria, Anaemie, Neurasthenie, Hysterie, Rheumatismus, Influenza, oberflächliche Verletzungen der Hornhaut.

M. Isupow: Ein Fall von Haemangiom der Orbita, operiert nach Krönlein (1909 October).

Genaue Krankengeschichte.

Basjutinski. Bericht über die Tätigkeit der Augenheilstation im Dorfe Bischkow, Kreis Bichow, des Gouv. Mohilew (1909 October).

In zwei Monaten 2756 Patienten. Trachomkranke 47 pCt. Operationen 538, Extractionen 31. Lidoperationen bei Entropiom und Trichiasis bei Narbentrochom 380. Nächst der Operation nach Snellen wurde am häufigsten Lippenschleimhaut transplantiert.

M. Awerbach. Nachruf gewidmet Dr. A. W. Natanson, der in Moskau am 11. September 1909 plötzlich verschied (November).

Nach Beendigung seines Studiums in Dorpat arbeitete Natanson von 1888 bis 1891 an der St. Petersburger Augenheilanstalt and 1891 bis 1896 am Heleneninstitut. Nach Moskau siedelte er 1897 über. Hier gründete er eine Privat-

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

klinik, wurde Privatdocent und Lehrer an der Feldscherschule des Golitzinschen Krankenhauses. N. war Stifter der Moskauer Ophthalmologischen Gesellschaft. Eine stattliche Reihe grösserer und kleinerer Arbeiten liegen von ihm vor und sehr rege beteiligte er sich an den Arbeiten in der Gesellschaft der Augenärzte.

Th. Germann: Zur Myopiefrage und über die Brillencorrection der Kurzsichtigen (November). Deutsch in der St. Pet. Med. Wochenschrift Nr. 43. 1909.

Neues bringt die Mitteilung in den Beobachtungen, die fortlaufend an den Zöglingen des Pagencorps Seiner Majestät gesammelt wurden.

J. Rubert: Ueber Ulcus corneae rodens. Sehr ausführlicher Bericht über eine eigene Beobachtung und Schilderung des gesamten Krankheitsbildes nach den Angaben der Literatur.

E. Nese: Zur Statistik der Staaroperation mit und ohne Iridectomie (November).

N. weist nach an der Hand vorliegender Berichte, dass die Extraction mit Iridectomie zur Zeit doch bei weitem häufiger ausgeführt wird. Diese Operation ist eben die sicherere.

M. Starodubzew: Bericht über die Verhandlungen auf dem internationalen Congresse der Augenärzte in Neapel von 2.—7. April 1909 (November).

M. Zitowski Bericht über seine augenärztliche Arbeit am Landschaftshospital zu Borisoglebsk im Gouvernement Tambow für die Jahre 1902—1909. (November).

Stationär behandelt wurden 392 Kranke. Extractionen 88, Iridectomien 25, Trachom — für unsere Verhältnisse — wenig verbreitet. Das pCt.-Verhältnis ist nicht angegeben. Casuistik und therapeutische Bemerkungen. Z. verlangt dass Landärzte, die einem Hospital vorstehen auch imstande sein müssen, stationär Augenkranke zu behandeln und zu operieren.

Th. G—n.

Pathologie und Therapie.

Chark. mediz. Shurnal.

S. Dechanow: Zur Casuistik der Vagusresectionen beim Menschen. (Nr. 1. 1909).

Kurze casuistische Mitteilung, die die Gefahrlosigkeit der einseitigen Vagusresection beweisen soll.

S. Dawidenkow: Polioencephalitis (superior et inferior) haemorrhagica acuta. (Nr. 1. 1909).

Casuistischer Fall mit ausführlicher Krankengeschichte und umständlicher Besprechung der Differentialdiagnose.

I. Poshariski: Induratio lienis fibrosa. (Nr. 1. 1909).

Unter diesem Namen werden Knötchen in der Milz beschrieben, die in 9 Fällen beobachtet worden sind und in der Literatur bisher scheinbar keine Beschreibung gefunden haben. Diese Herde, 0,3—1, 2 cm. im Durchmesser, von unregelmässig runder bis dreieckiger Form, gegen die Umgebung unscharf begrenzt, sind blasser wie die Pulpa und fallen dadurch auf. Mikroskopisch bestehen sie aus straffem Bindegewebe mit zahlreichen endothelbekleideten Kanälchen, offenbar Lymphgefässen. Die Ursache dieses als herdweise Sclerose des Bindegewebes der Milz aufgefassten Processes bleibt fraglich.

W. Witlin: Zur Frage der Verletzungen des Ductus thoracicus und der Fälle von Chylothorax und Ascites chylosus in Verbindung mit den Ergebnissen der anatomischen und experimentellen Forschung über das Chylussystem. Aus der chirurgischen Abteilung des Hedwigshospitals in Berlin. (Nr. 2).

Im Anschluss an einen im Hedwigshospital in Berlin beobachteten Fall von Chylothorax, der von Prof. Rotter bei der Operation eines vermeintlichen Pyothorax constatiert worden war, hat Verf. das anatomische Substrat studiert, das für das Zustandekommen eines Chylothorax oder eines Ascites chylosus verantwortlich gemacht werden kann. Zu wesentlich neuen Ergebnissen gelangte der Verf. jedoch nicht und erhofft er vom Tierversuch die Lösung mancher Frage.

. Slonewski: Die Verwendung von Gelatine zur Befestigung von Präparaten in Standgefässen. (Nr. 2).

Statt mit Kitt, Nadeln und Draht schlägt S. vor die anatomischen Präparate in heisse 10 pCt. Gelatine mit Zusatz von 10 pCt. Formalin zu tauchen und mit derselben sie auf Glasplatten zu kleben. Nach dem Erstarren der Gelatine werden die Präparate in den gewöhnlichen Flüssigkeiten conserviert. Es soll dadurch eine bessere Haltbarkeit der Objecte erzielt werden.

S. Korschun: Zur Frage der Bakterienvermehrung im Wasser. (Nr. 2).

Durch eine Reihe von Versuchen wurde festgestellt, dass das Wasser sich der Bakterien durch zu Bodensetzen derselben entledigt und dass O-Mangel die Bakterien in ihrer Entwickelung hemmt O-Zutritt, aber ihre Entwickelung begünstigt.

M. Mühlmann: Die Nebennierentumoren im Lichte der Blastocytentheorie. (Nr. 2).

Die Anschauungen von Kromayer und Krompecher des Ueberganges von Epithel in Bindegewebe teilend, sucht M. hier zu dieser Frage einen Beitrag zu liefern. Die Verschiedenheit des mikroskopischen Bildes zweier Nebennierentumoren, von denen der eine sich dem Carcinomtypus, der andere dem Sarcomtypus nähert, soll, bei Abstammung von einer gemeinsamen Stammzelle, dadurch entstehen, dass diese Zelle bald mehr epitheliale Charaktere annimmt, bald mehr zu Bindegewebsbildung neigt. Auch die bekannten Beobachtungen Ehrlichs, dass die durch Generationen übergeimpften Mäusecarcinome gelegentlich in Sarcome übergehen, werden in dem erwähnten Sinne aufgefasst und erklärt.

J. Raimista: Zur Casuistik der Gehirnabscesse und eitrigen Meningitiden. (Nr. 3).

Casuistische Mitteilung 3-er Krankengeschichten mit klinischer Analyse.

D. Grinew: Zur Frage der Antiphagine. (Nr. 3).

Tschitowitsch und Jurewitsch beobachteten, dass Fränkelsche Diplococcen nicht von Leukocyten aufgenommen werden, dagegen leicht zur Phagocytose gebracht werden können, wenn man sie mit physiologischer NaCl lösung gut auswäscht. Dies Phänomen führen die Autoren auf Stoffe zurück, die den Pneumococcen anhaften, sich durch NaCl-lösung abwaschen lassen und die sie Antiphagine nannten. Der Verf. prüfte diese Versuche nach und kam zum Schluss, dass virulente Pneumococcen nur vereinzelt von den Leukocyten verschiedener Tiere ergriffen würden. Dass die Leukocyten hier keine Schädigung erfahren, beweisen Versuche mit Gemengen von Pneumococcen mit Staphylococcen, in denen letztere ausgiebig phagocytiert werden. Die Antiphagine in Lösung zu bringen gelang G. nicht, so dass seine Pneumococcencultur auch nach gründlichem Waschen nicht phagocytiert wurde, was eine Besonderheit dieses Stammes sein mag.

Bei Immunisierungsversuchen mit dem Pneumococcus gelang es ihm jedoch die opsonische Kraft des Serums zu verstärken, wobei die Opsonine den Antiphaginen offensichtlich entgegen wirkten. Da die Specificität der Opsonine erwiesen ist, so ergibt sich daraus auch die Specificität ihrer Antigene, d. h. der Antiphagine. Versuche des Verf. zeigten weiter, dass die Antiphagine nur virulenten Diplococcen eigen sind, während virulente Stämme leicht phagocytiert werden. Auch wurde festgestellt, dass die Antiphagine thermostabile Körper sind, indem sie Temperaturen von 60—80—90° vertragen.

W. Passek: Ein Beitrag zur Frage der Scharlachparasiten. Aus dem bakteriologischen Institut des Dr. Gamaleja in Odessa. (Nr. 3).

Gamaleja hat bei Scharlachkranken im Blut, Cantharidenexsudat, Harn und Rachensecret, Gebilde gefunden, die er den Prowazekschen Initialkörperchen nahestellt und wie dieser zu den Chlamidozoen rechnet. Er fand sie im Vergissmeinnicht und Chrysanthemumformen und nannte sie als Erreger des Scharlach: Synanthozoon scarlatinae. Es sind das kleinste Coccen bei Scharlach, bei Variola und Lyssa-Stäbchen, die einen breiten Hof um sich führen und sich zu den oben erwähnten Formen anordnen, sich aber besonders häufig zu einer scheinbar gefensterten Hohlkugel gruppieren, die zumal charakteristisch sein soll. Passek hat diese Befunde an Rachenschleim scharlachkranker Kinder nachgeprüft und hat sie in allen 52 Fällen finden können, wobei er diese Gebilde, da ihre Stellung im System noch nicht klargestellt ist, zu Ehren seines Lehrers mit dem nichts präjudicierenden Namen: Gamalidae scarlatinae benennt. Auch bei Reconvalescenten sowie beim Pflegepersonal konnte er diese Gebilde wiederfinden, während sie sonst bei Gesunden fehlten.

L. Leibfreud: Zur Frage der functionellen Diagnostik der Lebererkrankungen. (Nr. 4).

Die Arbeit stellt eine Nachprüfung der Glaessnerschen Versuche der Umwandlung von Amidosäuren dar, wobei an dem passenden Krankenmaterial die Glaessnerschen Befunde bestätigt werden.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

K. Gamaleja: Die Ergebnisse aus dem Zahlenmaterial der Recurrensepidemie in der Stadt Charkow für das Jahr 1908 auf Grund der Daten des statistischen sanitären Bureaus. (Nr. 4).

Im Jahre 1905 beginnend hat sich die Recurrensepidemie in der Stadt Charkow stetig weiter entwickelt, um im Jahre 1908 die Zahl von 2309 Erkrankungen zu erreichen. Aus dem Kartenmaterial des statistischen Bureaus, gesichtet und mit entsprechenden Correcturen versehen, erhellt, dass Männer, wie auch aus anderen Epidemien bekannt, viel häufiger erkranken als Frauen. Weiter aber sieht man, dass der Mangel an Cultur und der Schmutz die günstigen Bedingungen für das Fortschreiten der Krankheit abgeben, denn die Herde der Erkrankungen, die engen Schlafstellen der Nachtasyle und ähnlicher Wohnräume, in denen die Uebertragung der Krankheit durch blutsaugende Insecten, zumal Wanzen bewerkstelligt wird.

Ucke.

Wratschebnaja Gazeta.

P. Fedorow: Einige Beobachtungen über Rötheln. (Nr. 30 und 31).

Als charakteristisch für Rötheln, im Gegensatz zu Masern und Scharlach, hält Fedorow folgende Erscheinungen: Die Incubationsdauer ist bei R. länger; die Prodromalerscheinungen sind geringfügiger; die Fieberperiode ist kürzer; das polymorphe Exanthem in den meisten Fällen; die Form der Angina, die bisweilen gleichzeitig mit dem Exanthem, bisweilen erst später auftritt; die deutliche Schwellung der Submaxillar- und Halsdrüsen, manchmal auch aller anderen Lymphdrüsen, die am stärksten während Bestehens des Exanthems bemerkbar ist, jedoch meist schon früher eintritt und später schwindet; Abwesenheit oder Geringfügigkeit der Abschuppung. Doch bieten alle diese Unterscheidungsmerkmale nichts Absolutes.

A. Lütkens: Die Curve der Choleraerkrankungen und die Curve der athmosphärischen Niederschläge. (Nr. 31).

Nach Lütkens geht aus der Gegenüberstellung der Curven der Choleraerkrankungen und denen der athmosphärischen Niederschläge hervor, dass bei Einsetzen von Regenperioden die Cholera in Petersburg abnahm oder sich auf gleicher Höhe hielt, während trockene Perioden ihre Zunahme begleiteten. Die Regenperioden seien übrigens nicht gleichbedeutend mit dem Steigen des Grundwassers in Petersburg. — Die Curven sind entschieden nicht von grosser Beweiskraft.

J. Springenfeldt: Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann und ihre Bedeutung für die Aerzte der Curorte. (Nr. 32).

Springenfeldt findet, dass die Entdeckung des Spirochäta pall. und der Wassermannschen Reaction eine neue Aera in der Syphilislehre bedeute. Ein positiver Ausfall der Reaction spricht mit Sicherheit für Lues; ein negativer Ausfall der Reaction ist nicht absolut beweisend, ist aber doch von grossem Wert bei Differentialdiagnosen. In allen zweifelhaften Fällen soll man die Wassermannsche Reaction mit heranziehen, besonders bei Nervenleiden, wie bei Verdacht auf Tabes, progressive Paralyse etc. Die Wassermannsche Complementprobe besitzt nicht nur eine speciell medicinische, sondern auch eine allgemein sanitäre Bedeutung, sie soll in weitem Massstabe angewandt werden, z. B. bei der Beurteilung von der Gesundheit von Ammen, in Kinderasylen, Heiratserlaubnis u. dergl. Auch die streitige Frage der Heilbarkeit der Lues wird mit ihr gelöst werden können. Bei Dirigierung von Kranken in die Curorte empfiehlt sich in zweifelhaften Fällen eine vorherige Untersuchung des Kranken nach Wassermann zwecks eventueller specifischer Behandlung.

S. Unterberger: Wie sollen die Phthisiker untergebracht werden? (Nr. 32).

Unterberger geht von seinem in allen seinen Arbeiten von ihm verfochtenen Standpunkte aus, dass man auf Grund biologischer Untersuchungen die Lungentuberculose in dem Sinne als erbliches Leiden auffassen muss, als eine erbliche Disposition bei gewissen Individuen vorhanden ist. Die Disposition kann bei einer Generation versteckt sein, bei einer zweiten offen zu Tage treten. Die äusseren Ursachen, die eine Tuberculose hervorrufen, können nur dort zur Wirkung kommen, wo eine Disposition vorhanden ist. Im weiteren Verlauf seiner Arbeit kommt der Verfasser dann darauf zu sprechen, wie die neu zu bauenden Hospitäler für Phthisiker beschaffen sein müssen, über die Auswahl des Ortes, es muss eine vor Winden geschützte Lage gewählt werden, die Front muss nach Süden gehen, um Licht und Wärme den Patienten zuzuführen, auf jeden Patienten müssen 25—30 Cbm. Luft kommen etc., die innere Einrichtung der Zimmer, Möbel, Beheizung, Beleuchtung. Eine weitere Frage ist die: wie lassen sich die vorhandenen Hospitäler für die Aufnahme von Phthisikern umbauen, um allen Anforderungen der Neuzeit zu entsprechen? Hier plädiert Unterberger für die Einrichtung von ihm sogenannter «häuslichen Sanatorien», d. h. von einem resp. zwei isolierten Zimmern für die Phthisiker, die womöglich mit einer Veranda zu versehen sind. In kleinen Hospitälern von 10—20 Betten lassen sich keine Isolierzimmer und häusliche Sanatorien einrichten, da ist man darauf angewiesen, die Kranken nach Möglichkeit zur Sauberkeit anzuhalten, wodurch sie für die Umgebung ungefährlich werden, im Uebrigen jedoch das Regime der grossen Sanatorien bei ihnen durchzuführen. In erster Linie kommt es nach Unterberger im Kampfe gegen die Tuberculose auf Kräftigung des Organismus an, der Hauptbedingung zu erfolgreichem Kampfe, in zweiter Linie auf die Vernichtung der Bacillen. Jedes Kinderzimmer soll ein häusliches Sanatorium vorstellen, dieses ist die erste Forderung vom biologischen Standpunkte aus.

J. Fedorow: Die Bedeutung Jaltas als Curort. (Nr. 32).

Das gleichmässig warme und trockene Klima macht Jalta zu einem ausgezeichneten Curorte, die Hauptbedingungen: Luft und Licht sind den Kranken in vollem Masse zugänglich. Das Meer ist ein weiteres Agens. Auch Traubencuren lassen sich an Ort und Stelle vornehmen. Leider entsprechen die sanitären Verhältnisse nicht allen gesetzten Anforderungen.

A. Natanson: Toxischer Gesichtsverlust nach Gebrauch von gefälschtem Kinderbalsam. Die Pathologie der Vergiftung mit Holzspiritus. (Nr. 34).

Sechs Fälle von Vergiftung mit Methylalcohol, der zur Herstellung von sog. Kinderbalsam anstatt Spiritus rectif. benutzt worden war. In allen bestand Amaurose und starke Magendarmstörungen. Die Sehfähigkeit stellte sich nur bis zu einem gewissen Grade wieder her. Wiederholt sind Todesfälle in Kurland in den letzten Jahren beobachtet worden.

N. Freiberg: Die Choleraepidemie von 1907 und 1908 in Kurland. (Nr. 35).

Freiberg kommt zu folgenden Schlüssen: Es lassen sich zwei Formen der Verbreitung der Cholera unterscheiden, Contactinfection und Wasserinfection. Die Contactinfection führt zu keinen grösseren Epidemien. Stärkere Epidemien entstehen nur dort, wo das Wasser nicht vor Infection mit Choleravibrionen durch die Desinfectionen geschützt ist. Die Contactinfection kann und wird durch hygieinische Massnahmen eingeschränkt, zum Teil auch durch die biologischen Verhältnisse der Choleravibrionen. Die hygieinischen Massnahmen müssen den örtlichen Verhältnissen angepasst sein. Die Wasserinfection, einmal erfolgt, nimmt ihren unaufhaltsamen Verlauf, wohl weil die bisher zur Desinfection des Wassers angewandten Versuche zu wenig umfassend waren und zu spät unternommen werden. Im Interesse wirksamer Massregeln ist es von grossem Wert speciell die Wasserepidemien genauer zu studieren. Vor allem musste von dem Moment an, wo die Möglichkeit einer Infection des Wassers mit Cholera erscheint, eine strenge Ueberwachung des Wassers durchgeführt werden. Die Isolation der Kranken und Verdächtigen und Reconvalescenten ist in besonderen Gebäuden durchzuführen. Nach der grossen anfänglichen Erkrankungsstelle kann sich die Epidemie noch längere Zeit in verschleppter Form hinziehen. Hierbei spielt anscheinend die Contactinfection eine grosse Rolle. Der Umfang und die Dauer der zweiten Periode hängen weniger von der Grösse der Hauptwelle ab, als vielmehr von der Unschädlichmachung der Herde in Häusern und Wohnungen, von denen Neuerkrankungen ausgehen. Hierbei ist besonders auf die scheinbar gesunden Vibrionenträger zu achten, die eine stete Gefahr und Quelle der Weiterverbreitung der Cholera bilden.

N. Saturnow: Ein Fall von Perioesophagitis, hervorgerufen durch einen Fremdkörper. Ausgang in Heilung. (Nr. 35).

Ein Soldat eines Ulanenregiments hat mit der Suppe einen Knochen verschluckt, der im Pharynx stecken blieb. Mit Fergussonscher Sonde Entfernung des Knochenstückes, danach geringe Blutung. In den nächsten Tagen Entwickelung einer Perioesophagitis, Temperatur bis 39,2°. Es lag ohne Frage eine Perforierung der Oesophaguswand vor, durch die eine Infection des den Oesophagus umgebenden Gewebes erfolgt war, infolge dessen starke Schwellung, Abscedierung, Durchbruch am 19. Tage. Heilung in etwa 2 Monaten.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Winecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Generated on 2019-01-10 00:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

GENERAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
FEB 4 1910

ST. PETERSBURGER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Mitwirkung von

Dr. Ad. v. Bergmann, Riga. Dr. E. Blessig, St. Petersburg. Dr. O. Brehm, Libau. Dr. X. Dombrowski, St. Petersburg. Dr. J. Dsirne, Moskau. Dr. C. Frankenhäuser, St. Petersburg.
Dr. P. v. Hampeln, Riga. Dr. H. Hildebrand, Mitau. Dr. W. Kernig, St. Petersburg. Dr. P. Klemm, Riga. Prof. O. v. Petersen, St. Petersburg. Dr. O. v. Schiemann, Moskau.
Dr. Ed. Schwarz, Riga. Prof. G. Tiling, St. Petersburg. Dr. R. Wanach, St. Petersburg. Dr. H. Westphalen, St. Petersburg. Dr. C. Wiedemann, St. Petersburg. Dr. R. v. Wistinghausen, Reval.
Prof. W. Zoege v. Manteuffel. Jurjew (Dorpat).

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 2 mal gespaltene Zeile in Petit beträgt auf der ersten und letzten Seite des Umschlags sowie auch auf den Seiten vor und nach dem Text 30 Cop. oder 65 Pfen. pro Zeile, auf den übrigen Seiten 25 Cop. oder 55 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal Nr. 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** sind ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten.

№ 52 St. Petersburg, den 26. Dec. 1909 (8. Jan. 1910). **XXXIV. JAHRGANG.**

Inhalt: Originalien: Dr. A. v. Bergmann: Gastroenteroanastomose und Magenresection. — Dr. Wilh. Stieda: Ueber den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. — Bücherbesprechungen: S. Engel: Medicinische Diagnostik. — H. Fischer: Myeloische Metaplasie und fötale Blutbildung.—Prof. W. von Bechterew und Prof. K. Weinberg: Das Gehirn des Chemikers D. I. Mendelejew. — Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen. — Anzeigen.

Die St. Petersburger
Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1910 unter derselben Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein, ist die Wochenschrift bestrebt, dieselben durch Originalartikel, Referate und Besprechungen neu erschienener Werke inbezug auf die Ergebnisse zeitgenössischer medicinischer Forschung auf dem Laufenden zu erhalten. Die ein Mal monatlich als Beilage erscheinende „Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften" bringt vollständige Referate aus folgenden russischen Journälen:

Archiv biologitscheskich nauk (Archives des Sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de Médecine expérimentale à St. Pétersbourg).
Charkowskij medizinskij shurnal (Charkowsches medicinisches Journal).
Chirurgija (Chirurgie).
Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Obosrenie psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt).
Russkij Wratsch (Russischer Arzt).
Russkij chirurgitscheskij archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russkij shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Ssowremennaja Psichiatria (Die gegenwärtige Psychiatrie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volksgesundheit).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Westnik Obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoi mediziny (Rundschau der öffentlichen Hygiene, der gerichtlichen und praktischen Medicin).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-Medicinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Durch diesen regelmässigen Bericht über die neusten Erscheinungen in der russischen medicinischen Journalliteratur macht die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift dieselben der deutschen Aerztewelt zugänglich und bildet hierdurch eine Vermittelung zwischen der russischen und deutschen medicinischen Literatur.

Eine Fülle wissenschaftlichen Materials bieten die Protocolle und Mitteilungen aus den deutschen medicinischen Gesellschaften in Russland, und die St. Petersburger medicinische Wochenschrift kann im vollen Sinne des Wortes als das Organ der deutschen Aerzte Russlands gelten, indem in ihr die Protocolle sämtlicher in Russland bestehender deutscher medicinischen Vereine und Gesellschaften erscheinen, und zwar: 1) des Deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg, 2) des Vereins St. Petersburger Aerzte, 3) der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga, 4) der Dorpater Medicinischen Gesellschaft, 5) der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau, 6) der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval, 7) der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Mitau, 8) des Livländischen Aerztetages, 9) des Estländischen Aerztetages, 10) des Kurländischen Aerztetages und 11) des Allgemeinen Baltischen Aerztecongresses.

Seit dem Jahre 1909 ist als neuer Abschnitt das Feuilleton hinzugekommen, welches in Form von auswärtigen Briefen und Reiseeindrücken Berichte bringt über das medicinische Leben im Auslande, wobei auch die Verhandlungen einiger ausländischer medicinischer Gesellschaften von Zeit zu Zeit wiedergegeben werden.

Der Abonnementspreis beträgt incl. Zustellung in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; in den anderen Ländern 20 Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge sind an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newski Prospekt Nr. 14, zu richten.

Probenummern können auf Wunsch jederzeit gratis und franco zugestellt werden.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN

VICHY ETAT — **VICHY** — VICHY ETAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.

SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL und COMPRIMÉS müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Warschau**; Gesellschaft **W. K. Ferrein, Moskau**; Handelsgesellschaft **J. Mandel & Co., Wladiwostok**; Handelsgesellschaft **S. B. Segall, Wilna und Odessa**; Handelsgesellschaft **S. Lemmé & Co., Odessa**; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. **Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent**; Russ. Pharmac. Handelsges. **St. Petersburg und Charkow**; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl. **Rostow a./Don und Odessa**; **B. Schaskolsky, St. Petersburg**; **Paul Seebode, Riga**; Südruss. Pharmac. Handelsges. **Kiew**; **Waldecker & Poeppel, Wladiwostok**.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (1) 76—28.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. WIENECKE St. PETERSBURG,

Buch- & Verlagshandlung, Buch- & Steindruckerei

Gegr. 1875. ■■ JEKATERINGOFSKY PROSPEKT 15 ■■ Teleph. 19-50.

effectuirt promptenst Bestellungen auf Bücher & Zeitschriften aus allen Fächern der Wissenschaft in allen europäischen Sprachen und übernimmt Druckaufträge zur Herstellung von Werken & Journalen und sonstigen Druckarbeiten zu mässigen Preisen unter coulanten Bedingungen. ■■■

Russische Gesellschaft
zur

Versicherung von Capitalien und Renten

gegr. im Jahre 1835.

Lebens-Versicherung

Aussteuer-Versicherung

Renten-Versicherung

Verwaltung: **Glinkastrasse Nr. 1.**

(114) 6—6.

SPERMINUM-POEHL

(Essentia Spermini-Poehl)
30 Tropfen 3 mal täglich 1/2 Stunde vor dem Essen.
Sperminum-Poehl pro Injektione.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.
gegen **Neurasthenie, Marasmus senilis,** bei Uebermüdungen und schweren Erkrankungen, wie **Bleichsucht** (Anemia), **Rachitis Podagra,** chron. **Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulose, Typhus, Herzerkrankungen (Myocarditis, Fettherz), Hysterie, Rückenmarksleiden, Impotentia** (bei Neurasthenie), **Paralyse** etc. etc. und für **Rekonvaleszenten.**

Cerebrinum-Poehl gegen **Epilepsie, Alkoholismus, Nervenleiden.**

Thyreoïdinum-Poehl gegen **Nervenleiden, Obesitas, Eklampsie, Hautkrankheit., Myxoedem** etc.

Mamminum-Poehl gegen **Uterusfibrome, Menorrhagien, Metrorrhagien** etc.

Ovarinum-Poehl **Klymakterische Symptome,** nervöse Erscheinungen bei **Klymax** (nach **Ovariotomie**) **Hysterie, Chlorose.**

1. Tabletten zum innerl. Gebrauch u. in Lösung zu Bleibclysm.
2. pro Injectione in Ampullen.

Reniinum-Poehl gegen **Nephritis parench., Niereninsufficienz, Urämie.**

Adrenal-Poehl Wirksamer Bestandteil der Nebenniere. Gefässadstringierend, gegen **Schleimhautentzündung, Blutung** etc. Tuben à 0,002. 10,0 und 30,00 Solution 1:1000.

Auf eventuelle Anfrage senden wir gratis unser **Organotherapeutisches Kompendium,** in welchem die Literatur, Indikationen und Anwendungsweise verzeichnet sind.

. Zu haben in allen grösseren Apotheken.
Literatur gratis und franko vom
Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne
St. Petersburg, Russland.
Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.

(14) 6—6.

ЦИСТОСКОПІЯ.

Руководство для врачей и студентовъ **И. Х. ДЗИРНЕ.**
Приватъ-доцента Московскаго Университета.
Съ 149 рис. въ текстѣ и одной литогр. табл.
1909. Цѣна 2 р. 20 к.
Изданіе К. Л. Риккера, Спб.

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

DAS
PRACHTALBUM
DES
XVI. Internat. Medizinischen Kongresses

Amtlich bewilligte Ausgabe.

Enthält die Referate und Vorträge, den Ablauf des ganzen Kongresses und die **Photographien u. biographischen Daten nahezu sämtlicher Kongressmitglieder** mit den **Präsidenten u. hervorragenden Referenten** an der Spitze.

Das nahezu 40 Druckbogen umfassende Prachtwerk erscheint in ungarischem Leinwand-Einband und kostet samt Porto Kronen 25.—

Ausschliesslich bei der
Redaktion des Prachtalbums des XVI. Internat. Medizin. Kongresses Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 4.
erhältlich.

St. BLASIEN

im bad. Schwarzwald 800 Meter über Meer.

Sanatorium Villa Luisenheim
Winterkuren
für Nerven-, Magen-, Darm-, Stoffwechsel-Kranke.

1905 neu umgebaut und modernisiert. Vorzügliche Einrichtungen für Winterkuren. — Vollständig geschützte Lage. — Schneeschuh- und Schlittelsport. Eisbahn.

Lungenkranke ausgeschlossen.

Leitende Aerzte: Hofrat **Dr. Determann** und **Dr. Wiswe.**

Evangelisches Erholungsheim
Sestrorezk

Zimmer à 90, 80, 75, 70, 60 und Zellen à 40 Rbl. monatlich. Pension monatlich, wöchentlich, täglich. 5 Minuten vom Bahnhof. Nähere Auskunft erteilt die Oberin des Evangelischen Hospitals und Diaconissenhauses, Ligowka 4, täglich von 10—1. (144) 1—1.

GESUCHT JUNGER ARZT

für ein Sanatorium für Lungenkranke in Finnland. — Bedingungen 100 Rbl. monatlich bei freiem Leben.
Anmeldungen bei Dr. Rinne, St. Petersburg. Бассейная, 45.

Брачный вопросъ
какъ
Дѣтскій вопросъ.

Жизнь требуетъ новыхъ условій для семейнаго счастья — какъ ихъ достигнуть?

Сост. А. Н. ВОЛКОВИЧЪ.

Цѣна 30 к.

Продается въ книж. магаз. **Риккера**.
(0) 3—3.

Санаторія на ст. ШУВАЛОВО.

Екатерининская ул., 22. Тел. 20.

Для выздоравливающихъ послѣ болѣзней, переутомленныхъ, нервныхъ, малокровныхъ, нуждающихся въ покоѣ, въ хорошемъ питаніи и чистомъ воздухѣ.

Санаторія расположена на возвышенной, сухой мѣстности, окружена обширнымъ паркомъ и защищена отъ вѣтровъ, хорошо приспособлена для зимы и лѣтняго пребыванія. Комнаты съ балконами. Массажъ, Ванны.

Плата: за комнату отъ 5 рублей въ недѣлю. Пансіонъ 15 р. въ общей палатѣ 12 р.

При санаторіи: врачъ, фельдшерица, массажистка.

Подробныя свѣдѣнія Сергіевская 17, кв. 18.

Das
BAKTERIOLOGISCH-CHEMISCHE
LABORATORIUM
von
Dr. med. A. UCKE
und
Mag. phar. R. THAL

übernimmt die Ausführung von Untersuchungen jeglicher Art zu medicinischen und technischen Zwecken.
St. Petersburg, Katharinenhofer Prospect, 14. Telephon 244-14.

Das Krankenutensilienlager
des St. Petersb. Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist tägl. v. 10—5 Uhr (an Sonntagen v. 12—2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

SCHLAMM- und SEEBAD

HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6 R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen- und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder. Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die

(73) 5—5. ***Bade-Kommission.***

BAD HALL, (Oberösterreich).

Jodbrombad ersten Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen **Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbenen oder ererbter Natur** und **deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus** etc. etc. **Modernste Curbehelfe.**

Saison 1. Mai bis zum 30. September.

Auskünfte erteilt ***die Badeverwaltung.***

(88) 6—6. **Sanatorium des Dr. v. Gerstel auch im Winter geöffnet.**

Schlammbad ARENSBURG.

Insel Oesel, Livland. (76) 3—3.

„Neue Heil- und Schlamm-Badeanstalt".

gegr. 1883. Saison vom 20. Mai bis 20. August.

Eingehende Auskünfte erteilen die Anstaltsärzte: in St. Petersburg: Dr. Heinr. Arronet, Kirotschnaja 8, (zu sprechen tägl. v. 6—7 ausg. Sonnt. und Feiert.) und während der Saison in Arensburg, Schlossstr., in Arensburg-Dr. G. Carstens, gr. Hafenstr. eig. Haus, Dr. A. von Sass, Gouvernementsstr. eig. Haus.

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.

Tabellen

zu klinisch-bakteriologischen Untersuchungen von

Chirurgen und Gynäkologen

nebst einer kurzen Anleitung zur Ausführung der «Dreitupferprobe»

von Privat-Dozent Dr. **W. Liepmann.**

1909. 4°. Gebunden. Preis 2 M.

Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen

herausgegeben von Prof. Dr. **Carl von Noorden.**

7. und 8. Heft. Ueber die Behandlung einiger wichtigen Stoffwechselstörungen (Hungerzustand, Mastkuren, Entfettungskuren, Gicht) von Prof. Dr. C. von Noorden.

gr. 8. 1909. 2 M. 80 Pf.

Die chirurgischen Krankheiten der Brust und ihre Behandlung

von Prof. Dr. **Carl Beck** (New-York).

Aus dem Englischen übersetzt von Dr. **Schröder.**

1910. gr. 8. Mit 267 Abbildungen. 12 M.

Kur- und Seebadeort

PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison **20. Mai** bis **20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, Kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz-** und **Nervenleiden,** Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft-** und **Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (53) 6—6.

Zur Errichtung einer

Schlamm-Heilanstalt

in der Krim, in gesunder Lage, 300 Faden vom Meeresstrande entfernt, wird ein Salzsee mit Heilschlamm in Pacht gegeben. Näheres über die Analyse u. a. zu erfahren in **Riga, Postfach 391.**

(163) 2—2.

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Kur- und Wasserheilanstalt

Sassenhof bei Riga

wird verpachtet oder verkauft.

Reflektanten belieben sich an Herrn Rechtsanwalt **A. Wittram, Riga, Romanowstrasse 13,** wenden zu wollen.

(169) 6—1.

Dr. MÖLLER'S SANATORIUM

Prosp. frei. **Dresden-Loschwitz** *Brosch. frei.*

Neu erbaute Anstalt in herrlicher Lage.

Diätet. Kuren nach SCHROTH.

Wirksames Heilverfahren in chronischen Krankheiten.

(63) 30—21.

Sanremo (Italien)

Dr. POHL, dirig. Arzt des Kaiser Friedrichkrankenhauses in Sanremo, im Sommer in Bad Reinerz in Schlesien.

(152) 6—5. (Zà 3544 g.)

Dr. Joseph Kramer

ehem. Assistent von Geh. Med. Rat Professor Ewald zu Berlin und Professor Kafemann zu Königsberg

practiziert vom October bis Mai in San Remo (Italien, Riviera), **vom Mai bis August im Kurorte Kemmern** (bei Riga).

(151) 15—5.

Verein St. Petersburger Aerzte.

Das zum 50-jährigen Jubiläum des Vereins herausgegebene

BIOGRAPHISCHE ALBUM

ist zum Preise von 1 Rbl. (für Mitglieder unentgeltlich) beim geschäftsführenden Secretär Dr. Ücke (Никольская площадь, 6) zu erhalten.

Etwaige Ergänzungen und Berichtigungen der im Album enthaltenen biographischen Daten werden an die Adresse des Präses, Dr. Blessig (Моховая, 38) erbeten.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1910 ГОДЪ

на

„ХАРЬКОВСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ",

издаваемый

ХАРЬКОВСКИМЪ МЕДИЦИНСКИМЪ ОБЩЕСТВОМЪ.

(V-ый годъ изданія).

Подъ редакціей: проф. **К. Н. Георгіевскаго**, проф. **Н. Ф. Мельникова-Разведенкова**, д-ра **В. Н. Недригайлова**, д-ра **М. М. Трофимова** и прив.-доц. **В. В. Фавра**.

Журналъ служитъ печатнымъ органомъ для врачей, интересующихся современными біологическими вопросами въ медицинѣ, и помѣщаетъ на своихъ страницахъ оригинальныя статьи, систематическіе рефераты и обзоры, какъ по практической, такъ и по теоретической медицинѣ, знакомя читателей съ общимъ прогрессомъ медицинскихъ знаній. Журналъ отводитъ мѣсто также интересамъ общественной медицины. Особенное вниманіе обращается на лучшее воспроизведеніе рисунковъ посредствомъ фотографіи, хромолитографіи и цинкографіи. Мѣстная научная жизнь представлена въ журналѣ отчетами о научныхъ докладахъ и объ изданіяхъ въ Харьковѣ.

Соотвѣтственно этому въ журналѣ будутъ помѣщаться:

1) Оригинальныя статьи научнаго и практическаго содержанія.
2) Мелкія сообщенія, представляющія научный и практическій интересъ.
3) Критическіе обзоры и систематическіе рефераты работъ по вопросамъ возбуждающимъ въ данный моментъ наибольшій интересъ.
4) Рецензіи и библіографія.
5) Корреспонденціи.
6) Дѣятельность русскихъ медицинскихъ обществъ и другихъ медицинскихъ ученыхъ и учебно-вспомогательныхъ учрежденій.
7) Некрологи.
8) Хроника и мелкія извѣстія по преимуществу изъ мѣстной жизни: изъ Харьковскаго университета, изъ городскихъ и земскихъ больницъ и т. д.
9) Приложенія: протоколы Харьковскаго Медицинскаго Общества, научные сборники и проч.
10) Объявленія.

Статьи иллюстрируются рисунками, діаграммами и. т. п.

Журналъ выходитъ книжками не менѣе 5 печатныхъ листовъ каждая, разъ въ мѣсяцъ, лѣтомъ же (май—сентябрь) разъ въ два мѣсяца.

Гонораръ сотрудникамъ 25 руб. за печатный листъ.

Годовая цѣна съ пересылкою и доставкою 6 руб.

Цѣна за объявленія: цѣлая страница 15 руб., 1/2 страницы — 8 руб., 1/4 страницы — 4 руб., 1/8 страницы — 2 руб. За 3 раза уступка 10%, за 6 разъ 15%, за 10 разъ 20%.

О каждой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ сдѣлано въ ближайшемъ № журнала безплатное заявленіе или отзывъ.

Подписка принимается въ конторѣ Харьковскаго Медицинскаго Общества:

Харьковъ, Пушкинская, 14. Телефонъ № 535.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Styptol

(Neutrales phtalsaures Cotarnin).

Uterines Hämostatikum und Sedativum.

Dosis: 3 mal täglich 2—3 Tabletten à 0,05 g.
Rp.: 1 Original-Röhrchen Styptoltabletten (Knoll) à 0,05 g № XX.

(110) 26—6. **(Literatur und Proben kostenlos durch R. Otto jr., Moskau).**

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza etc. etc.)**
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Dr. Hommel's Haematogen Werke, St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a. M. und London.

(157) 24—4.

Acidol-Pepsin

Vorzüglich wirksame, unbegrenzt haltb. Salzsäure-Pepsin-Präparate

(stark und schwach sauer)

Muster und Literatur auf Wunsch

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmac. Abteilung, Berlin S.O. 36.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verzeichnis von Novitäten

aus dem Gebiete der Medicin, mitgeteilt von der Buchhandlung von **K. L. Ricker**.

St. Petersburg, Newsky Pr., 14.

Abel, Dr. R. Bakteriologisches Taschenbuch. 13. Aufl. 1909. 1 Rbl. 10 Cop.

Alexander, Dr. W. u. Kroner, Dr. K. Therapeut. Taschenbuch der Nervenkrankheiten. 1910. 1 Rbl. 93 Cop.

Arnsperger, Priv.-Doz. Dr. H. Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane u. ihre Ergebnisse f. Physiologie u. Pathologie, mit einem Vorwort v. Prof. Dr. Krehl in Heidelberg, mit 34 Abbild. u. 27 Tafeln. 1909. 6 Rbl. 60 Cop.

Aschoff, L. Pathologische Anatomie. 2 Bände, mit 364 grösstenteils mehrfarbigen Abbild. 1909. 12 Rbl. 50 Cop.

Autenrieth, Prof. Dr. W. Die Auffindung der Gifte und stark wirkender Arzneistoffe. 4. vollst. neu bearb. Aufl. mit 20 Abbild. 1909. 4 Rbl. 18 Cop.

Axenfeld, Prof. Dr. Th. Lehrbuch d. Augenheilkunde, mit 10 Farbentafeln u. 456 z. grossen Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text. 1909. 7 Rbl. 70 Cop.

Bandelier, Dr. u. Roepke, Dr. Lehrbuch der spezifischen Diagnostik u. Therapie d. Tuberkulose. 3. erweit. u. verbess. Aufl. mit einem Vorwort v. Prof. Dr. R. Koch, mit 19 Temperaturkurven auf 5 lithogr. Tafeln u. 4 Textbild. 1909. 3 Rbl. 30 Cop.

Bardenheuer, Prof. Dr. B. u. Graessner, Prof. Dr. R. Die Technik d. Extensionsverbände bei d. Behandlung d. Frakturen u. Luxationen d. Extremitäten. 4. vollst. umgearb. Aufl. mit 1 Tafel u 68 Textabbild. 1909. 2 Rbl. 20 Cop.

Bechterew, Prof. W. Les Fonctions Nerveuses. Les Fonctions Bulbo-Medullaires. avec 14 figures dans le texte. 1909. 2 Rbl. 25 Cop.

Bechterew, Prof. W. u. Weinberg, Prof. R. Das Gehirn d. Chemikers D. I. Mendelejew, 1909. 3 Rbl. 85 Cop.

Bechterew, Prof. Dr. W. Die Funktionen d. Nervencentra. Deutsche Ausgabe in Verbindung mit d. Verfasser redig. durch Prof. Dr. R. Weinberg. 2. Heft. Kleinhirn, Mittelhirn, Zwischenhirn u. subkort. Ganglien, mit 141 Abbild. im Text. 1909. 11 Rbl.

Beck, Prof. Dr. C. Die chirurgischen Krankheiten d. Brust u. ihre Behandlung, aus d. Englischen übersetzt v. Dr. Schröder, mit 16 color. u. 251 anderen Abbild. 1910. 6 Rbl. 60 Cop.

Becker, Dr. Th. Einführung in die Psychiatrie, mit specieller Berücksichtigung d. Differentialdiagnose d. einzelnen Geisteskrankh. 4. verm. u. veränd. Aufl. 1908. 2 Rbl. 20 Cop.

Bezold, Prof. Dr. F. Ueber die funktionelle Prüfung des menschlichen Gehörgangs. Gesammelte Abhandlungen u. Vorträge Bd. III mit 1 Tafel u. 5 Abbild. im Text, mit einem Vorwort von Prof. Denker. 1909. 3 Rbl. 58 Cop.

Bing, Dr. R. Kompendium d. tropischen Gehirn- und Rückenmarkdiagnostik, mit 70 Abbild. 1909. 3 Rbl. 30 Cop.

Birnbaum, Prof. Dr. R. Klinik d. Missbildungen u. Kongenitalen Erkrankungen d. Fötus mit 49 Textabbild. u. 1 Tafel. 1909. 6 Rbl. 60 Cop.

Blum, Dr. V. Symptomatologie u. Diagnostik d. Uro-Genitalen Erkrankungen. II. Teil. 1909. 2 Rbl. 75 Cop.

Bockenheimer, Prof. Dr. Ph. Leitfaden d. Fracturen-Behandlung, mit 280 Textabbildungen. 1909. 4 Rbl. 60 Cop.

Bois-Reymond, Prof. R. du, Physiologie d. Menschen u. d. Säugetiere. 2. Aufl. 1910. mit 139 Textfig. 1910. 7 Rbl. 70 Cop.

Burri, Prof. Dr. R. Das Tuschverfahren als einfaches Mittel z. Lösung einiger schwieriger Aufgaben d. Bakterioskopie, mit 3 Figuren im Text u. 16 Photogr. auf 3 Tafeln. 1909. 1 Rbl. 65 Cop.

Castex, A. et Lubet-Barbon, F. Oto-Rhino-Laryngologie. 1909. 5 Rbl. 40 Cop.

Chantemesse, Prof. A., Borel, Dr. F., Dupuy, Dr. I. Traité d'Hygiène Maritime première partie. L'Hygiène dans la Navigation de Commerce, avec 22 fig. dans le texte et une carte hors texte. 1909. 6 Rbl. 30 Cop.

Charpentier, P. G. Les Microbes. 1909. 4 Rbl. 50 Cop.

Combe, Prof. Dr. A. Die intestinale Autointoxication u. ihre Behandlung, vom Verfasser autorisierte deutsche Ausgabe v. Dr. C. Wegele, mit 16 Abbild. 1909. 4 Rbl. 95 Cop.

Corning, Prof. Dr. H. K. Lehrbuch d. topographischen Anatomie. 2. vollst. umgearb. Aufl. mit 653 Abbild., davon 424 in Farben. 1909. 9 Rbl. 16 Cop.

Croner, W. Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. 4. verm. u. verbess. Aufl. 1909. 6 Rbl. 60 Cop.

Curschmann, H. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten, mit 289 in d. Text gedruckten Abbild. 1909. 13 Rbl. 20 Cop.

Dejerins, Prof. I. et André-Thomas. Maladies de la Moelle épiniere avec 420 figures intercalées dans le texte. 1909. 7 Rbl. 20 Cop.

Dieudonné, Prof. Dr. A. Immunität, Schutzimpfung u. Serumtherapie. 6. umgearb. Aufl. 1909. 3 Rbl. 70 Cop.

Döderlein, Prof. Dr. A. Leitfaden f. d. geburtshilflichen Operationskurs. 8. verbess u. verm. Aufl. mit 163 Abbild. 1909. 2 Rbl. 20 Cop.

Doflein, Prof. Dr. F. Lehrbuch d. Protozoenkunde. 2. Aufl. mit 825 Abbild. im Text. 1909. 13 Rbl. 20 Cop.

Dornblüth, Dr. O. Hygiene d. geistigen Arbeit. 3. verm. Aufl, 1909. 2 Rbl. 20 Cop.

Edinger, Prof. Dr. L. Einführung in d. Lehre vom Bau u. d. Verrichtungen d. Nervensystems, mit 161 Abbild. u. 1 Tafel. 1909. 3 Rbl. 30 Cop.

Ehrlich, P. Beiträge zur experimentellen Pathologie u. Chemotherapie. 1909. 3 Rbl. 85 Cop.

Ehrlich, Prof. Dr. P. u. Lazarus, Prof. Dr. A. Die Anaemie Abt. I. Teil I. Normale u. pathol. Histologie d. Blutes. 2. verm. u. wesentl. umgearb. Aufl. besorgt v. Prof. Dr. A. Lazarus u. Dr. O. Naegeli, mit 5 Abbild i. Text u. 5 color. Tafeln. 1909. 2 Rbl. 76 Cop.

Eichhorst, Prof. Dr. H. Handbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten. 6. umgearb. und verm. Aufl. Bd. IV. 2. Hälfte. Infektionskrankheiten mit 129 Abbild. 1909. 7 Rbl. 15 Cop.

Elsner, Dr. H. Lehrbuch der Magenkrankheiten, mit 46 Abbild. 1909. 6 Rbl. 60 Cop.

Engel, Dr. C. S. Medizin. Diagnostik. 1909, 4 Rbl. 40 Cop.

Estor, Prof. E. Guide pratique de Chirurgie infantile. 2 éd. revue et augmentée, avec 174 fig. dans le texte. 1909. 3 Rbl. 60 Cop.

Ewald, Prof. Dr. C. A. Die Erkrankungen d. Schilddrüse, Myxödem u. Kretinismus. 2. völlig neu bearb. Aufl. mit 26 Abbild. u. 1 Karte. 1909. 4 Rbl. 80 Cop.

Flatau, Dr. G. Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für d. prakt. Arzt. Bd. I. 8 Rbl. 25 Cop.

Foges, Dr. A. Atlas d. rektalen Endoskopie. I. Teil. 40 mehrfarbige Lichtdruckbilder auf 20 Tafeln und 7 Abbild. im Text. 1909. 8 Rbl. 70 Cop.

Fournier, Prof. A. Secundäre Spätsyphilis, autoris. Uebers. v. Dr. Bruno Sklarek, mit 5 merfarb. Tafeln. 1909. 6 Rbl. 60 Cop.

Franz, K. u. Veit. I. Praktische Ergebnisse d. Geburtshilfe u. Gynäkologie. I. Jahrg. 1. Abt. 1909. 3 Rbl. 84 Cop.

Fromme, Priv.-Doz. Dr. F. Die Physiologie u. Pathologie d. Wochenbettes, mit 31 Abbild. i. Text u. 2 Taf. 1910. 4 Rbl. 60 Cop.

Gegenbaurs Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen 8. umgearb. u. verm. Aufl. v. Prof. M. Fürbringer. Bd. I. mit 276 z. Teil farbigen Figuren. 1909. 9 Rbl. 90 Cop.

Giertz, K. H. Ueber akute eitrige Wurmfortsatzperitonitis ihre chirurg. Behandlg. u. d. Dauerresultate derselben. 1909. 11 Rbl.

Greeff, Prof. Dr. R. Atlas der äusseren Augenkrankheiten. 84 farb. Abbild. nach Moulagen auf 54 Tafeln mit erläut. Text. 1909. 11 Rbl.

Groedel, Dr. F. Atlas u. Grundriss d. Röntgendiagnostik in d. inneren Medicin, mit 297 Abbild. auf 12 photograph. u. 44 autotyp. Tafeln u. mit 114 Textabbild. 1909. 13 Rbl. 20 Cop.

Guiser, Dr. I. La Pratique Oto-Rhino-Laryngologie, avec 257 fig. dans le texte. 1909. 5 Rbl. 40 Cop.

Hajek, Priv.-Doz. Dr. M. Pathol. u. Ther. d. entzündlichen Erkrankungen d. Nebenhöhlen d. Nase, mit 150 Abbild. grösstenteils nach eigene Originalen u. 2 Taf. in Lichtdruck. 3. verm. Aufl. 1909. 7 Rbl. 15 Cop.

Hoppe-Seylers Handbuch d. physiol. u. pathol. chemischen Analyse bearb. v. Prof. Dr. H. Thierfelder. 8. Aufl. mit 19 Textfig. u. 1 Spektraltafel. 1909. 12 Rbl. 10 Cop.

Jacobi, Prof. Dr. E. Atlas d. Hautkrankheiten mit Einschluss d. wichtigsten venerischen Erkrankungen. 4. Aufl. 248 farbige u. 2 schwarze Abbild. auf 134 Tafeln nebst erläut. Text. 1909. 24 Rbl. 20 Cop.

Klemperer, Prof. Dr. G. Grundr. d. klin. Diagnostik. 15. neubearb. Aufl. mit 2 Tafeln u. 53 Textfiguren. 1909. 2 Rbl. 20 Cop.

Kraft, Dr. E. Analytisches Diagnostikum, mit 146 Abbild. u. 4 farb. Taf. 1909. 4 Rbl. 95 Cop.

Kraepelin, Prof. Dr. E. Psychiatrie. Bd. I. Allg. Psychiatrie. 8. vollst. umgearb. Aufl. mit 38 Abbild. u. 1 Einschalttafel. 1909. 10 Rbl. 18 Cop.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ.

Санатогенъ Бауэръ обогащаетъ организмъ бѣлкомъ и фосфоромъ, повышаетъ окислительную энергію, усиливаетъ обмѣнъ веществъ и является поэтому однимъ изъ лучшихъ питательныхъ и укрѣпляющихъ нервы средствъ

Научная литература: тайн. сов. проф. д-ръ А. Эвальдъ, Берлинъ; д-ръ Ч. Отто, Варшава; д-ръ Родари, Цюрихъ; д-ръ Вестгеймеръ, Берлинъ; д-ръ Гумпертъ, Берлинъ; д-ръ Шварцъ, Берлинъ; д-ръ Трейпель, Фрейбургъ; д-ръ Цорнъ, Брюннъ; д-ръ Даманъ. Берлинъ; д-ръ Блохъ, Берлинъ; д-ръ Титтель, Вѣна; д-ръ Бобринскій, Москва; д-ръ Федоровъ, Пенза, и много другихъ.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ.

Формаминтъ Бауэръ — соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ Употребляется вмѣсто полосканія для обеззараживанія зѣва и полости рта при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (ангина, стоматитъ и т. п.), а также и для профилактическихъ цѣлей сосаніемъ во рту таблетокъ, что представляетъ большое удобство.

Научная литература: д-ръ Скларекъ, Берлинъ; д-ръ Мейсснеръ, Берлинъ; д-ръ Вейссъ, Вѣна; д-ръ Розенбергъ, Берлинъ, д-ръ Блументаль, Берлинъ, д-ръ Юнгъ, Берлинъ; д-ръ Даусъ, Берлинъ; проф. Зейфертъ, Вюрцбургъ, д-ръ Іонгъ, Лондонъ, и много другихъ.

Покорнѣйше просимъ прописывать **„САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ"** и **„ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ"**, во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками.
Образцы и литература высылаются гг. врачамъ по требованію безплатно.
Московское отдѣленіе фирмы БАУЭРЪ и К°, Берлинъ. Москва, Мясницкая, № 31.

М 4.

Neues klinisch erprobtes Präparat

TUBERCULINUM PURUM
(ENDOTIN).

Reines Tuberculin für subcutane Injectionen bei Lungenschwindsucht (ev. Tuberculose überhaupt).

Ein Cursus besteht aus 4 Serien à 4 Einspritzungen.

Die Einspritzungen werden 2 mal wöchentlich gemacht.

Keine Dosierung oder Verdünnung des Präparates erforderlich.
Jede Dosis befindet sich in einer aparten, sterilen zugelöteten Glasampulle.

1 Schachtel (à 20 Ampullen) 12 Rbl.

Diejenigen Herren Aerzte, die Vorsteher einer Klinik oder eines Hospitals sind, erhalten Proben des Präparates für Versuche und Begutachtung unentgeltlich.

Literatur durch die

Gesellschaft Tuberculin in St. Petersburg, Erteleff, №. 4.

„Товарищество Туберкулинъ", Эртелевъ пер., № 4.

Winteraufenthalt für Lungenkranke **SANATORIUM WEHRAWALD** Dirigierender Arzt: **Dr. med. Friedrich Lips.** b. Todtmoos, südl. bad. Schwarzwald, 861 m. ü. M. **Höchstgelegene** Heilanstalt Deutschlands f. **Lungenleidende.** Höchst. Comf. Vollk. Hygiene. Das ganze Jahr geöffn. **Besonders geeignet für Leichtlungenkranke.**

HOTEL RIVOIR

6, PROMENADE des ANGLAIS

Vve François BELLIN, Propre NICE

Installation Complètement Moderne

Appartements et Chambres au plein midi

Cuisine de premier Ordre.

LUMIÈRE ÉLECTRIQUE . . .
. . . CHAUFFAGE CENTRAL
ASCENSEUR-TÉLÉPHONE . .
BAINS à TOUS LES ÉTAGES
SALLES DE BAINS PARTICULIÈRES
. . . . PARGUETS-JARDINS
OMNIBUS à TOUS LES TRAINS

ENGLISH SPOKEN
MAN SPRICHT DEUTSCH
ГОВОРЯТЪ ПО РУССКИ

PRIX MODÉRÉS.

Am 1. Oktober beginnt der **19. Jahrgang** der

Excerpta medica

Kurze monatliche Journalauszüge aus der gesamten Fachliteratur.

Redaktion:	**Preis:**	**Verlag:**
Dr. E. Graetzer,	M. 5 pro anno	C. Sallmann,
Friedenau-Berlin.	excl. Porto.	Leipzig.

Die **„Excerpta medica“** gehören zu den vielgelesensten medicinischen Zeitschriften. Sie bringen monatlich aus der gesamten Fachliteratur **alphabetisch geordnete** Referate über alles das, was für den **prakt. Arzt** wichtig ist. Derselbe kann sich gerade in diesem Blatte rasch orientieren über alle Fortschritte der Medicin, soweit sie wirklichen Wert für den **Praktiker** haben. Der Abonnementpreis ist ein ungewöhnlich niedriger, damit jeder prakt. Arzt in der Lage ist, das Blatt zu lesen. Probenummern stets gratis durch den Verlag.

(131) 4—4.

1910 г. **ОТКРЫТА ПОДПИСКА** **Годъ IV.**

НА ЖУРНАЛЪ

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХІАТРІЯ

(Moderne Psychiatrie)

издаваемый при участіи

Н. А. Вырубова, В. А. Гиляровскаго, В. И. Семидалова, С. С. Ступина, С. А. Суханова

подъ редакціей

А. Н. Бернштейна и П. Б. Ганнушкина.

Журналъ будетъ по прежнему выходить ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ около 3-хъ листовъ. Подписная цѣна на годъ съ доставкой и пересылкой **семь** руб., за границу **9** руб. Цѣна отдѣльной книжки **75** коп. Подписка принимается въ конторѣ редакціи **„Современной Психіатріи“** (Москва, Б. Левшинскій пер., 14, Тел. 14-17) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Гг. иногороднихъ подписчиковъ просятъ направлять подписныя деньги непосредственно въ контору редакціи; въ полученіи денегъ будетъ высылаться квитанція.

Допускается разсрочка подписной платы при условіи непосредственнаго обращенія въ контору журнала: при подпискѣ **4** руб. и къ 1-му Іюня—**3** р.

Статьи въ заказныхъ бандероляхъ просятъ направлять по адресу редакціи. Редакція оставляетъ за собой право производить въ присланныхъ статьяхъ нѣкоторыя сокращенія.

Авторы помѣщаемыхъ въ журналѣ оригинальныхъ статей получаютъ безплатно 25 оттисковъ.

О всѣхъ книгахъ, присланныхъ въ редакцію, печатается извѣщеніе въ ближайшей книжкѣ журнала.

Плата за объявленія:

Предъ текстомъ и на посл. стр. обложки:		**Послѣ текста:**	
1/4 страницы	25 руб.	1/4 страницы	15 руб.
1/2 страницы	40 „	1/2 страницы	25 „
1 страница	60 „	1 страница	40 „

При повторныхъ объявленіяхъ соотвѣтствующая скидка.

Разсылка приложеній вѣсомъ до 2-хъ лотовъ—25 р.

ОЧЕРКИ ЧАСТНОЙ ТЕРАПІИ

болѣзней внутреннихъ органовъ

Профессора Императорскаго Клиническаго Института

В. Н. Никитина.

Второе изданіе.

Цѣна р. коп. 2.50. 1907.

КРАТКІЙ КУРСЪ

ФАРМАКОГНОЗІИ

Э. К. Леценіуса.

преподават. фармаціи при Рождественскихъ курсахъ.

1908. Цѣна 90 к.

Изданіе К. Л. Риккера.

ЭТІОЛОГІЯ ХОЛЕРЫ

СЪ ТОЧКИ ЗРѢНІЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГІИ

Д-ра Н. Ф. ГАМАЛѢЯ.

60. стр. 1893. Ц. 15 к.

ИДЕАЛИЗМЪ,

какъ физіологическій факторъ.

А. И. Яроцкаго, проф. госпит. терапевт. клиники Юрьевск. унив.

Складъ изданія Карбасникова. Цѣна 1 р. 25 к.

УХОДЪ

ЗА ГРУДНЫМЪ РЕБЕНКОМЪ

И ЕГО ВСКАРМЛИВАНІЕ.

Курсъ для нянь, сидѣлокъ и т. д.

D-r M. Pescatore,

дѣтскій врачъ въ Шарлоттенбургѣ.

Переводъ сочиненія „Pflege und Ernährung des Säuglings von D. M. Pescatore“.

Д-ра В. П. Герасимовича.

1907 г. Ц. 50 к.

БОЛѢЗНИ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Лекція проф. **В. Н. Никитина.**

3-ье изданіе IV+199 стр. съ 32 рис.

1902. Ц. 1 р. 50 к. въ пер. 2 р.

Волкова, М. М. женщина-врачъ

Достиженіе красоты путемъ гигіены.

Съ 8 рисунками и многими рецептами.

1908. Цѣна 1 р. 50 к.

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Winterkur für Lungenkranke
Sanatorium St. Blasien
im südl. bad. Schwarzwald, 800 m. ü. d. M.
Dirigierehd. Arzt: Dr. med. A. Sander.
Zweiter Arzt: Dr. med. E. Maier.
In völlig geschützter herrlicher Lage, umgeben von grossen Tannenwäldern.
Modernste Einrichtungen.
Näheres durch die Prospekte.

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.
Die Gicht
und die Salzsäure-Jodkur
von San.-Rat Dr. Falkenstein.
1910. gr. 8. Preis 5 M.

Verlag von AUGUST HIRSCHWALD in Berlin.
Jahresbericht
über die Leistungen und Fortschritte
in der gesamten Medicin.
(Fortsetzung von Virchow's Jahresbericht).
Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten.
Herausgegeben von **W. Waldeyer** und **C. Posner**.
43. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1908. 2 Bände (6 Abteilungen). Preis des Jahrg. 46 M. (121) 1—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Frl. Pauline Winke, Коннogвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Dr. Wigger's (Sanatorium)
Kurheim Partenkirchen Oberbayern
für Innere-, Nervenkranke und Erholungsbedürftige. Geschützteste Südlage, modernste Einrichtungen, jeglicher Komfort (Lift etc.), grosser Park. Das ganze Jahr geöffnet. Prosp. **3 Aerzte.**

MODERNE SALICYLPRÆPARATE.

Mit Schweisswirkung.

Diaspirin.

Diaphoreticum
von ausgezeichneter Bekömmlichkeit.
Bei chronischen Polyarthritis für längeren Gebrauch geeignet.

Aspirin.

Bester Ersatz der Salicylate.
Bewährtes Analgeticum.

Ohne Schweisswirkung.

Novaspirin.

Besonders wirksam
bei **Influenza**, Katarrhen und ähnlichen Erkältungs-Krankheiten, auch bei Rheumatosen, Neuralgien
(in etwas höherer Dosis als Aspirin).

Salophen

Vorzüglich antineuralgisch wirkend.
Völlig geschmackfrei, absolut harmlos, daher in erster Linie für die **Kinderpraxis** empfohlen.

Verordnung:
Diaspirin-Tabletten à 0,5 Nr. XX.
Aspirin-Tabletten à 0,5 Nr. XX.
Novaspirin-Tabletten à 0,5 Nr. XX.
Salophen-Tabletten à 0,5 Nr. XX.

„Originalpackung Bayer“.

PEPTONATE de FER ROBIN

EISENHALTIGES PEPTONAT ROBIN

DAS EIGENTLICHE EISENHALTIGE SALZ

leicht einnehmbares, zubereitet von **H. Robin**.

Robin's Eisen wirkt erfolgreich gegen Blutarmut, Gelbsucht und gegen alle Erschwächungen. Ist sehr nahrhaft und verursacht keine Verstopfung.

Dieses Mittel ist geschmacklos.

Wird 2 Mal tägl. von 10—30 Tropfen während des Essens mit ein wenig Wasser oder Wein gebraucht.

Jedes Flacon reicht auf 3—4 Wochen.

Verkauf in Apotheken und den besten Magazinen.

Verlangen Sie den Fabrikstempel „Löwe“ und den Namen des Fabrikanten Robin.

Vermeiden Sie wirklose Fälschung.

(139) 10—7.

VISVIT

Animal-vegetabiles extractivstofffreies

NÄHRPRÄPARAT

Blutbildend, nervenstärkend u. muskelkräftigend.

VISVIT enthält Stickstoffsubstanzen: Hämoglobin, Eiweiss, Kohlenhydrate, nuclein-phosphorsäur. Calc. etc. in natürlicher Verbindung.

Visvit zeichnet sich durch sehr leichte Verdauung und angenehmen Geschmack aus.

Im Handel in Originalverpackung zu 5,00 — 100,0 — 250,0.

Pilulae

PROBILINI

von Dr. Bauermeister werden bei Erkrankungen der

GALLENWEGE
und
CHOLELITHIASIS

empfohlen.

Probilin besteht aus Salicyl und Oleinsauren Salzen nebst Phenolphtalein.

Medication: 2—4 Pillen zur Nacht.

Literatur gratis und franko durch Vertreter E. JÜRGENS, Wolchonka, Moskau.
GOEDECKE & Co., Chemische Fabrik, Leipzig. (48) 12—12.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Digalen

(Digitox. sol. Cloetta)

Herzkrankheiten: Dilatatio cordis, Myocarditis, Insufficienz und Compensationsstörungen.

Anwendung: per os, subcutan, intravenös und **intramusculär**. Keine Cumulativwirkung. Kein Latenzzustand.

Verordnung: 1 Originalflacon Digalen = 15 ccm.

Thephorin

Leicht lösliches Doppelsalz des Theobromin (Theobromin natrium - Natrium formicicum).

Indikationen: **Hydrops, Ascites, Nephritis.**
Bei kardialem Hydrops wirkt eine Kombination mit **Digalen** vorzüglich.

Verordnung: 1 Röhrchen Thephorin-Tabletten à 0,5 gr. Originalpackung „Roche“.

Proben und Literatur zur Verfügung.

(11) 0—15.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Dieser № liegt ein Prospect über «**Nach Diagnosen geordnetes Register für Augenärzte**» bei.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08456 4056

Generated on 2019-01-10 00:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-01-10 00:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084564056
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN